



HAL
open science

Quand la prison prend soin

Camille Lancelevee

► **To cite this version:**

Camille Lancelevee. Quand la prison prend soin : Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Sociologie. EHESS-Paris, 2016. Français. NNT : . tel-01395632

HAL Id: tel-01395632

<https://theses.hal.science/tel-01395632>

Submitted on 11 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES



Formation doctorale Sciences de la Société

Laboratoire Iris (EHESS, CNRS UMR 8156, Inserm U997, Université Paris 13)

QUAND LA PRISON PREND SOIN ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'EHESS présentée et soutenue
publiquement le 25 octobre 2016 par

Camille Lancelevée

Discipline : Sociologie

Membres du jury

Marc Bessin

Chargé de recherche au CNRS, HDR, *directeur*

Michel Bozon

Directeur de recherche à l'INED et chercheur associé à l'IRIS, EHESS, *co-directeur*

Bernard E. Harcourt

Professeur de droit et de science politique, Columbia Law School, New York, Directeur d'études à l'EHESS

Pascale Laborier

Professeure de science politique, Université Paris Ouest Nanterre-La Défense, *rapporteuse*

Corinne Rostaing

Maîtresse de conférence, HDR, Université Lyon 2, *rapporteuse*

Livia Velpry

Maîtresse de conférence, Université Paris 8

QUAND LA PRISON PREND SOIN
ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES DE SANTÉ MENTALE EN
MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE

REMERCIEMENTS

La thèse est une longue randonnée sans carte : l'itinéraire est esquissé à vue, le point d'arrivée incertain, mais le chemin se construit en avançant, au gré des rencontres professionnelles, des ravitaillements intellectuels et des haltes amicales.

Sur cette longue route, j'ai eu la chance d'être soutenue par deux directeurs attentifs et bienveillants, Marc Bessin et Michel Bozon, que je remercie pour leur appui indéfectible et leurs bons conseils de randonneurs expérimentés.

Cette thèse n'existerait pas sans ses terrains. Je remercie ceux qui m'ont aidée à y accéder : en Allemagne, Frieder Dünkel et le « professeur Köttler », et en France, Emmanuel Brillet, Annie Kensey et Julien Morel D'Arleux pour les terrains en détention, Patrick Charriot et le « professeur Jeunet » pour les services psychiatriques. Mais je pense évidemment surtout à toutes les personnes rencontrées dans les prisons de Grünstadt et de Tourion qui m'ont confié un bout de leur histoire, ont pris le temps d'éclairer ma lanterne, m'ont laissée cheminer à leurs côtés : *herzlichen Dank an* Günter P., Sabine E., Thomas B. et Lorenz G. et un chaleureux merci à Catherine A., Maud B., Monique S. et Stéphanie B.

Mon intérêt et mes nombreuses interrogations sur le milieu carcéral doivent beaucoup à l'équipe de l'Observatoire International des Prisons, et tout particulièrement à Patrick Marest et Jean Bérard, qui m'ont accueillie en stage à l'occasion des États Généraux de la Condition Pénitentiaire en 2006. C'est également dans ce cadre que j'ai rencontré Gilles Chantraine, dont les encouragements ont été décisifs pour me lancer dans une thèse.

Pour cette longue expédition, j'ai pu compter sur le soutien de plusieurs établissements que je remercie : l'EN3S m'a alloué une bourse de trois ans, l'EHESS, le DAAD, le CIERA ont financé des séjours de recherche en Allemagne. J'ai bénéficié de l'appui matériel et ô combien humain de mon laboratoire de recherche, l'IRIS, et de son équipe dynamique. Merci à Emilie Jacquemot, Estelle Girard, Carmen Mata et Monique Da Silva pour leur soutien logistique précieux. À Berlin, j'ai eu le plaisir de poser mes valises pour un long séjour au Centre Marc Bloch : merci à Pascale Laborier et Béatrice Von Hirschhausen pour leur accueil chaleureux dans cette belle boutique ouverte sur le monde et sur tous les savoirs.

Ces deux laboratoires m'ont permis d'assister à des échanges scientifiques de haut vol et de rencontrer des chercheurs-euses ses passionnants. Ils m'ont également encouragée à participer à l'organisation de manifestations scientifiques qui ont été cruciales pour l'élaboration de cette thèse. Le colloque *Pratiques, acteurs et espaces de l'enfermement*, organisé à Berlin en décembre 2011 avec Falk Bretschneider, Mathilde Darley, Bénédicte Michalon et Thomas Scheffer a marqué un moment fort dans la gestation de cette thèse. En France, j'ai trouvé - et trouve toujours - une source d'inspiration intarissable dans les ateliers, séminaires et colloques du groupe *Traitements et Contraintes* que six doctorants de l'IRIS ont constitué au sein du *Réseau des Jeunes Chercheurs Santé et Société* et qui a conservé, au fil des années et grâce à l'arrivée de nouveaux jeunes chercheurs-ses, une grande vitalité. C'est à l'occasion du premier colloque du groupe, organisé en juin 2012, que j'ai

rencontré Lorna Rhodes, dont la finesse d'analyse des institutions fermées a constitué pour moi un exemple à suivre.

La thèse est le résultat personnel de réflexions collectives : j'ai bénéficié des discussions scientifiques initiées par Christel Coton et Laurence Proteau dans le cadre du projet *Ecriture de la pratique, pratiques de l'écriture*, mais également de séminaires et colloques organisés par les collectifs *TerrFerme* et *Contrast*, dont je remercie les organisateurs.trices. Impliquée dans la réalisation de deux recherches financés par la *mission de recherche Droit et Justice* autour de la dangerosité (dirigée par Yves Cartuyvels et Marc Bessin) et de l'irresponsabilité pénale (dirigée par Caroline Guibet-Lafaye et Caroline Protais), j'ai eu le plaisir d'écrire à quatre mains avec Frédéric Dugué et avec Caroline Protais. Je les remercie très sincèrement.

Ma réflexion s'est également nourrie au contact des étudiant.e.s de différentes universités dans lesquelles il m'a été donné d'enseigner : je remercie tout particulièrement, pour leur accueil à Lille 3, Jean-Sébastien Eideliman, Jacques Rodriguez et toute l'équipe du Céries ainsi que Jean-Sébastien Alix, Jean-Pierre Galasse et toute l'équipe du département de carrières sociales de l'IUT de Tourcoing.

Enfin, si toutes les imperfections de cette thèse m'appartiennent, le résultat doit beaucoup aux discussions patientes et relectures attentives de Yasmine Bouagga, Mathilde Darley, Nicolas Fischer, Gilles Chantraine, Fabrice Fernandez, Méoïn Hagège, Gwénaëlle Mainsant, Delphine Moreau, Grégory Salle, Livia Velpry et Arthur Vuattoux que je remercie infiniment. J'envoie une pensée solidaire à mes partenaires de cordée, Irene Pochetti et Louise Tassin. Et j'ai une infinie reconnaissance envers Lucie Lechevalier-Hurard et Gwénaëlle Mainsant pour leur soutien enthousiaste. *Last but not least*, un grand merci à mes parents Claudine et Jean-Luc Lancelevée qui ont passé le manuscrit au peigne fin et à Bence Ketler, maître de la feuille de style.

La thèse, ce sont aussi les pauses hors du sentier, les cafés entre deux avions puis deux trains, les soirées à refaire le monde, les coins de canapé, les conversations *Skype* entrecoupées, les vraies randonnées à vélo ou à pied, les voyages immobiles et lointains, les concerts du chœur, les rires et les larmes partagés. Et ces pauses vitales n'existeraient pas sans les ami.e.s. Merci, du fond du cœur à ma grande famille parisienne, cousins et cousines éloignés à Rio, Grenoble, Bruxelles, Londres, Toulouse ou Stuttgart inclus. Un grand merci aux ch'ti ami.e.s de Lille. Une pensée affectueuse pour mes Berlinois.e.s préférés, y compris celles et ceux qui sont partis de l'autre côté de l'Océan. Une spéciale dédicace à la mer Baltique et ses couleurs pastel.

Enfin, je remercie mes proches, ma famille nichée dans les méandres et l'estuaire de la Seine, celle qui vit perchée sur les collines de Buda. Merci à mon frère Julien, Anne-Laure, et leurs petits poucets, qui ensemble tiennent mon gîte d'étape préféré. Un immense merci à mes parents, Claudine et Jean-Luc, qui ont cru en cette entreprise par tous les temps. Je dédie ce travail à mes grand-pères, Aimé (1928-2002) et Léopold (1914-2015) et à leur commune joie de vivre, un précieux héritage en ces temps sombres.

Bence, à tes côtés la montagne est plus belle. *Egy virágzó út van ellöttünk, szerelmem !*

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	- 3 -
SOMMAIRE	- 5 -
INTRODUCTION GÉNÉRALE	- 9 -
PARTIE 1 : SOIGNER ET PUNIR EN PRISON EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE : RELIEFS DU TERRAIN ET SILLONS DE L'HISTOIRE	- 27 -
INTRODUCTION DE LA PARTIE	- 29 -
CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	- 31 -
I. CIRCONSCRIRE LES LIMITES DU TERRAIN	- 33 -
II. ÉMOTIONS ET POSITIONS D'ENQUÊTE	- 49 -
III. METTRE À DISTANCE POUR MIEUX REGARDER ? HYPERMÉTROPIES ET MYOPIES COMPARATIVES	- 60 -
CHAPITRE 2 : REGARD SOCIO-HISTORIQUE SUR LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS FRANÇAIS ET ALLEMAND	- 75 -
I. 1800-1950 : ENTRE ASILE ET PRISON : LA RECHERCHE D'UNE TROISIÈME VOIE	- 78 -
II. 1960-1990 : LES ANNÉES CRITIQUES : SOIGNER EN PRISON OU SOIGNER LA PRISON ?	- 89 -
III. 1990-2015 : DES HÉRITAGES INSTITUTIONNELS À L'ÉPREUVE	- 104 -
CONCLUSION DE LA PARTIE	- 129 -
PARTIE 2 : INCARCÉRER POUR SOIGNER ? DES SYSTÈMES PROFESSIONNELS EN TENSION	- 131 -
INTRODUCTION DE LA PARTIE	- 133 -
CHAPITRE 3 : LA PRISON DE TOURION, UNE INSTITUTION FRAGMENTÉE	- 135 -
I. PROTÉGER LE TERRITOIRE PROFESSIONNEL DU SOIN	- 139 -
II. UNE COOPÉRATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX GÉRER LES PRISONS ?	- 158 -
III. UNE COOPÉRATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX JUGER LES DÉTENU·E·S ?	- 178 -
CHAPITRE 4 : LA PRISON DE GRÜNSTADT, UNE INSTITUTION HYBRIDE	- 193 -
I. LA PRISON POUR TRAITEMENT ?	- 197 -
II. RESSORTS ET LIMITES DE LA PSYCHOLOGISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	- 216 -
CONCLUSION DE LA PARTIE	- 240 -
PARTIE 3 : PRENDRE SOIN EN MILIEU CARCÉRAL : ENTRE TRAITEMENT ET CONTRAINTE	- 243 -
INTRODUCTION DE LA PARTIE	- 245 -
CHAPITRE 5 : QUAND LES MURS DE LA PRISON FONT BOUGER LES LIGNES DU SOIN PSYCHIATRIQUE	- 247 -
I. DES PATIENTS-DÉTENUS : UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS L'OMBRE DE LA PRISON	- 251 -
II. LE CRIME, « UN OBJET PERTINENT » POUR LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE ?	- 279 -
CHAPITRE 6 : UNE PEINE THÉRAPEUTIQUE ? LES PRISONS COMME « INFIRMERIES DU CRIME »	- 305 -
I. FRANCE : L'INCERTAINE RÉFORME DU TRAITEMENT PÉNITENTIAIRE	- 308 -
II. LE TRAITEMENT PÉNITENTIAIRE À GRÜNSTADT : TRAVAIL SUR SOI, TRAVAIL POUR SOI ?	- 323 -
CONCLUSION DE LA PARTIE	- 345 -

CONCLUSION GÉNÉRALE	- 349 -
ANNEXES	- 357 -
ANNEXE 1. LEXIQUE : SIGLES, ACRONYMES ET TERMES TECHNIQUES UTILISÉS	- 357 -
ANNEXE 2. DONNÉES DE TERRAIN	- 361 -
ANNEXE 3. SYSTÈMES PÉNAUX ET PSYCHO-LÉGAUX EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE	- 363 -
ANNEXE 4. CHRONOLOGIE SÉLECTIVE COMPARÉE	- 374 -
ANNEXE 5. MESURER LES TROUBLES MENTAUX EN PRISON : LES INCERTITUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	- 376 -
ANNEXE 6. LA « PRISON ASILE » DU POINT DE VUE DES PERSONNES DÉTENUES	- 385 -
ANNEXE 7. ENTRETIENS RETRANSCRITS	- 396 -
ANNEXE 8. DOCUMENTS	- 425 -
BIBLIOGRAPHIE	- 443 -
ENCADRÉS, FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	- 461 -
TABLE DES MATIÈRES	- 463 -

Les noms des personnes et des lieux ont été modifiés. Le lecteur trouvera en annexe un lexique des sigles, des données de cadrage, ainsi que des documents accompagnant le texte.

« Nous finissons toujours par être récompensés pour notre bonne volonté, notre patience, notre équité, notre tendresse envers l'étrangeté du fait que l'étrangeté peu à peu se dévoile et vient s'offrir à nous en tant que nouvelle et indicible beauté : C'est là sa gratitude pour notre hospitalité. »

Friedrich Nietzsche, *Le gai savoir*, 1989 [1887]
Livre Quatrième, Aphorisme 334
« Il faut apprendre à aimer »

INTRODUCTION GÉNÉRALE

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, rédigé 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 »¹. 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, la présence importante de personnes présentant des troubles mentaux en prison est l'une des mutations les plus frappantes de la population pénale, qui confère à la prison « une vocation asilaire que l'hôpital psychiatrique n'a plus » (Mermaz, Floch, 2000, p.65). Le rapport du Sénat utilise même l'expression de « prison asile » pour dénoncer un « retour à la prison de l'Ancien Régime », et juge ainsi que « la boucle est bouclée : la prison, aujourd'hui en France, est en train de retrouver son visage antérieur au code pénal Napoléonien » (Hyst, Cabanel, 2000, p.44). L'expression de « prison asile » devient l'expression phare de ce mouvement d'indignation. Elle traduit un mélange des genres, un amalgame de fonctions, l'alliance improbable de deux institutions historiquement distinctes. Par un système de vases communicants (Harcourt, Raoult, 2014), la prison semble prendre en charge, bon an, mal an, ceux que l'hôpital psychiatrique n'accueille plus : en attestent les résultats d'une grande enquête épidémiologique, qui chiffre à environ 30% la proportion de personnes souffrant de troubles psychiques graves dans les prisons françaises (Falissard *et al.*, 2004). Le diagnostic est unanime : les prisons françaises seraient devenues des prisons asiles.

En Allemagne, nul scandale autour des troubles mentaux en prison. Les taux d'incarcération stagnent et commencent même à décliner à partir de 2005. À première vue, la situation des prisons allemandes en matière de santé mentale n'est pourtant pas idéale : contrairement à la France, qui a développé depuis la fin des années 1980 un ambitieux dispositif d'accès aux soins psychiatriques sous la forme de services hospitaliers ambulatoires (26 SMPR), l'Allemagne dispose en tout et pour tout de sept hôpitaux pénitentiaires dotés de petits services de psychiatrie et de psychothérapie pour environ 70 000 personnes détenues au début des années 2000². Pourquoi un problème social flagrant de ce côté-ci du Rhin serait-il incongru de l'autre ? Le mystère se résout si l'on observe dans sa globalité le dispositif pénal allemand : en effet, celui-ci est organisé, depuis les années 1930, sur le principe de la « double voie ». À côté de la prison, une seconde institution, le *Maßregelvollzug* ou

¹ France Soir, Jean-François Crozier, 8 décembre 1999 ; L'Humanité, E.F., 8 décembre 1999 ; Libération, Jacqueline Coignard et Dominique Simonnot, 7 décembre 1999.

² Les taux de détention français sont alors comparables. Voir l'annexe 3, qui propose une comparaison synthétique des systèmes pénaux français et allemand.

internement psycho-légal³, est destinée aux auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Cette institution spécifique constitue une « mesure de réhabilitation et de sûreté » héritée des courants de défense sociale⁴ du début du XXème siècle, tout comme la rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*), destinée aux personnes ayant purgé une peine et retenues en raison de leur « dangerosité » particulière.

Or, au cours des années 2000 sont créées en France deux dispositifs qui rappellent étrangement ces deux mesures de réhabilitation et de sûreté allemandes : la *rétention de sûreté* est introduite en février 2008 pour « les personnes dont il est établi à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité »⁵. En mai 2010 ouvre près de Lyon la première *unité hospitalière spécialement aménagée* (UHSA)⁶, un service hospitalier destiné aux personnes détenues présentant des troubles mentaux, service surveillé de façon périphérique par l'administration pénitentiaire. Sans faire de la rétention de sûreté française la copie conforme de la rétention allemande (*Sicherungsverwahrung*), ni des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) un équivalent exact des hôpitaux psycho-légaux allemands (*Maßregelvollzug*), force est cependant de constater une nette ressemblance entre ces institutions, destinées aux mêmes publics : des personnes identifiées comme « dangereuses » en fin de peine d'un côté, des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux de l'autre. La France des années 2000 se dote donc d'institutions au programme hybride, entre soin et peine qui traduisent une évolution du gouvernement des personnes à la croisée du crime et de la maladie mentale vers un objectif de défense sociale : c'est à cette évolution que cette thèse entend réfléchir, en explorant les ambivalences de cette hybridation entre soin et peine dans les prisons de Tourion (France) et de Grünstadt (Allemagne), à partir de terrains ethnographiques d'une durée de cinq mois dans chacun des pays.

Une comparaison méthodologique pour penser l'institutionnalisation de dispositifs hybrides en France :

« Comparaison n'est pas raison » rappelle avec justesse Franz Schultheis (1989) : la comparaison est en effet chose difficile. Toujours située, elle met en miroir deux réalités résultant d'histoires sociales différentes et suggère que les objets comparés pourraient être les révélateurs d'un

³ Le terme renvoie à la procédure (§63 et 64 du code pénal allemand - *StGB*) autant qu'au lieu dans lequel la personne est internée. Elle sera traduite, dans cette thèse par « internement psycho-légal » ou « hôpital psycho-légal ». Pour les choix de traduction, voir lexicque (annexe 1).

⁴ La notion de défense sociale renvoie à plusieurs courants théoriques depuis la fin du XIXème siècle, qui ont pour point commun de remettre en cause la tradition juridique « néo-classique » fondée sur la notion de responsabilité pénale et de proportionnalité de la peine au crime. Si le nom de « défense sociale » met au premier plan l'idée d'une protection de la société, en revanche, les doctrines qu'elle désigne sont marquées par une ambivalence fondamentale entre protection de la société et réhabilitation du délinquant, qui traverse tous les programmes dits de défense sociale.

⁵ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

⁶ Ces unités sont prévues par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, dite loi Perben I.

illusoire « modèle » national. La comparaison proposée dans cette thèse ne sera pas une comparaison « terme à terme » qui analyserait les situations française et allemande à l'aune de modèles prédéfinis mais une comparaison « méthodologique » : l'éclairage de la situation allemande permettra de mettre à l'épreuve les représentations sociales françaises. Il s'agira de déconstruire le problème social des « prisons asiles » en France. Ma thèse montrera que ce problème social résulte d'une construction sociale pétrie de représentations devenues évidentes, qui s'interposent comme un voile « entre les choses et nous, et qui nous les masque d'autant mieux qu'on le croit plus transparent » (Lenoir, 1989). C'est pour lever ce voile que je propose de porter le regard sur l'Allemagne, pays dans lequel la défense sociale s'est matérialisée dès le début du XX^{ème} siècle en un dispositif cohérent⁷. La comparaison avec la situation allemande permettra ainsi de mettre en perspective les transformations à l'œuvre en France, qui participent, comme le montrera cette thèse, à produire un dispositif similaire de défense sociale, c'est-à-dire un dispositif qui tente d'allier protection de la société et traitement des individus identifiés comme « dangereux »⁸. Ces transformations seront saisies en un point du système pénal – les prisons de Grünstadt (Allemagne) et de Tourion (France) – où j'étudierai ces tensions constantes entre soigner et punir.

Soigner et punir. L'incontournable Michel Foucault

S'intéresser aux liens entre soin et peine, c'est convoquer par deux fois l'œuvre de Michel Foucault. Si les réflexions de Foucault sur les liens entre pénalité et psychiatrie ont largement nourri l'analyse présentée dans cette thèse, son œuvre sera ici plutôt mobilisée à la manière d'une boîte à outils – comme le philosophe le recommandait après la réception mitigée de *l'Histoire de la Folie à l'âge classique*⁹. La méthode ethnographique mise en œuvre dans cette recherche permet en effet de réfléchir non pas à la rationalité intrinsèque des transformations institutionnelles en cours, mais aux effets concrets de ces transformations.

Dans le sillage de sa thèse, Michel Foucault consacre une bonne partie de son travail, et tout particulièrement ses premières années de cours au Collège de France à la question des rapports historiques entre pouvoir psychiatrique et pouvoir de juger. Dans les *Anormaux*, il condense sa réflexion centrale : la « médecine mentale », en tant que « forme d'hygiène publique » a trouvé dans son rôle d'auxiliaire de la justice un terreau fertile pour imposer son savoir et justifier son pouvoir. Mais cet enracinement n'est possible que parce que la psychiatrie donne à la justice le moyen de légitimer son action : « à partir du moment où effectivement [le juge] va faire porter son jugement,

⁷ Au sens d'un réseau établi entre un « ensemble [d'éléments] résolument hétérogène[s], comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions règlementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques » (Foucault, 2000 [1976])

⁸ Le chapitre méthodologique (chapitre 1) reviendra précisément sur le déroulement de l'enquête et sur la façon dont la comparaison a littéralement travaillé, par ses imperfections devenues heuristiques, la question de recherche.

⁹ « Je voudrais que mes livres soient une sorte de tool-box dans lequel les autres puissent aller fouiller pour y trouver un outil avec lequel ils pourraient faire ce que bon leur semble, dans leur domaine. L'Histoire de la folie, je l'ai écrite un peu à l'aveuglette, dans une sorte de lyrisme dû à des expériences personnelles. Je suis attaché à ce livre, bien sûr, parce que je l'ai écrit, mais aussi parce qu'il a servi de tool-box à des personnes différentes les unes des autres, comme les psychiatres de l'antipsychiatrie britannique, comme Szasz aux États-Unis, comme les sociologues en France : ils l'ont fouillé, ont trouvé un chapitre, une forme d'analyse, quelque chose qui leur a servi ultérieurement ». (Foucault, 1994, [1974], p.523)

[...] il pourra se donner le luxe, l'élégance ou l'excuse d'imposer à un individu une série de mesures correctives, de mesures de réadaptation, de mesures de réinsertion. Le vilain métier de punir se trouve retourné dans le beau métier de guérir » (Foucault, M. (1999) [1974-1975], p.22).

Les relations entre juges et psychiatres ont suscité un regain d'intérêt sociologique ces dernières années, avec des travaux qui s'intéressent à la place des acteurs technico-scientifiques dans la construction du jugement (voir par exemple Chauvaud, Dumoulin *et al.*, 2003 ; Péliasse, Protais *et al.*, 2012). Loin de souscrire à un univoque « pouvoir des experts », ces travaux analysent la façon dont ces savoirs experts « remettent en question le monopole du droit dans la construction du juste » (Dumoulin, 2000) et constituent un ensemble de ressources et de contraintes pour les magistrats. La place plus spécifique des experts psychiatres, qui n'a cessé de croître dans la procédure judiciaire, a elle aussi fait l'objet de travaux empiriques (Renard, Sicot, Saetta, 2009 ; Bensa, Fernandez, Lézé, Leroy, 2010) : ils constatent que les magistrats utilisent les rapports d'expertise comme un réservoir d'arguments qui leur permettent de construire une « vérité judiciaire » (Saetta, 2011) fondée sur une « construction morale » du justiciable (Fernandez, Lézé, Strauss, 2011). Il semble donc que les experts contribuent, dans un jeu d'interactions complexe, à faire évoluer les représentations des magistrats (Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016).

Si Foucault développe l'idée que la justice s'appuierait sur le savoir du psychiatre pour se préserver de « l'angoisse de juger » (Foucault, 1994 [1974]), il suggère par ailleurs dans *Surveiller et Punir* (1993, [1975]) que la psychologie, entre autres disciplines correctrices, permettrait, en installant son pouvoir normalisateur entre les murs de la prison de l'aider à conserver son assise. Inspirés par une analyse foucauldienne de la prison, plusieurs travaux appréhendent les réformes de la prison comme un élément constitutif et essentiel d'une institution dont la solidité dépend surtout de sa réforme permanente¹⁰. En ce sens, l'entrée en prison de professionnel·le·s¹¹ en santé mentale viserait autant à transformer l'institution qu'à réactiver le mythe fondateur de la prison, un « arrière-plan moral indispensable » à l'autojustification de ceux qui gèrent le système carcéral, et qui permet « de transformer le mal (l'enfermement de sûreté, toujours soupçonné d'arbitraire) en bien (la « bonne » peine de prison) » (Faugeron, Le Boulaire, 1991, p.35). Ainsi, en appréhendant le temps long des relations entre prison et psychiatrie, Marc Renneville se demande si la prison, qu'on dit « malade » de ses fous, ne serait pas, plutôt « guérie par ses fous » (Renneville, 2004, p.655). C'est également pour souligner les effets d'hystérésis de l'institution carcérale allemande qu'Immanuel Baumann (2006) ou Grégory Salle (2009) mettent en évidence les limites de la réforme pénitentiaire allemande dans les années 1970, qui ne parvient selon eux pas à remplir son objectif de transformations de la prison en « détention à visée thérapeutique » (*Behandlungsvollzug* – voir *infra*).

¹⁰ Michel Foucault explique en effet dans *Surveiller et Punir* : « la « réforme » de la prison est à peu près contemporaine de la prison elle-même. Elle en est comme le programme. La prison s'est trouvée dès le début engagée dans une série de mécanismes d'accompagnement, qui doivent en apparence la corriger mais qui semblent faire partie de son fonctionnement même, tant ils ont été liés à son existence tout au long de son histoire » (Foucault, 1975, p.271).

¹¹ Dans cette thèse, les substantifs épiciens décrivant des catégories professionnelles (surveillant·e·s) ou de groupes de personnes (patient·e·s) seront féminisés de façon conventionnelle pour rappeler que ces rôles sociaux ne sont pas uniquement joués par des hommes. En revanche, pour ne pas alourdir la lecture, j'ai fait le choix de ne pas féminiser les adjectifs relatifs à ces substantifs.

En outre, la prison resterait, en dépit de ces réformes, un instrument de « gestion différentielle des illégalismes »¹² (Foucault, 1975, p.98-102). En effet, les sociologues remarquent une certaine permanence des caractéristiques sociales des personnes concernées par la prison. Dénaturalisant le lien *a priori* évident entre « criminalité » et « poursuites judiciaires », plusieurs recherches se sont penchées sur la sélection sociale aux différents maillons de la chaîne pénale, depuis l'enquête policière jusqu'au prononcé de la peine (Herpin, 1977 ; Aubusson de Cavarlay, 1985 ; Gautron, Retière, 2013 ; Chantraine, Salle, 2013). Traduisant cette sélection sociale, la population carcérale est majoritairement constituée de personnes issues des classes populaires. À ces propriétés sociales s'ajoutent des différences de sexe et des différences d'origine ethnique¹³. *In fine*, l'expérience carcérale est principalement réservée à des « hommes, relativement jeunes, pauvres, aux liens familiaux plus souvent distendus que dans le reste de la population, issus de milieux modestes et fréquemment sans emploi au moment de l'incarcération, d'un niveau scolaire inférieur à la moyenne ; ils sont surtout de nationalité française, mais la proportion d'étrangers est importante, et encore plus la proportion des justiciables issus de l'immigration » (Combessie, 2009, p.41). De milieux sociaux modestes, ces hommes sont par ailleurs souvent en mauvaise santé, tant sur le plan somatique que psychique (Mouquet *et al.*, 1999 ; Falissard *et al.*, 2004), ce qui nourrit l'idée que la prison viendrait, en proposant un accès aux soins médicaux et psychiatriques, se suppléer à l'hôpital: la loi de Penrose¹⁴ trouverait ici une nouvelle preuve empirique.

L'intérêt – et la limite – de la perspective foucauldienne est de privilégier un regard surplombant sur la réforme de la prison, qui en sublime les contradictions pour en dévoiler la rationalité ultime et intrinsèque. Si la thèse confirme *in fine* cette idée que l'institution carcérale trouve dans les savoirs et les pratiques psychiatriques et psychologiques un puissant programme institutionnel qui permet de légitimer, par le soin, l'enfermement de personnes jugées indésirables socialement, elle vise néanmoins à comprendre comment se met en place ce programme hybride, et à en observer les conséquences sur le traitement pénitentiaire des personnes détenues. Pour cela, l'analyse s'attache à tenir ensemble le niveau de la réforme institutionnelle et celui des pratiques professionnelles au sein des prisons.

Les réformes de santé mentale en prison : regard socio-historique

Les observations menées dans les prisons de Tourion et de Grünstadt mettent au jour des différences importantes dans l'articulation des pratiques de santé mentale et de traitement pénitentiaire. Alors qu'on observe en France une ligne de fracture importante entre les services psychiatriques installés en prison et l'administration pénitentiaire, on remarque en Allemagne une

¹² La « gestion différentielle des illégalismes » renvoie chez Foucault à l'idée que les déviances ne sont pas uniformément sanctionnées, mais traitées selon la catégorie sociale (et, pourrait-on ajouter, sexuelle et ethnique) à laquelle appartient la personne qui transgresse la loi.

¹³ Voir statistiques (annexe 3)

¹⁴ Sur la base d'une étude comparative des statistiques européennes disponibles dans les années 1930, Lionel Sharples Penrose, mathématicien et psychiatre a remarqué en 1939 une relation inverse entre la taille de la population pénale et de la population hospitalisée (voir Harcourt, Raoult, 2014).

coopération étroite des professionnel·le·s en santé mentale et pénitentiaires dans la conception du traitement carcéral. Ce constat oblige à réfléchir, dans une perspective socio-historique, à la construction de ces rôles professionnels.

Dans le chapitre 2, je montrerai que les prisons françaises et allemandes n'occupent pas la même position dans les systèmes pénaux des deux pays, mais également que les modalités d'entrée des professionnel·le·s en santé mentale dans les établissements pénitentiaires des deux pays ne s'inscrivent pas dans la même histoire. Ainsi, en France, en l'absence d'une seconde voie pénale similaire aux hôpitaux psycho-légaux, les prisons ont progressivement aménagé un accès aux soins psychiatriques spécifique pour personnes détenues, progressivement confié au ministère de la Santé. Si la France prend le parti de confier aux autorités de santé la gestion des soins psychiatriques (1986) et médicaux (1994) dans les prisons, c'est en grande partie parce que les acteurs du soin exerçant alors en prison sont imprégnés de la critique portée à l'encontre de la prison et de l'asile dans les années 1970 et refusent de participer à une entreprise pénitentiaire (Fargès, 2013, Bellanger, 2014). La thèse montrera que cet héritage historique se traduit aujourd'hui par une division du travail fortement conflictuelle autour de la prise en charge des troubles mentaux. A l'inverse, en Allemagne, l'existence d'institutions psycho-légales a délesté le système carcéral de la question de la prise en charge des troubles mentaux. En revanche, un champ professionnel spécifique, la *Forensik* s'est développé autour de ces institutions, qui a développé des savoirs théoriques et cliniques sur le crime et la folie. Du côté carcéral, les réformes des années 1970 débouchent sur la mise en place d'une loi pénitentiaire qui vise à faire de la prison une institution à visée de « traitement » (*Behandlungsvollzug*) (Baumann, 2006 ; Salle, 2009). A ces réformes participent des professionnel·le·s en santé mentale, qui espèrent ainsi améliorer les conditions de détention et surtout de réinsertion des personnes détenues mais qui surtout s'implantent durablement dans les établissements pénitentiaires allemands. Ce sont ces professionnel·le·s qui concourent au développement du programme institutionnel psycho-criminologique que j'observe dans les coursives de la prison de Grünstadt.

Mais ce retour socio-historique expliquera également pourquoi la France développe, au cours des années 2000, un arsenal similaire à celui qui existe de l'autre côté du Rhin. En France comme en Allemagne, les deux dernières décennies sont en effet marquées par un retour de la sociale (Van de Kerchove, 2010 ; Danet, 2009) qui se traduit par un recours accru à l'enfermement pour neutraliser mais également traiter les personnes identifiées comme « dangereuses », au premier rang desquelles les « malades mentaux dangereux » et les « auteurs de violences sexuelles ». Ce retour de la défense sociale se manifeste en Allemagne par le réveil des mesures de réhabilitation et de sûreté (internement psycho-légal et rétention de sûreté), qui avaient vu leurs taux d'occupation chuter après la Seconde Guerre mondiale. En France, ce sont les prisons qui sont chargées de gérer les conséquences de la pénalisation croissante des malades mentaux et des auteurs de violences sexuelles. En résulte le développement d'institutions hybrides au sein des établissements pénitentiaires, qui semblent remplir la fonction de défense sociale assumée en Allemagne par l'internement psycho-légal.

Dans les deux pays, on observe une préoccupation sociale croissante pour les risques de récidive et le traitement de la « dangerosité », traitement auquel psychiatres et psychologues sont invités à participer. Or, si cette invitation s'inscrit, en transformant ses objectifs, dans l'hybridation entre soin et peine déjà à l'œuvre dans les institutions allemandes, elle vient au contraire heurter fortement l'identité professionnelles des psychiatres et psychologues français qui ont contribué à développer un accès aux soins psychiatriques dans les prisons. En résultent des conflits autour du mandat de ces professionnel·le·s en santé mentale.

Punir pour soigner ? « L'inquiétant impensé de la prison »

A partir des terrains ethnographiques réalisés dans les prisons de Tourion et de Grünstadt, la thèse interroge à l'époque contemporaine la manière dont la présence de ces professionnel·le·s en santé mentale continue de travailler, de l'intérieur, la dynamique institutionnelle des établissements pénitentiaires. Pour la période contemporaine, de nombreux sociologues s'attèlent à penser les effets concrets, entre les murs, des réformes de santé. Mais il s'agit, le plus souvent, de réfléchir à la façon dont les conditions carcérales viennent entraver ces réformes. Ainsi, Bruno Milly (2000) étudie la recomposition des pratiques et des identités professionnelles face aux contraintes carcérales, tandis que Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien se penchent sur les questionnements éthiques et les conséquences, dans la division du travail de soin, de la rencontre de deux cultures institutionnelles : l'hôpital et la prison (Bessin, Lechien, 2000). Dans la même veine, le rapport de Thomas le Bianic et Guillaume Malochet (2009) dresse un bilan de l'organisation des soins en santé mentale en milieu carcéral. Les travaux d'Elodie Janicaud (2013) sur la place des surveillants dans les unités somatiques, de Fabrice Fernandez et Samuel Lézé (2011) sur les enjeux moraux de la pratique psychiatrique, de Méoïn Hagège (2015) sur les trajectoires de soins d'hommes détenus séropositifs (VIH et hépatites C) ou encore de Lara Mahi (2015) sur les stratégies de recours aux soins médicaux par les hommes détenus, témoignent d'une volonté d'observer concrètement ce que (se) soigner en prison veut dire. Ces travaux mettent en évidence les lacunes de ces réformes de santé, qui, tout en améliorant l'accès aux soins, restent largement surdéterminées par une logique « carcérale » qui oblige les acteurs à adopter des stratégies d'adaptation secondaire. Ainsi, la prison, institution en changement (Veil, Lhuillier, 2000), garde dans son fonctionnement certaines caractéristiques des « institutions totales », définies par Erving Goffman comme des « lieux de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieure, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1968 [1961], p. 41).

Ce concept « d'institution totale », mis en valeur par Robert Castel dans la préface qu'il consacre à l'ouvrage *Asiles* lors de sa publication en France en 1968, est particulièrement heuristique parce qu'il permet de rapprocher le mode de fonctionnement des institutions fermées et de dénoncer leurs effets sur les individus. À sa suite, la sociologie carcérale française a consacré une importante réflexion à la question de savoir si les prisons peuvent toujours être qualifiées d'institutions « totales ». Plusieurs auteurs se penchent ainsi sur l'arrivée de nouveaux acteurs en détention,

analysée comme une « déprise » de l'institution (Rostaing, 2009) ou comme l'« ouverture » ambiguë de la prison sur des activités qui restent néanmoins « surdéterminées par une logique carcérale » (Combessie, 2000). Si la sociologie carcérale a analysé avec attention la dimension « totale » de la prison, elle ne s'est en revanche pas penchée sur le fait de savoir si la prison pouvait toujours être définie comme « une institution ». La question peut paraître absurde : en première apparence, les prisons sont des établissements bien identifiables dans le paysage urbain (et de plus en plus rural). Instituées au début du XIXème siècle, elles continuent à être des « mondes sociaux particuliers [...] disposant d'une forte assise organisationnelle » (Bonny, 2011, p.9). Néanmoins, si l'on se penche sur la « mission » de ces établissements, qui constitue selon Yves Bonny (ibid.) le second trait caractéristique d'une « institution », les choses se corsent : les prisons remplissent certes la mission régaliennne de surveiller et punir les délinquants et criminels, mais cette mission s'étend de plus en plus, au-delà des murs de la prison, à différents dispositifs de surveillance et de contrôle en milieu « ouvert » (comme le bracelet électronique, Razac, 2009) qui forment avec elle un « continuum pénal » (Larminat (de), 2014). Le dispositif institutionnel pénal déborde donc largement les frontières des établissements pénitentiaires et interroge la spatialité de l'institution (Darley, Michalon, Lancelevée, 2013). Mais la présence de nouveaux groupes professionnels multiplie aussi les « missions » (soigner, enseigner, juger, travailler, etc.) à l'œuvre au sein des prisons. En ce sens, la prison semble plutôt devoir être définie comme une structure au carrefour de plusieurs dispositifs institutionnels emboîtés – et non comme une institution disposant d'un programme institutionnel clair et univoque.

Si l'entrée en prison de professionnel·le·s en santé mentale peut être pensée comme une amélioration et une normalisation, toujours inachevée de l'univers carcéral, elle doit donc également amener à réfléchir au programme de l'institution carcéral. Il semble en effet que la présence psy donne à la prison des outils pour développer une mission propre, celle de traiter les comportements et personnalité des personnes détenues, qui sont de plus en plus perçues comme étant à l'origine de leurs actes transgressifs. Quelques sociologues soulèvent ainsi la question de l'« inquiétant impensé de la prison », remarquant qu'on « ne sait plus si elle est destinée à produire de la peine ou du soin (Bessin, Lechien, 2000, p.238). Marc Bessin, dans un article sur la pratique psychiatrique en prison suggère également que « poser les enjeux sociaux de cette pratique, dans un contexte de pénalisation des pathologies mentales à l'extérieur qui va de pair avec une psychiatrisation de la criminalité à l'intérieur est indispensable pour tenter de penser la prison d'aujourd'hui » (Bessin, 2000). On retrouve la même interrogation dans un article de Corinne Rostaing qui se demande si « la diffusion des pratiques psychologiques » pourrait « contribuer à une transformation en profondeur de l'institution carcérale » (Rostaing, 2008, p.93). Dans la lignée de ces travaux, cette thèse analyse les effets de la psychiatrie et de la psychologie sur le fonctionnement de l'institution carcérale.

En cela, la thèse s'inspire tout particulièrement du travail de Lorna Rhodes sur les prisons américaines, qui articule une réflexion sur les pratiques professionnelles et sur les transformations institutionnelles : c'est en tenant les deux que l'on peut, selon Lorna Rhodes, penser les évolutions du gouvernement de la déviance. Ainsi, elle observe le fonctionnement des unités *Supermax*, qui accueillent des détenus exclus des prisons ordinaires et organisent une surveillance constante des

individus, isolés les uns des autres et sans contact physique avec les agents pénitentiaires. Par une fine exploration des pratiques professionnelles elle montre combien ce dispositif produit des dilemmes moraux et professionnels, qui se traduisent par une « angoisse taxinomique » permanente (Rhodes, 2000) c'est-à-dire une difficulté à qualifier les comportements débordants. Elle analyse la façon dont ces prisons de haute sécurité parviennent, en s'appuyant sur des savoirs psychologiques inspirés du *behaviorisme*, à produire une lecture individualisant et naturalisant les comportements violents et ainsi à légitimer l'exclusion d'une partie de la population carcérale, les *crazy tough guys*. Si les espaces pénitentiaires observés au cours des terrains ethnographiques de Tourion et de Grünstadt ressemblent peu à l'univers paroxystique du *Supermax*, la thèse entend cependant réfléchir dans le même mouvement aux évolutions institutionnelles et aux pratiques professionnelles. En ce sens, elle rejoint l'ambition de la sociologie de « l'Etat par le bas », qui vise à articuler « une perspective socio-historique privilégiant la saisie diachronique de processus comme la genèse, l'institutionnalisation, la naturalisation des formes et catégories d'intervention et l'observation de conjonctures » à une « sociologie des pratiques d'intervention 'en actes', qui les restitue dans le cours de leur accomplissement ». (Dubois, 2003, p.348).

Encadré 1 Quelle place pour la littérature scientifique allemande ?

Si la comparaison franco-allemande autour des modalités de contrôle de la déviance présente un certain « réalisme sociologique » (Jobard, Groenmeyer, 2005) en raison de la proximité des politiques pénales françaises et allemandes, les travaux sociologiques comparatifs sont cependant peu nombreux au regard de la longue tradition comparatiste entre ces deux pays et des financements spécifiques prévus pour ce type de recherches. Cette maigre production comparative résulte notamment d'intérêts scientifiques différents entre les deux pays. En raison de l'histoire et du découpage des disciplines scientifiques, la sociologie et *a fortiori* l'ethnographie n'ont pas pris, en Allemagne, l'univers carcéral pour objet d'étude¹⁵ : la recherche autour de la prison est majoritairement le fait de criminologues, juristes ou psychologues de formation, et s'attache principalement, dans une démarche « accompagnatrice » à évaluer la conformité juridique des procédures. Tillmann Bartsch s'intéresse ainsi à la conformité de rétention de sûreté allemande avec les principes de droit constitutionnel (Bartsch, 2010), tandis que Bernd Volckart ou Wolfgang Weigand se penchent sur les procédures encadrant l'internement psycho-légal (Weigand, 1999 ; Volckart, 2003) ou que Angelika Bode compare les législations régionales en matière de « mesures de réhabilitation et de sûreté » (Bode, 2004). De nombreux travaux évaluent ainsi l'efficacité de l'institution carcérale quant à la réinsertion sociale et à la lutte contre la récidive comme l'indiquent quelques titres révélateurs de ces ambitions : « La taule, l'échec de la prison, un état des lieux » (Becker, 2008) ; « Travaux empiriques autour des procédures et du droit pénitentiaire » (Dessecker, Geissler-Frank, 1995) ; « Humaniser l'univers pénitentiaire – stratégies et expérimentations » (Düinkel, Drenkhahn, Morgenstern, 2008), « La prison en Allemagne : déficits structurels, nécessité de réformes et alternatives » (Puschke, 2011).

Le terme utilisé pour désigner la « prison » traduit bien cet ancrage juridique : les pouvoirs publics, ainsi que les chercheurs-euses, parlent ainsi de *Strafvollzug*, un terme qui désigne à la fois le lieu d'exécution de la peine (la prison) et le régime de détention (par opposition à *Untersuchungshaft*, détention préventive). Ce terme, largement privilégié, dans la littérature et dans la pratique, à *Gefängnis* (prison), « objective dans le

¹⁵ Et plus largement les questions relatives à la « déviance ». Jérémie Gauthier dresse un constat similaire à propos de la sociologie empirique de la police (Gauthier, 2012).

langage une prédilection pour les signes formels de la légalité et la qualification juridique du réel qui favorise, dans les représentations, la dissociation de la question carcérale vis-à-vis de la question sociale. » (Salle, 2009, p.19). Ces travaux, indispensables pour éclairer l'action publique, n'ont cependant qu'un intérêt limité pour celui qui y chercherait une analyse microsociologique des relations sociales et des pratiques professionnelles. L'enquête ethnographique menée dans la prison de Grünstadt se justifie donc en première intention par une volonté d'éclairer le fonctionnement concret des prisons allemandes, dont on sait finalement très peu de choses. L'ouvrage qui, à ma connaissance, documente le mieux le quotidien carcéral a été rédigé par un journaliste à la suite de journées d'observation dans la prison de Tegel à Berlin (Schlieter, 2011).

Une psychologisation ambivalente de la question carcérale

Afin d'appréhender l'hybridation du soin et de la peine qu'augurent les transformations pénitentiaires, je me suis concentrée sur le « monde psy » (Dodier, Rabeharisoa, 2006) des prisons de Tourion et de Grünstadt, c'est-à-dire sur le rôle joué par les professionnel-le-s en santé mentale dans l'écologie professionnelle locale des établissements pénitentiaires. Je me suis intéressée à la façon dont ces professionnel-le-s, au cœur de la tension entre soin et peine, s'engagent, participent, contestent ou encore résistent à cette hybridation. Loin de pouvoir se résumer à l'extension implacable d'un pouvoir psychiatrique ou psychologique au sein de l'univers carcéral, cette « présence psy » prend des formes variables, concurrentes, en tension dans les prisons françaises et allemandes, qui seront analysées au prisme de la « psychologisation » des rapports sociaux.

Si les termes de psychologisation, psychiatrisation et médicalisation renvoient à des disciplines scientifiques distinctes, ils décrivent cependant un processus social similaire et des phénomènes sécants. En reprenant le célèbre article de Peter Conrad sur la médicalisation, on peut la définir comme « un processus par lequel des problèmes non-médicaux se voient définis et traités comme des problèmes médicaux, en général en termes de maladies ou de troubles » (Conrad, 1992, p.209). Dans cette perspective, la « psychologisation » décrit autant l'emprise d'un corps professionnel aux contours flous que la pénétration dans la société, de savoirs tirés de la psychologie. Au concept de « psychologisation » est associé, en France, un héritage polémique. Dans la pensée critique des années 1970, il traduit en effet l'emprise grandissante exercée par les professionnel-le-s du psychisme et rime avec décontextualisation, dépolitisation et expansion d'un néolibéralisme, qui placerait au niveau de l'individu la responsabilité « de sa trajectoire sociale » pour en faire « l'entrepreneur de sa vie et de lui-même » (Castel, 1981, p.12). Plusieurs auteurs s'interrogent alors sur la psychologisation des rapports sociaux, où le psychologique serait « en train de devenir le social d'un monde sans social » (Castel, 1981, p.178) et ferait la promotion d'une « forme d'autonomisation des individus jugée illusoire devant la véritable autonomie, celle qui s'acquiert par et dans les luttes sociales » (Dodier, Rabeharisoa, 2006, p.14).

Plusieurs travaux contemporains¹⁶ s'attachent cependant à décrire les conséquences complexes et ambivalentes de ce phénomène de progression des savoirs et des pratiques psychiatriques et psychologiques. Ces travaux nuancent la connotation péjorative attachée au concept de psychologisation, en étudiant ses ambiguïtés, saisies à partir d'enquêtes empiriques sur différentes scènes sociales : entreprise privée (Buscatto, 2006), hôpital, police (Loriol, 2005), politique de la ville (Fassin, 2006 ; Coutant, 2012), dispositifs d'accompagnement social (Bresson, 2006 ; Divay, 2008 ; Demailly, 2008), école (Morel, 2012 ; Lignier, 2012). Ces recherches témoignent de la progression d'une lecture et d'une réponse « psychologique » à des problèmes relatifs à l'organisation du travail (avec la visibilisation de la souffrance au travail, du stress ou encore du *burn-out*), à l'échec scolaire (avec le développement des troubles de l'apprentissage), à l'intégration économique et sociale (création de lieux d'écoute, sollicitation des services psychiatriques en réponse aux désordres adolescents dans les zones urbaines sensibles, accompagnement des chômeurs, etc.). Elles révèlent cependant que la psychologisation n'est un phénomène ni *homogène* – elle prend des formes diverses dans les institutions étudiées – ni *implacable* – les savoirs psychologiques sont l'objet d'appropriation et de résistance de la part des acteurs concernés – ni, enfin, *univoque*. En effet, si la psychologisation tend à occulter les problèmes organisationnels ou sociaux, elle peut également apporter des réponses pratiques et être ainsi un adjuvant à l'action ou à la mobilisation. En outre, loin d'être systématiquement portée par des professionnels en santé mentale avides d'étendre leur domaine d'intervention, elle peut également progresser par une attention sociale pour la santé ou pour la souffrance, deux termes qui s'imposent dans le débat public contemporain dans une « configuration sémantique compassionnelle » (Fassin, 2006). En somme, loin de pouvoir résumer la psychologisation par une extension du pouvoir des professionnel-le-s en santé mentale, il s'agit d'étudier la forte interconnexion entre le « monde psy » et le « monde social » : « le monde 'psy' exerce une influence centrale sur la vie sociale. C'est en effet à travers les catégories et les outils du monde psy que nous faisons retour sur nous-mêmes, que s'élaborent des langages de la contestation, que se construisent des méthodes de gouvernement, de gestion et d'organisation. En retour, le monde psy s'avère particulièrement poreux aux transformations de la société » (Dodier, Rabeharisoa, 2006, p.10).

C'est avec la même volonté de décrire les ambivalences de l'accroissement du champ d'intervention des professionnel-le-s en santé mentale dans les établissements pénitentiaires que cette thèse analyse la façon dont ces professionnel-le-s viennent s'inscrire dans la division du travail de prise en charge des personnes détenues. Si le regard se porte sur les interactions au sein des établissements pénitentiaires, l'analyse, nourrie par la sociologie du travail et des professions, permet de penser les liens entre transformations institutionnelles et professionnelles : il s'agit en somme de montrer ce que le « monde psy » fait à la prison, mais également, comment l'institution carcérale travaille, en retour, ce monde professionnel.

¹⁶ Trois dossiers thématiques sont ainsi publiés à quelques mois d'intervalle, traduisant le renouveau de la recherche française autour de cette question : « Expérience et critique du monde psy » (Politix, 2006), « Politiques de la psy » (Raisons Politiques, 2007) « La tentation psy » (Sociologies Pratiques, 2008).

Quand les murs font bouger les limites des territoires professionnels

Largement inspirée par la sociologie interactionniste, l'enquête ethnographique permet d'observer des situations de travail afin d'appréhender la dynamique des relations professionnelles au-delà du travail prescrit et des mandats officiels des différents groupes professionnels (Avril, Cartier, Serre, 2010). Se dessine un ordre de l'interaction négocié (Strauss, 1992) et provisoire entre les groupes professionnels, marqué par des enjeux de pouvoir et moraux. Ces enjeux sont centraux dans des établissements pénitentiaires où se côtoient le « vilain métier de punir » et le « beau métier de guérir » (voir *supra*). Loin de révéler une division du travail irénique et pacifiée, les observations ethnographiques mettent au contraire en évidence des tensions, qui ont pour effet de produire, au sein des établissements pénitentiaires, des « formes de travail orienté vers autrui » contradictoires (Larforgue, 2009). Les observations mettent ainsi en évidence deux modes d'intervention distincts des professionnel·le·s en santé mentale dans le quotidien des établissements pénitentiaires de Tourion et de Grünstadt, le « soin », espace protégé par le secret médical et présenté comme difficilement réconciliable avec l'univers de la peine, et le « suivi » individualisé, qui articule sous des formes paradoxales travail thérapeutique et contrôle judiciaire, et ouvre ainsi un domaine partagé avec l'administration pénitentiaire.

Mais la sociologie du travail et des professions permet également de penser les effets de l'institutionnalisation sur la production et l'évolution des rôles professionnels. L'analyse s'appuie ici tout particulièrement sur les concepts développés par Andrew Abbott pour décrire la recomposition permanente des systèmes de professions. Dans *The system of profession* (1988), Abbott propose ainsi de relier une approche interactionniste centrée sur la division du travail observable en un lieu et un moment donné avec une approche fonctionnaliste, centrée sur l'organisation des professions. Les interactions doivent ainsi selon lui être lues au prisme de l'environnement (organisationnel, juridique, technique, scientifique, etc.) dans lequel elles se déroulent. En combinant ces deux niveaux d'analyse, il devient possible de mettre en évidence ce qu'il appelle des « luttes juridictionnelles », c'est-à-dire des conflits entre groupes professionnels sur la définition de leur « territoire professionnel » respectif. Si l'analyse abbottienne se révèle particulièrement utile pour penser l'hybridation du soin et de la peine en milieu carcéral, c'est parce qu'elle permet d'analyser la prétention hégémonique d'un programme institutionnel « psycho-criminologique », qui entend unifier l'intervention des différents groupes professionnels autour d'un objectif de traitement et de contrôle des personnes criminelles. La notion de « lutte juridictionnelle » donne également matière à penser les virulentes résistances d'une partie des professionnel·le·s en santé mentale face à ce qu'ils considèrent comme une violation de leur mandat professionnel. Mais cette lutte juridictionnelle produit également, au sein du « monde psy », des formes de segmentation professionnelle (Bucher et Strauss, 1992 [1961]), entre ceux qui adhèrent à ce programme institutionnel et ceux qui le refusent au nom d'un programme concurrent, celui du « soin ». L'analyse présentée dans cette thèse permet ainsi d'étudier les divisions internes du « monde professionnel de la santé mentale », aux identités, valeurs et intérêts multiples. Elle montre l'émergence, en France, d'un segment professionnel « criminologique », qui tente d'obtenir le « statut reconnu de spécialité » (*ibid.*, p.83), au même titre

que la *Forensik* allemande, sous-spécialité expertale et clinique autour de la prise en charge des auteurs d'infractions¹⁷.

Ainsi, depuis l'observation d'interactions situées, au sein des établissements pénitentiaires de Tourion et de Grünstadt, la thèse montre comment la création de nouvelles institutions, telles que les hôpitaux psycho-légaux dans l'Allemagne des années 1930 ou les unités hospitalières spécialement aménagées dans la France des années 2010 contribuent à faire évoluer les rôles professionnels. Cette évolution s'accompagne de l'émergence de nouveaux savoirs : les manières de problématiser et de résoudre le problème des « populations à la croisée du soin et de la peine » se transforment elles aussi.

Contre qui se défend-on ? La construction de savoirs à la croisée du crime et de la maladie mentale

Cette thèse prend pour point de départ le mouvement d'institutionnalisation de dispositifs à la croisée du soin et de la peine, qui fait étrangement écho aux institutions de défense sociale créées en Allemagne au début du XX^e siècle, institutions allemandes qui voient d'ailleurs depuis la fin des années 1980 leur taux d'internement augmenter de façon inédite. La notion de défense sociale a une longue histoire comme le montrera le chapitre 2 : elle englobe des théories variées qui ont toutes critiqué la logique pénale classique basée sur la notion de « responsabilité » et de « proportionnalité des peines » pour lui substituer une logique permettant d'articuler une meilleure protection de la société fondée sur un traitement ajusté à la personnalité des criminels. Depuis le début du XIX^e siècle, on observe ainsi des tentatives renouvelées pour classer les individus à mi-chemin entre le crime et la folie (Mucchielli, 1994 ; Renneville, 2003 ; Becker, Wetzell (dir.), 2006). Cette longue histoire des savoirs sur le crime se poursuit à l'époque contemporaine comme le montre cette thèse, participant ainsi à la réflexion plus générale sur la construction des savoirs psychiatriques.

Adoptant une approche interactionniste de la folie, Erving Goffman la considère ainsi comme un trouble qui, conduisant à des « inconvenances situationnelles » plus ou moins graves, met à l'épreuve les règles de l'interaction (Goffman, 1973)¹⁸. Dans cette tradition, Livia Velpry propose de définir les « malades mentaux » comme des « personnes souffrant de troubles mentaux graves, où la gravité renvoie au fait que les manifestations de ces troubles perturbent ou ont perturbé de façon importante et durable l'ensemble des interactions et inscriptions sociales de la personne » (Velpry, 2008, p.28). Cette approche interactionniste permet de décaler la focale : le sociologue ne part pas

¹⁷ Voir le lexique en annexe 1.

¹⁸ Dans ce beau texte, placé en appendice du second tome de *la Mise en scène de la vie quotidienne*, Erving Goffman considère ainsi la maladie mentale comme un construit social, dont il souligne cependant l'utilité : « Depuis maintenant plus de deux cent ans, on n'a cessé d'affirmer avec toujours plus de force qu'il existe une chose qui s'appelle la maladie mentale, qu'il s'agit d'un mal semblable à tous les autres, que ceux qui en souffrent devraient être traités médicalement, par des docteurs et, si nécessaire, dans des hôpitaux, et qu'il ne convient pas de les blâmer pour ce qui leur est arrivé. Cette croyance a ses utilités sociales. Si de telles notions n'existaient pas, il nous faudrait probablement les inventer ». (Goffman, 1973, p.313).

avec une définition médicale des troubles mentaux, il prend aussi en considération des représentations profanes, non médicales des troubles, mais aussi l'évolution des classifications psychiatriques, qui ouvrent des conflits d'interprétation sur ce qui relève ou non du trouble mental. Ainsi, travailler sur la gestion des troubles mentaux en prison ne signifie pas travailler seulement sur les pathologies psychiatriques traditionnellement prises en charge par la psychiatrie mais aussi sur des troubles du comportement et de la personnalité, qui vont venir justifier des formes de traitement entre soin et peine : soin psychiatrique, soutien psychothérapeutique, ou encore accompagnement psycho-criminologique mis en œuvre selon des logiques professionnelles concurrentes et parfois irréconciliables.

Mais cette approche interactionniste se double d'une approche constructiviste, visant à saisir les opérations d'étiquetage et de désignation opérées par les professionnels en santé mentale. De nombreuses analyses sociologiques particulièrement fécondes s'inspirent de la distinction conceptualisée par Georges Canguilhem entre le « normal » et le « pathologique »¹⁹ qui invite à déconstruire le savoir médical. Cette distance critique a notamment alimenté le courant antipsychiatrique, dont certains représentants, comme Thomas Szasz, ont remis en cause la réalité de la « folie », considérée comme un « mythe » construit par le pouvoir psychiatrique. Si cette approche radicale est loin de faire consensus, on trouve cependant une tradition de réflexion sur la construction du savoir psychiatrique. Ainsi, une large part de l'œuvre de Michel Foucault entend analyser la formalisation d'un discours qui constitue les fous en objet de savoir à partir d'un partage construit historiquement entre « raison » et « déraison », mais également observer les effets de pouvoir de ce savoir, qui irrigue par capillarité la société toute entière, produisant des effets d'assujettissement et de subjectivation, c'est-à-dire d'incorporation par le sujet de sa condition de « malade ». Cette réflexion sur la folie et le pouvoir invite le sociologue à interroger les catégories mobilisées par la psychiatrie, tout particulièrement à une époque où elle entend développer une « rationalité technique » centrée sur les symptômes au détriment d'une réflexion ontologique sur les processus (Timmermans, Berg, 2003 ; Kirk, Kutshcins, 1998). Ainsi Kirk et Kutchins montrent, dans un ouvrage qui a reçu un accueil enthousiaste en France, que la troisième version de l'un des outils de classification les plus utilisés (le DSM) escamote la question des ancrages théoriques contradictoires de la psychiatrie pour mettre en avant son efficacité technique par l'amélioration de la fiabilité des outils diagnostiques qu'elle utilise (Kirk, Kutchins, 1998). Ces outils posent par ailleurs la question de l'extension du champ d'intervention de la psychiatrie à de nouveaux « troubles » : ainsi, chaque nouvelle version du DSM apporte une brassée de nouveaux « troubles mentaux », de la tristesse à la gloutonnerie, en passant par l'acné excoriée ou l'hypersexualité, traduisant, selon certains, une médicalisation de nos émotions (Horwitz, 2010).

La question se pose de savoir ce que produit l'arrivée croissante de professionnel·le·s en santé mentale dans les établissements pénitentiaires. Plusieurs chercheurs·euses se sont penchés sur la

¹⁹ Dans sa thèse parue en 1943, le philosophe propose de prendre un certain recul par rapport au savoir médical : il développe l'idée que la « normalité » ne doit pas être comprise en rapport à une moyenne, mais varie d'un individu à l'autre : « c'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du normal biologique un concept de valeur et non un concept de réalité statistique » (Canguilhem, 2009 [1943]).

pathologisation de certains crimes, à commencer par les violences sexuelles (Doron, 2006 ; Brie, 2012 ; Palaric, 2014 ; Saetta, 2016). A partir du cas de la prison, la thèse montrera comment certains professionnel-le-s en santé mentale résistent à cette médicalisation, tandis que d'autres trouvent dans celle-ci de nouvelles opportunités professionnelles. L'institutionnalisation de dispositifs hybridant soin et peine contribue ainsi, mais sans automaticité, à faire de certains comportements déviants des « genres pertinents » (Hacking, 2008 [1999]), c'est-à-dire des objets d'intervention légitime pour les professionnel-le-s en santé mentale.

Nourrie au départ par l'indignation produite par ces prisons françaises devenues asiles, la réflexion livrée dans cette thèse montrera que la polysémie de l'expression de « prison asile » permet, justement, de penser ce qui se joue dans la création de dispositifs de santé mentale en prison, qui tout à la fois en font un lieu de relégation et un lieu refuge, un lieu d'attention à la souffrance psychique et de production de nouvelles altérités.

ANNONCE DU PLAN

Etudier le présent d'un « objet historiquement constitué »

La première partie de la thèse articule approche synchronique et diachronique : le premier chapitre expose les conditions de réalisation de l'enquête ethnographique. Il s'agit de décrire le double terrain franco-allemand, « lieu central de la production des données, et, pour une bonne part, des interprétations propres à l'anthropologie (et à l'approche ethnographique pour lesquelles) ; le terrain est la forme particulière que prend [...] l'exigence de rigueur empirique qui fonde les sciences sociales » (Olivier de Sardan, 2008, p.20). Ce chapitre entre dans la cuisine de cette recherche, pour en circonscrire les limites, mais également pour présenter la façon dont ces deux terrains m'ont permis de construire, de manière inductive et par effet de miroir, la réflexion présentée dans cette thèse. Si les observations ont été conduites à un moment bien particulier, au cours duquel s'impose en France l'idée que la prison pourrait être un lieu de soin, cette idée prend racine dans la longue histoire des relations entre psychiatrie et prison, qui transparaît d'une part dans des dispositifs institutionnels très différents en France et en Allemagne, mais également dans la place très différente occupée par les professionnel-le-s en santé mentale dans les établissements pénitentiaires de Tourion et de Grünstadt. Pour réintroduire une dimension diachronique à la réflexion menée dans cette thèse, le deuxième chapitre s'appuie sur les travaux d'historiens français et allemands, mais également, pour les périodes les plus récentes, sur des entretiens réalisés avec des acteurs institutionnels et sur l'étude de la production législative des deux pays. Ce chapitre montre que le problème des troubles mentaux en prison, qui constitue le point de départ de cette thèse, est en réalité consubstantiel à l'existence de la prison depuis le début du dix-neuvième siècle. Les deux derniers siècles ont en effet été marqués par la recherche de solutions à mi-chemin entre la prison et l'hôpital psychiatrique. Cette recherche se cristallise en Allemagne dans les années 1930 par la création de l'internement psycho-légal et continue de travailler l'équilibre entre prison et psychiatrie

en France jusqu'à aujourd'hui, donnant ainsi l'impression que le dispositif institutionnel français traverse une épreuve que ne traverseraient pas les institutions allemandes. L'analyse montre qu'en réalité, les deux systèmes pénaux sont concernés par les mouvements de pénalisation de la maladie mentale et de pathologisation du crime décrits en ouverture de cette thèse. Cette première partie permet *in fine* de qualifier les transformations à l'œuvre dans la période contemporaine durant laquelle se déroulent mes observations à Tourion et Grünstadt (2010-2014) : en France comme en Allemagne, la pénalité, et plus spécifiquement les prisons sollicitent de plus en plus le « monde psy » pour évaluer et traiter les personnes aux prises avec la justice.

Des systèmes professionnels en tension entre soigner et punir

La deuxième partie de la thèse analyse la place et le rôle des professionnels de santé mentale dans les établissements pénitentiaires de Grünstadt et Tourion. Le troisième chapitre, portant sur la prison de Tourion, présente ainsi les acteurs et les enjeux d'un « conflit de juridiction » (Abbott, 1988), c'est-à-dire d'un conflit autour du mandat professionnel du service psychiatrique intervenant en prison, qui apparaît structurer fortement les relations entre les services psychiatriques et l'institution carcérale. Je m'interroge sur le clivage résultant de ce « conflit de juridiction », qui donne aux prisons françaises l'apparence d'institutions fragmentées, freine l'avènement d'un programme institutionnel psycho-criminologique en France et entre en tension avec la volonté d'humanisation (Bouagga, 2015) de la prison par l'administration pénitentiaire. Le quatrième chapitre se penche sur l'organisation plus irénique – mais non dénuée de tensions – entre les groupes professionnels de la prison allemande de Grünstadt, autour d'un mandat commun : le « traitement pénitentiaire » (*Behandlung*). La notion de « psychologisation » est ici heuristique pour décrire la diffusion d'outils et de savoirs psychologiques dans les pratiques pénitentiaires.

Entre traitements et contraintes : analyser l'hybridation des pratiques

La troisième partie s'interroge sur les formes d'hybridation au sein de l'univers carcéral entre des pratiques relevant de la santé, du soin, du *care* d'un côté, et de l'autre de la peine, du contrôle et de la surveillance. Dans quelle mesure la rencontre entre le « monde psy » et l'univers carcéral participe-t-elle à la production et à la légitimation de nouveaux « cadrages », c'est-à-dire de nouvelles façons d'appréhender les individus à la croisée d'un mouvement de pénalisation de la folie et de pathologisation du crime ? Le cinquième chapitre analyse la façon dont l'enfermement carcéral et la question des crimes sont appréhendés dans les pratiques de soins psychiatriques en milieu carcéral et montre que si les pratiques de soins sont largement protégées par l'autonomie professionnelle dont dispose la psychiatrie, la situation géographique particulière de ces services contribue à faire émerger une figure hybride de « détenu-patient » qui soulève à la fois de l'empathie et de la méfiance et produit de nouvelles formes de spécialisations professionnelles. Le dernier chapitre porte à l'inverse sur l'influence des savoirs psychologiques sur le traitement pénal. Entre *care* et contrôle, de nombreux psychologues sont invités, en Allemagne, à participer au traitement

pénal des personnes détenues, tandis que les prisons françaises développent, depuis quelques années, des projets de suivi individualisé similaires. Ce traitement pénal engage les personnes détenues dans un travail sur soi qui produit des effets ambivalents. En institutionnalisant une attention pour la souffrance psychique des personnes détenues, la psychologisation du traitement pénal semble parfois légitimer l'allongement des peines de ceux qui sont considérés par l'institution comme « dangereux ».

PARTIE 1 : SOIGNER ET PUNIR EN PRISON EN FRANCE ET EN
ALLEMAGNE : RELIEFS DU TERRAIN ET SILLONS DE
L'HISTOIRE

INTRODUCTION DE LA PARTIE

Le choix de s'appuyer sur une méthode ethnographique repose sur un présupposé théorique fort : le fait que le niveau de l'interaction permet d'observer le fonctionnement d'une société. S'il ou elle porte son regard sur des scènes locales, l'ethnographe ne perd pas de vue le cadre de l'interaction, qui se manifeste, comme l'a bien montré la sociologie goffmanienne, par un ensemble de règles implicites ou explicites qui cadrent l'interaction (Goffman, 1991 [1974]). En effet, lorsqu'il conduit des observations ethnographiques, le chercheur·euse est sans cesse confronté aux règles sous-jacentes qui structurent les interactions sociales – et donc celles qu'il a, lui aussi, avec les acteurs divers qu'il rencontre. Ainsi, l'ethnographe « éprouve » son terrain, au sens où il traverse des épreuves pour le réaliser – la toute première étant d'obtenir un accès au terrain. D'obstacle en obstacle, il se confronte aux reliefs et aux aspérités du terrain et c'est ainsi qu'il peut, chemin faisant, en offrir une cartographie. Consacrer un chapitre aux terrains réalisés dans les prisons de Tourion et de Grünstadt n'a donc pas seulement une utilité informative, mais permet aussi de montrer comment s'est construit l'objet même de la recherche présentée dans cette thèse. Ce récit permet tout d'abord de situer les espaces institutionnels et les groupes professionnels impliqués dans la prise en charge des « troubles mentaux » au sein des prisons de Tourion et de Grünstadt. Il permet par ailleurs de montrer que cette question n'est pas qu'une affaire de professionnel·le·s en santé mentale, mais implique au contraire tous les groupes professionnels dans la prison et met en jeu une division sociale du travail de *care*. C'est également en explicitant les conditions de l'enquête et les épreuves traversées par l'enquêtrice qu'il devient possible de rendre compte du choix de centrer l'attention sur les pratiques et savoirs professionnels. Enfin, les allers-retours entre la France et l'Allemagne ont permis de comprendre que les dispositifs institutionnels spécifiques à chaque pays entraînent des façons différentes de problématiser les « troubles mentaux » en prison, au cœur d'un conflit entre l'administration pénitentiaire et les services psychiatriques en France, en lien avec un objectif criminologique de lutte contre la récidive en Allemagne.

Reposant sur un matériau principalement ethnographique constitué d'observations et d'entretiens biographiques, cette thèse pose la question de l'articulation entre « une logique d'analyse essentiellement synchronique et des objets historiquement constitués » (Werner, Zimmermann, 2004, p.19). Pour corriger le risque présentiste d'une approche ethnographique et appréhender l'histoire longue des institutions dans lesquelles les enquêtes se sont déroulées, le deuxième chapitre effectue un retour socio-historique sur les relations entre les dispositifs carcéraux et psychiatriques en France et en Allemagne depuis le XIX^{ème} siècle. Cette approche diachronique permet de retracer la genèse de certaines institutions allemandes (l'internement psycho-légal, les unités socio-thérapeutiques), françaises (les services psychiatriques en prison) créées à des périodes

différentes (la rétention de sûreté). Ces institutions cristallisent la façon dont les sociétés française et allemande ont encadré, structuré et régulé les déviances à la croisée de la folie et du crime. On remarque dans ces dispositifs une tentative toujours renouvelée de protéger la société tout en rationalisant le traitement de ces déviances, dont le contour évolue en fonction des savoirs et des inquiétudes de l'époque. Si les catégories d'« anormaux », de « criminels aliénés » ou encore de « délinquants d'habitude » semblent aujourd'hui archaïques, nos sociétés ne cessent de produire de nouvelles populations à mi-chemin entre le trouble mental et le crime, qui justifient un traitement hybridant le soin et la peine : les malades mentaux dangereux, les auteurs de violences sur autrui (et, parmi eux, tout particulièrement les auteurs de violences sexuelles, pédophiles et violeurs).

CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

« On n'est jamais arrivé à aucune vérité sans s'être trompé au moins quatorze fois ou peut-être même cent quatorze et c'est peut-être un honneur en son genre. Mais nous ne savons même pas nous tromper d'une façon personnelle. Une erreur originale vaut peut-être mieux qu'une vérité banale. »

Crime et châtement, Fédor Mikhaïlovitch Dostoïevski (1866)

Revenir sur les méthodes employées est un passage obligé pour toutes les recherches en sciences sociales, et donc également pour les travaux de sociologie, qu'ils s'appuient sur des données quantitatives ou qualitatives. Les manières de le faire sont cependant différentes : là où l'on attend d'un sociologue ayant enquêté par questionnaire qu'il se penche sur la construction et la passation de celui-ci, l'ethnographe doit lui expliciter les conditions de réalisation de son terrain. Le récit d'enquête est nécessaire pour rendre crédible le compte-rendu de recherche, qui doit être à la fois cohérent (logique) et conforme aux faits observés. Mais le récit d'enquête permet également de situer la recherche, et ainsi de faire la part des aspects circonstanciels et des aspects stables et généraux, en manifestant « le caractère fondamentalement relatif et circonscrit de toute restitution du monde social » (Bizeul, 1998, p.779). Enfin, il permet de partager des savoir-faire méthodologiques et de contribuer ainsi au renforcement des méthodes ethnographiques, en constituant « un précieux antidote au découragement » en ce qu'il permet de « rompre l'ignorance plurielle dans laquelle se trouvent les chercheurs, prêts, chacun de leur côté, à se croire seuls à affronter des difficultés » (*ibid.*).

Il sera donc question dans ce chapitre des terrains réalisés dans les prisons de Tourion et de Grünstadt : que signifie, concrètement, mener un terrain dans une prison et dans quelle mesure ai-je pu assembler un matériau autour des troubles mentaux en prison ? Une attention particulière sera accordée aux moments de négociations, moments décisifs parce qu'ils conditionnent la réalisation du terrain (Derbez, 2010), mais informent également l'ethnographe sur les attentes implicites des enquêtés, qu'ils soient directeurs, chefs de service, personnel pénitentiaire, personnel soignant ou personnes détenues. Ces moments de négociations sont nombreux ici puisque l'ethnographie, multi-située, s'est déroulée dans différents espaces (prisons pour hommes et pour femmes, détention et unités psychiatriques, France et Allemagne) et aux côtés de professionnels divers (surveillant-e-s, travailleurs-ses sociaux, infirmier-e-s, psychologues, psychiatres, etc.). Décrivant les conditions de réalisation de l'enquête, ce chapitre plantera également le décor dans lequel se situent les actions étudiées dans cette thèse. À quoi ressemblent les prisons de Grünstadt et de Tourion ? Comment se découpent leurs espaces ? Où travaillent les différents groupes professionnels ? L'objectif est de donner au lecteur une vision d'ensemble de l'espace étudié pour que s'incarnent dans des lieux et des

personnes les questions sociologiques dont il sera question dans les chapitres suivants. Mais il s'agit également de saisir les spécificités des terrains étudiés, leur topographie particulière.

Les manuels sociologiques ne s'étendent que rarement sur la représentativité des données ethnographiques et sur la possibilité de généraliser les résultats des observations. Souvent ils se contentent de reprendre la notion de « saturation » développée par Anselm Strauss et Barney Glaser, selon laquelle il arrive un moment où l'ethnographe a le sentiment d'avoir épuisé l'observation d'une catégorie ou d'un phénomène particulier, c'est-à-dire d'en avoir déplié complètement le sens – en procédant par la méthode de la théorie ancrée (Strauss, Glaser, 2010 [1967]), c'est-à-dire par aller-retour entre théorie et empirie. Plus prosaïquement, le principe de « saturation » est utilisé pour indiquer que le chercheur-euse doit atteindre le sentiment d'avoir « fait le tour » des représentations pour un champ d'investigation donné, ou parcouru l'éventail des stratégies relatives à une arène particulière » (Olivier de Sardan, 1995). On voit bien le caractère subjectif de ce principe : combien de journées d'observation, de pages de journal de terrain, d'heures d'entretiens sont suffisantes pour que soit atteinte la saturation ? Comment faire lorsque les autorisations de terrain – ou les financements – arrivent à saturation avant même que le chercheur-euse n'ait eu le sentiment d'avoir parachevé son travail ? D'autres outils méthodologiques peuvent donc aider l'ethnographe : la triangulation des données, le maintien de contacts avec un ou plusieurs informateurs privilégiés, la combinaison de données diverses – sources écrites, entretiens, observations (voir Olivier de Sardan, 1995). Ce chapitre sera l'occasion d'approcher la question de la représentativité des matériaux présentés dans cette thèse.

Si ce chapitre constitue un détour nécessaire, c'est enfin parce qu'il permet de jeter sur les terrains réalisés un regard rétrospectif, et d'expliquer comment a émergé la problématique de la recherche. En effet, les différents terrains n'ont pas seulement permis de construire le matériau qui est analysé dans cette thèse, mais ils ont également constitué des étapes décisives dans la construction même de l'objet de cette recherche. Il s'agira de réfléchir à la façon dont les relations ethnographiques se sont nouées, « parfois de manière heureuse, parfois dans le déchirement, toujours cependant comme ce par quoi le savoir arrive ». (Bensa, Fassin, 2008, p.10). Un triple changement de point de vue s'est opéré au cours de ces terrains : d'une part, le cheminement particulier de cette ethnographie m'a amenée à réaliser des terrains dans les « coursives » des établissements pénitentiaires avant de pouvoir entrer dans les « couloirs » des unités psychiatriques ; et donc à réfléchir à la division du travail de prise en charge des troubles mentaux au-delà de l'activité de soin psychiatrique. D'autre part, la réalisation de terrains sur un sujet saturé de représentations sombres et violentes m'a donné l'occasion de réfléchir à l'importance des émotions dans la conduite d'une recherche de type ethnographique. Enfin, les allers-retours entre la France et l'Allemagne m'ont permis de dénaturaliser le problème social « des troubles mentaux en prison » et

de déplacer mon attention pour prendre en compte la place et le rôle joués par les professionnels en santé mentale dans les établissements pénitentiaires de Grünstadt et de Tourion¹.

I. CIRCONSCRIRE LES LIMITES DU TERRAIN

La négociation des terrains de recherche est souvent un moment particulièrement révélateur des relations existant au sein de l'univers que l'on souhaite étudier, relations faites d'alliances, de coopérations pacifiques mais également de conflits plus ou moins visibles. Une fois identifiées, ces configurations pèsent encore sur la réalisation des terrains et sur les relations d'enquête qui s'y nouent.

1. Quand les épreuves ethnographiques révèlent la topographie du terrain

Les difficultés rencontrées pour mettre en place des terrains d'enquête dans les services psychiatriques des prisons de Grünstadt et Tourion ont permis de réaliser l'inscription particulière des services psychiatriques dans l'économie des relations intra-carcérales.

a) La prison : une institution hétérogène

Même si les travaux sociologiques ont montré la diversité des formes et la pluralité des espaces que comprend la prison², celle-ci constitue au même titre que l'école ou l'hôpital, une institution singulière, reconnaissable entre toutes, dont la fonction sociale spécifique serait d'héberger des personnes détenues sous main de justice. Une institution au singulier aussi, *la* prison, que l'imaginaire collectif se représente comme un espace homogène, fait de cellules, de coursives, de cours et de bâtiments. À l'heure de négocier mes premiers terrains en France et en Allemagne, je me tourne donc vers le ministère de la justice (la direction de l'administration pénitentiaire en France et la *Senatsverwaltung für Justiz* en Allemagne) pour obtenir l'autorisation d'enquêter en milieu carcéral. Projet de thèse et lettre de soutien de mon directeur de thèse et d'un professeur allemand de criminologie (Frieder Dünckel, Université de Greifswald) à l'appui, j'obtiens rapidement ce sésame qui m'ouvrira, je l'espère, toutes les portes des établissements pénitentiaires de Tourion et de

¹ Pour respecter l'anonymat des personnes rencontrées, les noms des lieux et des personnes ont été modifiés. Pour ces dernières, des prénoms et/ou patronymes de substitution ont été inventés. La façon de désigner les personnes (par leur prénom « Uwe », leur nom « Herbert Rainer », ou bien encore leur titre « Professeur Jeunet ») correspond à la façon dont ces personnes sont généralement désignées sur le terrain. Ainsi, par exemple, les infirmier-e-s et surveillant-e-s n'indiquent jamais leur nom de famille dans leur quotidien de travail.

² Voir par exemple la thèse de géographie d'Olivier Milhaud, qui étudie avec minutie la segmentation spatiale de l'espace carcéral. (Milhaud, 2009).

Grünstadt. Arrivée en septembre 2010 dans l'ancienne prison de Grünstadt, novembre 2010 pour la prison pour femmes de Grünstadt et mars 2011 pour la prison moderne de Tourion, je négocie avec chaque direction le déroulement concret de mes enquêtes et obtiens partout un accès quotidien aux établissements pénitentiaires, pour des durées variables³. Cependant, une fois dedans, les terrains ne sont pas encore acquis, pour des raisons qui renvoient aux contraintes de l'observation ethnographique d'une part, à l'hétérogénéité de l'espace carcéral d'autre part.

Tableau 1 Durée des terrains « pénitentiaires »

Période	Lieu
2010 Septembre à mi-novembre	Grünstadt Prison pour hommes
2010 Mi-novembre à mi-décembre	Grünstadt Prison pour femmes
2011 Mai à août	Tourion Prison moderne

Comme le rappellent tous les manuels de méthode sociologique⁴, l'intérêt de l'enquête ethnographique réside dans l'observation d'actions, de pratiques, qui pourraient difficilement être saisies par entretien, soit parce qu'elles seraient perçues par les enquêtés comme trop banales, trop évidentes pour être racontées ou au contraire trop peu légitimes et donc occultées dans le discours (Schwartz, cité par Arborio et al. 2008). Pour pouvoir examiner ces actions et accéder autant que possible au sens que les personnes leur donnent en pratique par des échanges informels et-ou des entretiens ethnographiques, l'enquêteur doit cependant obtenir la confiance, ou *a minima*, l'accord des personnes qu'il souhaite observer. Comme l'ont bien montré des enquêtes désormais classiques, cet accord se gagne progressivement, doit être consolidé par un engagement de l'ethnographe sur son terrain, et reste toujours fragile. Ainsi William Foot Whyte revient dans la postface de *Street Corner Society* sur ses multiples tentatives infructueuses pour entrer en contact avec la population du quartier de Boston qu'il souhaite observer (Whyte, 2002 [1943]) ; Philippe Bourgois décrit la façon dont les rues se vident sous ses yeux au début de son enquête sur East Harlem, alors que les revendeurs de crack, en majorité d'origine portoricaine, associent ce blanc à un policier en civil. (Bourgois, 2001 [1996], p.62). Comme Jean Peneff à l'hôpital, je constate en prison que si l'accès à l'institution est garanti par l'autorisation administrative, l'accès à ses agents est l'objet de négociations multiples et sans cesse renouvelées (Peneff, 1992, pp.244-247).

À Grünstadt comme à Tourion, je vais donc frapper à la porte des différents bureaux, me présente et obtiens fréquemment l'autorisation d'accompagner les professionnel-le-s qui se trouvent

³ L'annexe 2 donne le détail des terrains réalisés (journées et lieux d'observation, entretiens enregistrés ou non).

⁴ Voir par exemple : Arborio, Fournier et de Singly, 2008 ; Beaud et Weber, 2000 ; Becker, 2002 ; Olivier de Sardan, 2008 ; Peneff, 2009.

là dans leurs activités (parfois pour un bref moment⁵, parfois pour plusieurs journées consécutives⁶). Je me présente toujours comme une étudiante en sociologie, et demande souvent à mes enquêtés de me montrer leur travail comme ils l'expliqueraient à une stagiaire. Lors de la rencontre, la position et les dispositions sociales des personnes rencontrées sont déterminantes : ainsi, Herbert Rainer, le *Gruppenleiter*⁷ qui deviendra mon informateur privilégié dans la prison pour hommes de Grünstadt a un cursus atypique et son autodidaxie le place dans une position marginale par rapport à ses collègues. Le fait d'accueillir une étudiante française intéressée par son expérience et par son parcours peut avoir un effet de revalorisation de son travail. De même, Kirstin Segelke, qui m'accueille et accompagne ma progression dans la prison pour femmes de Grünstadt se trouve dans une situation paradoxale : plus âgée que ses collègues, elle a cependant une expérience professionnelle assez courte (car elle s'est arrêtée pendant dix années pour élever ses enfants) mais tente de faire reconnaître l'expérience personnelle accumulée au cours de ces années en tant que mère de famille et dans la vie associative. Du même âge environ que ses jeunes collègues, je lui donne l'occasion de jouer le rôle de formatrice. Si Udo, infirmier de l'APP, m'explique avec tant de patience le fonctionnement des logiciels de l'unité c'est sans doute parce qu'il en maîtrise plus que ses collègues les subtilités, du fait de son ancienneté dans le service et qu'il est peut-être heureux de rencontrer quelqu'un qui s'intéresse à ses compétences. De même, si Alexis, surveillant du bureau de gestion de la détention, accepte de me confier ses doutes professionnels, c'est peut-être parce qu'ils sont en dissonance avec ceux de ses collègues. Dans tous les cas, le temps accordé, les informations données, les connaissances partagées, les confidences révélées ou les opinions dévoilées ne le sont évidemment jamais de façon complètement désintéressée. Ces dons appellent des contre-dons : une marque d'intérêt, de reconnaissance, d'attention, de réconfort ; des informations, une rétribution matérielle. La multiplication des points de vue dans les établissements observés a pour conséquence de multiplier aussi le nombre d'interlocuteurs rencontrés au cours de ces différents terrains de recherche, certains pour des durées très courtes, le temps d'un échange, d'une discussion informelle ou d'un entretien, d'autres pour la durée entière du terrain, quelques-uns enfin au-delà de l'enquête ethnographique. Ces rencontres façonnent l'enquête et le chercheur-euse doit admettre « n'avoir été qu'un hôte de passage au sein d'un monde dont il a saisi quelques parcelles, en fonction des périodes et des lieux de sa présence, des personnes croisées ou devenues ses intimes, des circonstances de ces rencontres, de ses propres intuitions et cadres de pensée. » (Bizeul, 2008, p.104).

Observer une prison, c'est donc observer une multitude d'espaces contrôlés par des personnes qui réagissent différemment aux demandes de l'ethnographe. Il s'agit donc, dans chacun

⁵ À Tourion, j'accompagne ainsi une demi-douzaine de conseiller-e-s d'insertion et de probation en « entretien arrivants » (il s'agit d'un entretien avec les personnes qui viennent d'être incarcérées). Je passe donc 6 matinées avec 6 conseiller-e-s différents, qui se concluent chaque fois par un entretien informel plus ou moins approfondi. Je retrouve ces conseiller-e-s à diverses occasions, en commission d'application des peines, en commission pluridisciplinaire unique ou bien dans les coursives de l'établissement.

⁶ Ainsi, dans la prison pour femmes de Grünstadt, je passe environ une semaine auprès de Kirstin S., travailleuse sociale (*Gruppenleiter*), que j'accompagne en entretien, en réunion, en pause cigarette ou déjeuner et que j'observe également souvent face à son ordinateur.

⁷ Le *Gruppenleiter*, littéralement « chef de groupe », est un agent pénitentiaire chargé de l'accompagnement socio-éducatif des personnes détenues. Son bureau est placé au sein de la coursive dont il a la charge. Le *Gruppenleiter*, à proximité immédiate des cellules, est également responsable des surveillants d'étage (les *Gruppenbetreuer*), voir le lexique.

de ces espaces, d'identifier intuitivement celle ou celui qui donnera tacitement ou explicitement le droit d'être là, et donc la possibilité d'observer les pratiques, interactions et discours qui s'y déroulent, mais également de saisir les opportunités : accompagner un surveillant qui va annoncer sa levée d'écrou à une personne en hospitalisation d'office qui a été jugée irresponsable ; accompagner un travailleur social (*Gruppenleiter*) de Grünstadt dans un cours qu'il donne aux surveillants (*Gruppenbetreuer*) stagiaires sur les pronostics criminologiques (*kriminologische Prognose*) ou un psychologue de Tourion qui prépare les surveillants de la nouvelle prison à travailler au service psychiatrique.

b) Une sociologue critique ou une criminologue institutionnelle ?

Néanmoins, les conditions d'accueil sont très différentes en France et en Allemagne. Dans la prison pour hommes de Grünstadt, je peux planifier ma progression depuis le bureau que la direction m'a attribué, au rez-de-chaussée de l'un des bâtiments *Teilanstalt*. J'y dispose d'un ordinateur, d'une imprimante, d'un téléphone et ce lieu de repli me permet de rédiger au calme mes notes de terrain ou d'analyser les dossiers que me remettent mes enquêtés. Dans la prison pour femmes de Grünstadt, c'est le bureau de mon informatrice privilégiée, Kirstin Segelke, qui me sert de zone de repli. Dans les deux établissements, je prévois les séances d'observation à l'avance, en prenant rendez-vous avec les professionnel·le·s que j'accompagnerai : au total je réalise toutes les observations aux côtés d'une quinzaine de chef·fe·s de groupe, que j'accompagne pour des durées variables (d'une demi-journée à une semaine), en différents moments (entretiens avec des personnes détenues, commissions des peines, réunions plus ou moins formelles avec leurs collègues) et avec lesquels je réalise des entretiens ethnographiques. Au contraire, dans la prison moderne de Tourion, je n'ai pas d'espace propre à l'intérieur de l'établissement où planifier la suite de mes observations et je suis donc sur le qui-vive au sein de la prison : dès qu'une interaction se termine ou que je sors d'un bureau, il faut prévoir le prochain mouvement – ou sortir de l'établissement pour rejoindre ma voiture, transformée en quartier général.

Ces différences d'accueil peuvent être analysées à l'aune des rapports qu'entretiennent sciences sociales et univers pénitentiaire : en Allemagne, je suis considérée comme une criminologue, et on attend de mon travail qu'il aide l'institution à se réformer. Pour mes enquêtés, je travaille donc pour l'institution – dans la prison pour femmes, je suis présentée comme une « assistante de recherche » (*Forschungsassistentin*), et suis accueillie comme le serait un contrôleur de gestion dans une entreprise. En France, au contraire, l'accueil sur le terrain témoigne de la méfiance réciproque de l'institution carcérale et des sciences sociales, perçues comme produisant un discours critique sur l'institution carcérale. Je ne fais pas partie de l'institution, qui tolère simplement ma présence, validée par l'administration centrale. La progression sur le terrain est donc plus dépendante de la capacité du chercheur·euse à entrer en relation avec les enquêtés.

Cet accueil a des conséquences directes sur les relations d'enquête : à Grünstadt, les alliances se nouent sans même que j'aie conscience d'avoir réalisé un effort particulier, comme si mes informateurs privilégiés m'avaient choisie autant que je les avais choisis. Dans la prison pour hommes, Herbert Rainer m'accueille dans son bureau, vient me chercher régulièrement pour déjeuner ou m'inclut dans les moments de détente informels avec ses collègues les plus proches pour un café et répond inlassablement aux questions que je lui pose, même quand sa journée de travail est terminée. Il me considère comme sa stagiaire (*Hospitantin*). Dans la prison pour femmes, c'est Kirstin Segelke qui joue ce rôle, et qui s'inquiète par exemple un matin alors qu'elle arrive plus tard qu'à l'accoutumée de ne pas voir mon manteau accroché dans son bureau⁸. C'est avec elle que je discute de l'opportunité d'accompagner les psychologues de l'établissement ou de rencontrer d'autres professionnel-le-s, c'est souvent auprès d'elle que j'assiste aux réunions pluridisciplinaires. La petite taille de l'établissement me permet de rapidement être connue de toute l'équipe, mais je continue tout au long de mon terrain à informer Kirstin du programme de mes journées.

La situation est plus complexe à Tourion. En effet, pendant les premiers mois de terrain, je ne parviens pas à stabiliser ma présence. Je fixe des rendez-vous, planifie mes journées, organise des entretiens avec les personnes détenues, mais j'ai l'impression de ne jamais pouvoir savoir à quoi m'attendre lorsque j'entre en prison le matin. Je repère donc les bureaux « accueillants », les surveillants disposés à me montrer et-ou à me parler de leur travail, puis à aller chercher les personnes détenues que je rencontrerai en entretien, sous réserve de pouvoir utiliser un bureau libre. À ces surveillants, je rends visite plusieurs fois, le temps d'une conversation, d'un café, ou pour consulter quelques documents. À certains endroits, l'accueil est froid, le discours devient lapidaire, et quelquefois hostile :

Je passe trente minutes avec les surveillants du quartier disciplinaire de la prison moderne de Tourion, qui m'accueillent avec une certaine réticence, en s'étonnant que je puisse circuler si facilement dans les espaces les plus reculés de l'établissement. Alors que la discussion s'enclenche difficilement, ils expriment leur mécontentement à propos des transformations de la prison : « Tout a changé depuis que tout le monde peut venir fourrer son nez ici ». Je comprends que ma présence n'est pas souhaitée (les surveillants me demandent ainsi, « pour des raisons de sécurité », de rester dans le bureau lorsqu'ils vont chercher un détenu du quartier d'isolement pour sa promenade). Je quitte donc les lieux que je souhaitais observer parce qu'ils constituaient selon plusieurs interlocuteurs un des espaces dans lesquels on plaçait les personnes en attente d'une hospitalisation d'office. Je n'y reviendrai qu'en compagnie d'un directeur pour observer une commission de discipline puis seule, mais pour réaliser un entretien avec une personne détenue.

Journal de terrain, 25 juillet 2011

Si ces premiers mois de terrain me permettent de découvrir l'établissement sous différents angles et de faire feu de tout bois, elles me laissent aussi un sentiment d'anomie. La progression dans ces différents espaces, bien que soumise à de nouvelles négociations, est cependant facilitée⁹ par

⁸ Elle appelle plusieurs collègues pour être sûre que je suis bien dans l'établissement.

⁹ Ce qui ne signifie évidemment pas que j'ai eu accès à tout : je ne suis, par exemple, pas en prison la nuit, et dans certains espaces, ma présence ponctuelle ne me permet pas de juger de l'authenticité de ce que j'ai observé : les personnes que j'observe ont en effet, comme moi, la possibilité de jouer ou surjouer certains rôles ou de déjouer mes attentes en dissimulant certaines pratiques ou certains discours. Je n'ai, par exemple, pas été témoin de violences physiques illégales, qui ont pourtant cours dans certains établissements.

l'entregent local que j'acquiers au fur et à mesure des terrains sauf dans deux espaces : les services de soins psychiatriques de Grünstadt et de Tourion.

c) **Services psychiatriques : zone protégée, défense d'entrer**

À Grünstadt comme à Tourion, les premiers contacts avec les services psychiatriques sont difficiles. Je comprends rapidement que la difficulté à obtenir un accès à ces espaces témoigne de la position d'autonomie que ces services tentent de défendre.

À Grünstadt, après plusieurs relances par mail, j'obtiens enfin un rendez-vous avec la médecin-chef de service de psychiatrie de l'hôpital pénitentiaire, service sécurisé par l'administration pénitentiaire et chargé de l'hospitalisation temporaire des personnes détenues en état de crise psychiatrique. En fait de rendez-vous, elle me propose, dans un mail très sec et lapidaire, de visiter le service mais indique qu'elle ne répondra pas à mes éventuelles questions. C'est effectivement ce qui se passe : au pas de charge, elle me montre des chambres d'hospitalisation, les salles d'activité (ergothérapie, musicothérapie, etc.), précise la composition du service (le nombre de soignants) et l'emploi du temps des reclus. Elle ignore mes questions et me ramène à l'entrée au bout de 15 minutes. Je ressorts dans la neige, stupéfaite par l'interaction qui vient de se jouer, d'autant plus que je n'ai pas anticipé ce refus violent.

Journal de terrain, 23 novembre 2010)

À Tourion, le dispositif est éclaté sur plusieurs établissements. Mes autorisations d'accès me permettent, dans la prison moderne, d'accéder à l'unité psychiatrique ambulatoire, dans laquelle je réalise un entretien avec la surveillante en poste. Mais alors que je souhaite présenter mon travail aux soignants de l'unité, une psychiatre m'interpelle avec une méfiance hostile « mais que faites-vous là ? » et, face à mes explications embarrassées, refuse de me rencontrer en entretien et me demande d'obtenir l'accord formel du chef de service. Je parviens, par l'entremise d'un psychologue rencontré lors d'une visite de l'ancienne prison et qui m'a accordé un long entretien, à participer à une matinée de formation de surveillants amenés à travailler dans la prison ultra-moderne. Je retrouve la psychiatre qui co-animait la matinée avec lui un matin à la porte de la prison de Tourion, elle m'invite à participer à une réunion de formation psychanalytique organisée dans le service. J'espère de fil en aiguille pouvoir enquêter enfin dans le service psychiatrique. Mais de mai à août 2011, je n'accède à rien de plus du côté des services psychiatriques.

Dans les deux pays, j'ai évidemment déjà écrit aux chefs de service mais sans succès. Mes demandes de rendez-vous n'aboutissent pas, et m'obligent à réviser mon approche. Puisque la stratégie de l'implantation locale ne fonctionne pas, je joue la carte de la réputation académique : à Tourion, j'utilise les quelques contacts providentiels de mon laboratoire de recherche parisien, je rencontre après quelques semaines le chef de pôle de l'hôpital en charge de la médecine pénitentiaire¹⁰, puis, enfin, début août le chef de service de psychiatrie, qui, après vingt minutes d'entretien et quelques réserves sur la méthode ethnographique, m'autorise à rencontrer l'équipe « d'abord pour des entretiens, et puis, si ça se passe bien, pour des observations ». À Grünstadt, je

¹⁰ Depuis le milieu des années 1980 pour la psychiatrie et depuis 1994 pour la médecine somatique, les services en milieu pénitentiaire sont en effet rattachés au service public hospitalier.

reviens à la charge deux ans après mon premier terrain (2012), et mobilise les entretiens réalisés en France comme un indice de mon sérieux académique : si le professeur Jeunet m'a autorisée à enquêter dans son service, c'est bien la preuve que mon travail mérite d'être soutenu ! Le professeur Köttler accède à son tour à ma demande : je réalise enfin une semaine d'observation dans le service psychiatrique de Grünstadt. C'est encore la carte académique qui me permettra d'observer, pendant une semaine, l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ouverte près de Tourion. En effet, à l'occasion d'un congrès de psychiatrie en milieu pénitentiaire, je parviens à faire inviter des psychiatres allemands, à leur faire visiter les structures françaises et à organiser le dialogue entre Allemands et Français. La confiance est gagnée côté français et je pourrai donc, quelques mois plus tard, observer le quotidien de l'unité hospitalière.

Tableau 2 Terrains dans les services « psychiatriques »

Période	Lieu
2011 Août à septembre	Tourion Ancienne prison et prison moderne Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)
2012 Novembre	Grünstadt Service psychiatrique (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie – APP) de l'hôpital pénitentiaire (Justizvollzugskrankenhaus – JVK)
2013 Novembre	Lille Observation participante au Congrès National des SMPR, 21 et 22 novembre.
2014 Mars	Tourion Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

Pourtant, rien n'est acquis en août 2011 lorsque le professeur Jeunet me donne son accord : encore faut-il me faire accepter par l'équipe, qui manifeste depuis quelques semaines une méfiance importante à mon égard – les psychologues ou psychiatres que je rencontre ne me rendent pas mon salut par exemple. J'y parviens par l'entremise de Martine Bodzinska, la secrétaire du professeur Jeunet, particulièrement appréciée par l'équipe, qui parvient à la convaincre de me recevoir lors d'une réunion de synthèse. Le 22 août 2011, je viens donc présenter mon travail, avec le sentiment de passer une audition : les tables sont disposées en rectangle dans la salle de réunion ; je suis seule de mon côté, une quinzaine de psychiatres et psychologues occupent les trois autres. J'en reconnais plusieurs, que j'ai croisés dans les coursives de l'établissement. Après avoir donné des précisions sur mon rattachement institutionnel, mon objet d'étude (la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles mentaux) et listé les motivations qui me poussent à solliciter des entretiens (comprendre comment s'organisent les pratiques de soins dans un univers qui n'est pas dédié aux soins), je m'arrête pour laisser place aux questions. Il n'y en a pas, tout le monde me regarde dans un silence pesant. Une psychologue prend alors la parole¹¹ :

Psychologue 1 - Bon, on ne va pas tourner trois heures autour du pot, tout le monde sait qu'il y a eu des gros malentendus, on n'a pas très bien compris l'objet de votre présence. Déjà, vous avez

¹¹ Notes retranscrites de mémoire après la réunion de synthèse.

participé à une réunion interne, dans laquelle des noms de patients ont été évoqués, et puis, après, nous aussi on va en bâtiment, et on vous a vue plusieurs fois dans les bureaux des gradés en train de discuter, donc on s'est quand même posé des questions. Vous dites que vous êtes stagiaire indépendante, mais vous nous avez été présentée comme une stagiaire de l'administration pénitentiaire, ça pose question !

Quelqu'un dans la salle - Mais de quelle réunion vous parlez ?

Psychologue 1 - De la réunion de criminologie avec Jacques.

Psychologue 2 - Ah mais je croyais qu'elle était interne ou externe moi, j'avais pas compris !

CL - Si vous me le permettez, je veux bien revenir sur ce point et vous donner quelques éléments de réponse. Effectivement, j'ai participé à une réunion dans laquelle il a été question de deux patients. Pour tout vous avouer, cette réunion m'a mise très mal à l'aise, parce que j'avais conscience d'entendre des choses que mes autorisations d'accès à l'époque ne me permettaient pas d'entendre. J'ai mis ces informations de côté et je ne suis bien sûr pas allée les divulguer ailleurs, ce n'est pas du tout mon intention. Je suis d'ailleurs vraiment désolée si mon positionnement ne vous a pas paru clair.

Quelques personnes acquiescent.

Psychiatre 1 - Oui, mais bon, c'est vrai que c'est pas clair, votre façon de passer d'un service à l'autre, comme ça, de créer une articulation entre les services...

Psychologue 3 - Oui, parce que..., on a déjà tellement de mal à maintenir le secret médical et à faire comprendre aux patients qu'on ne communique pas d'information. C'est dur d'établir un climat de confiance alors qu'ils sont tout le temps surveillés. Vous comprenez bien que ce n'est pas possible de nous afficher avec vous si vous êtes parfois avec des surveillants, parfois avec... Après, on peut dire ce qu'on veut, ça casse la confiance.

CL - Oui, je comprends parfaitement que la question du secret médical vous préoccupe beaucoup. Mais par contre, mon but n'est pas du tout de créer une articulation entre des services qui... Mon but c'est d'avoir les différents points de vue, c'est pour cela que je suis passée d'un service à l'autre. Et en tant que sociologue, l'objectif c'est également de pouvoir s'adapter aux milieux dans lesquels on évolue, et donc on est un peu obligés de se plier aux codes... de boire du café si les surveillants boivent du café, de leur faire la bise s'ils font la bise.

Psychiatre 1 - Ah bah moi je ne pense pas non, on n'est pas non plus obligé de tout accepter.

CL - La difficulté, c'est que je ne suis personne pour eux, donc si je veux qu'ils me parlent de la façon dont ils travaillent, je dois me plier un minimum à leurs codes.

La psychiatre 2 hausse les sourcils d'un air outré

Psychologue 1 - Et puis d'ailleurs pourquoi est-ce que vous voulez participer à des entretiens avec les patients ?

CL - Euh... ben... en fait non, ce n'est pas ce que je souhaite. Ce que je souhaite en fait, c'est vous rencontrer vous, individuellement, en entretien, pour discuter de votre expérience et des contraintes dans lesquelles vous exercez votre métier. Mais on peut se rencontrer soit ici, soit dans un autre endroit, dans la prison ancienne par exemple...

Après avoir donné des informations sur le lieu et le déroulement de ces entretiens et proposé d'envoyer un nouveau mail de présentation, je sors en tremblant. Je quitte la salle, repasse les lourdes portes du service puis celles de l'atrium, longe le bâtiment administratif pour rejoindre le sas de sortie de la prison, passe les dernières portes et me réfugie dans ma voiture.

Journal de terrain, 22 août 2011

Cette longue retranscription ne vise pas à apitoyer le lecteur sur le difficile métier de sociologue ou à se lancer dans une « introspection inutile de l'enquêteur ou à une dénonciation purement vengeresse », mais elle « permet d'utiliser une réflexivité tournée vers le terrain comme un outil décisif pour faire de la sociologie ». (Darmon, 2005, p.112). Muriel Darmon, confrontée lors de la négociation de l'un de ses terrains à un psychiatre hostile à son enquête, analyse cette situation conflictuelle comme révélatrice de la place que la psychiatrie attribue à la sociologie : dès lors que la sociologie sort de sa fonction de cadrage et de contextualisation sociale pour s'intéresser, par exemple, à l'expérience des malades, elle ne serait plus à sa place : « travailler sur l'anorexie devient

« scabreux » « pour la sociologie », c'est-dire quand la construction sociologique de l'objet crée le désordre et perturbe la place prédéfinie des disciplines scientifiques ». Dans l'échange présenté ci-dessus, on signale bien une distance disciplinaire (« pourquoi vous voulez participer à des entretiens avec les patients ? ») et on me questionnera ailleurs sur les discussions que j'ai menées avec des « patient·e·s » pour savoir ce que j'ai « bien pu chercher dans ces entretiens ».

Mais dans la situation présentée ci-dessus, ce n'est pas le sujet de l'enquête qui pose le plus problème – à mon grand étonnement, on ne me demande pas ce que j'entends par « prendre en charge les personnes détenues présentant des troubles mentaux » - mais bien plutôt la méthode que j'emploie (« votre façon de passer d'un service à l'autre, comme ça »). On me voit serpentant dans les bâtiments, sympathisant *même* avec les surveillants au point d'accepter leur café ou de leur faire la bise. Et mes explications sur la nécessité d'adopter un rôle pour obtenir des informations ne convainquent pas : si je suis capable de jouer un rôle, je suis capable de duplicité, et donc je ne suis pas digne de confiance. Bien plus tard, dans une discussion avec un psychiatre devenue proche, alors que je lui explique que l'ethnologue doit « accepter de jouer des rôles différents sur le terrain », elle traduira en des termes psychiatriques : « ah oui, tu as été obligée de complètement cliver ta personnalité » ! Sans doute le travail de l'ethnologue entre-t-il ici en contradiction avec la mission professionnelle du psychiatre, qui recherche l'authenticité du sujet.

Dans cet échange, on remet en cause mon savoir-faire (« on n'est pas obligé de tout accepter »), on crée une distance physique (« pas possible de nous afficher avec vous »). Il n'est sans doute pas excessif de penser que comme tout groupe, cette équipe a suffisamment de raisons de se méfier d'une inconnue, encore plus quand celle-ci représente une discipline bien connue pour avoir violemment critiqué la psychiatrie et le rôle des psychiatres. Mais au-delà de l'image et du rôle de la sociologie, ces difficultés d'accès révèlent des éléments importants de configuration propre au terrain d'enquête et constituent dès lors de réelles épreuves ethnographiques parce qu'elles ont constitué une expérience pénible pour l'ethnologue, mais surtout parce qu'à la manière d'une épreuve de gravure, elles ont dessiné les contours et les lignes de fracture sur le terrain d'enquête, elles ont constitué « un moment de vérité ».

d) La prison, un espace conflictuel

La situation présentée ci-dessus est éclairante parce qu'elle donne des informations capitales sur la façon dont l'équipe soignante se représente l'univers carcéral. Si on me soupçonne de duplicité (je serais une « stagiaire de l'administration pénitentiaire »), il m'est clairement reproché d'avoir pactisé avec l'ennemi (« on vous a vue dans les bureaux des gradés ») voire même de cacher mes ambitions, qui seraient en fait celles de l'administration (« votre façon de créer une articulation entre les services »). Mes interlocuteurs expriment ici un antagonisme violent vis à vis de l'administration pénitentiaire. La méfiance à l'égard de « la pénitentiaire » est partiellement justifiée : critique de la surveillance carcérale qui entrave les relations de confiance ; difficulté à maintenir le secret médical

et « à faire comprendre aux patients qu'on ne communique pas d'information ». Ces éléments de justification seront analysés dans les chapitres suivants, mais il faut ici souligner à quel point l'équipe entend se protéger de la menace que représente pour elle l'administration pénitentiaire, au point d'exiger, en sus de l'autorisation explicite du chef du service, des preuves de ma bonne foi et l'assurance que je ne serai pas une menace pour le service (que les personnes détenues ne me verront pas dans le service par exemple). Cette méfiance excède largement la défiance ressentie en Allemagne dans le service psychiatrique, où l'enjeu me semblait surtout de défendre l'autonomie médicale par rapport à la hiérarchie pénitentiaire. Dans les deux cas cependant, il s'agit de cultiver une position d'extériorité : les services psychiatriques sont autonomes et souverains dans la gestion de leur espace et de leur activité.

Ma maladresse à vouloir enquêter simultanément dans deux groupes professionnels en conflit s'explique en partie par le fait que l'intensité de ce conflit était difficile à anticiper au moment de préparer l'enquête de terrain. En effet, si j'avais bien conscience de l'autonomie hiérarchique des équipes psychiatriques rattachées au service public hospitalier et non à l'administration pénitentiaire, j'étais loin d'en saisir les répercussions au niveau local. Sans doute aussi ai-je naïvement cru que l'ethnographe pourrait être perçue comme neutre et extérieure aux enjeux des camps rivaux. J'ai longtemps cru que ces faux-pas allaient me coûter une partie des terrains envisagés. En effet, comme Daniel Bizeul, je pensais qu'« un terrain marqué par l'antagonisme entre groupes peut faire soupçonner le chercheur d'être un allié ou un acolyte du groupe adverse, ce qui risque de rendre impossible son acceptation, de contrecarrer son recueil d'informations ou d'entraîner des ennuis pour lui-même et pour ceux qui lui apportent de l'aide. [...] Alors même qu'il aimerait connaître les points de vue de ceux d'en face, il est forcé le plus souvent de s'en abstenir¹². » (Bizeul, 1998, p.756).

Si l'échange avec l'équipe psychiatrique de la prison moderne de Tourion me donne l'occasion de calmer la méfiance de l'équipe soignante et d'obtenir enfin des entretiens puis l'autorisation d'observer les pratiques, cet antagonisme mal anticipé a cependant des conséquences sur la conduite de l'enquête et donc *in fine*, sur l'objet même de la recherche présentée dans cette thèse.

2. Observation multi-située et redéfinition de la distance à l'objet

Différenciés dans le temps, les terrains réalisés du côté de l'administration pénitentiaire et au sein des services psychiatriques s'avèrent, contre toute attente, complémentaires pour penser les relations entre monde « psy » et prison dans la prise en charge des troubles mentaux. La méthode employée au sein de l'institution carcérale et au-dehors emprunte donc à la « multi-site

¹² Daniel Bizeul souligne cependant l'importance qu'il y a à analyser ces moments conflictuels : « Ils ne peuvent manquer par contre d'être un objet central d'attention et d'analyse, puisqu'ils déterminent fortement les actions et la vision des choses de ceux que le chercheur étudie. » (Bizeul, 1998, p.756).

ethnography » (Marcus, 1995). Il s'agit chaque fois, comme Marcus le préconise de « suivre la vie, suivre la chose, suivre l'intrigue, suivre le conflit » afin de rassembler un maximum de pièces qui permettront de comprendre le puzzle des relations. Cette stratégie a cependant un coût : pris dans l'économie de ces relations, l'ethnographe doit s'attacher à les cultiver et est parfois appelé à choisir son camp.

a) Des terrains par défaut ?

À Tourion comme à Grünstadt, mes premières observations ont donc lieu « du côté de la pénitenciaire », dans les bâtiments de détention, les coursives, les bureaux et les salles de réunion des établissements étudiés. La réalité de mes premières semaines de terrain s'éloigne donc largement de ce qu'ambitionnait mon projet de thèse : travailler sur le dispositif de prise en charge psychiatrique et psychologique des personnes détenues. Ne pouvant accéder à ce que je pense être la pièce centrale de ce dispositif, les services psychiatriques, j'ai le sentiment de mener des terrains par défaut, en attendant que s'ouvrent les vrais terrains, ceux qui me donneront matière à analyse. En Allemagne, le simple fait d'ethnographier le quotidien carcéral est inédit et la nouveauté remplit ma curiosité ethnographique. Mais en France, le fonctionnement d'un établissement pénitenciaire est bien documenté par la sociologie. La perspective adoptée pour ces observations est nouvelle (je m'intéresse aux opérations de catégorisation des personnes détenues, à la mobilisation profane de savoirs « psy » et aux mesures prises pour traiter les comportements considérés comme gênants) mais je retombe sur des questions déjà abordées dans quelques travaux sur la gestion des risques en détention et tout particulièrement sur la violence et le suicide. Je réalise donc ces observations en m'interrogeant sur leur caractère inédit. Par ailleurs, s'il y a bien un travail d'identification, de caractérisation et de gestion des comportements des personnes détenues et de leurs potentiels troubles, cette tâche est diluée dans un ensemble de pratiques professionnelles routinières qui relèvent plutôt de l'intendance, de l'application des procédures. J'ai donc le sentiment d'être largement décentrée par rapport à mon objet de recherche.

Une deuxième source de malaise provient des attentes à mon égard : nombre d'interlocuteurs, à commencer par ceux avec lesquels je négocie localement les terrains de recherche, attendent de moi que je formule des recommandations en vue d'améliorer la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles mentaux. Ainsi, la lettre de soutien du ministère de la justice du Land de Grünstadt indique en juillet 2010 : « la comparaison menée en France et en Allemagne sur la question de la gestion des détenus difficiles ou présentant des troubles mentaux apportera des éléments de réflexion sur la prise en charge psychiatrique et psychologique des hommes et femmes détenus [...]. L'analyse montrera quel discours est tenu à propos des troubles mentaux dans les systèmes pénitenciaires des deux pays et quelles mesures peuvent être prises face à

une possible augmentation du nombre de ces troubles ». ¹³ De même, lors de la première rencontre avec le directeur des établissements pénitentiaires de Tourion, il me demande de donner mon avis sur les différents dispositifs mis en place et notamment sur une nouvelle « commission violence » qui permettrait selon lui de mieux prévoir les épisodes de crise. Lorsque je le croise au cours de mon terrain, il revient à la charge, me demande quelles recommandations je ferais pour améliorer les relations avec le service psychiatrique, ou ce que je pense du quartier pré-accueil, destiné à réduire le risque de suicide. Dans la prison pour femmes de Grünstadt, la travailleuse sociale avec laquelle je discute des modalités concrètes de mon terrain monologue pendant près d'une heure sur ce qu'elle considère être l'un des deux problèmes majeurs de l'établissement, les « troubles mentaux » (*psychische Auffälligkeiten*)¹⁴ et se réjouit déjà de pouvoir lire mon rapport (*Bericht*) sur cette question. Outre que ces attentes me placent dans un rôle de conseillère avant même que j'aie pu prendre le recul nécessaire pour analyser ce que j'observe, elles me donnent un rôle d'experte des « troubles mentaux » qui me met en concurrence directe avec les services psychiatriques auxquels je n'ai pas encore accès.

b) L'éternel absent

Mais ces attentes traduisent une certaine symétrie entre le désarroi que j'éprouve à ne pas pouvoir accéder aux services psychiatriques et celui des professionnels des établissements face à l'indépendance revendiquée par les services psychiatriques. Ainsi, comme une phrase devenue rituelle, l'une des directrices de la prison de Tourion débute chaque commission pluridisciplinaire unique (CPU, qui, comme son nom l'indique vise à réunir les différents groupes professionnels autour d'une même table pour étudier les dossiers des nouveaux entrants) par une petite remarque acide sur l'absence de représentant du service psychiatrique : « et évidemment, il n'y a encore personne du SMPR aujourd'hui ! ». De même, les juges d'application des peines ponctuent les commissions d'application des peines ou les audiences des débats contradictoires par des remarques sur la pauvreté des informations reçues : « donc ce Monsieur a été au SMPR. Mais qu'est-ce qu'il a fait au SMPR ? On n'en sait rien... ». À Grünstadt, les psychologues de la prison pour femmes s'offusquent de n'avoir aucune information sur les psychotropes prescrits par le psychiatre de l'APP qui passe tous les 15 jours dans l'établissement : « après, impossible pour nous de savoir si les femmes changent de comportement à cause des médicaments ou pour une autre raison ». Le directeur de cette même prison est agacé par les services psychiatriques qui disent ne pas pouvoir prendre en charge les femmes souffrant de troubles mentaux, « comme si nous on pouvait s'en occuper ! ». Dans la prison pour hommes, cette même idée revient à plusieurs reprises : à propos d'une personne détenue qui l'avait fortement marqué, le directeur d'un bâtiment m'explique par

¹³ « Der Vergleich zu Fragen des Umgangs mit schwierigen bzw. psychologisch auffälligen Inhaftierten in Deutschland und Frankreich wird Aussagen zur psychologischen und psychiatrischen Betreuung von männlichen und weiblichen Inhaftierten hinsichtlich der organisatorischen und betreuenden Massnahmen möglich machen. Es wird Aussagen dazu geben, welchen Diskurs es im Strafvollzug beider Länder zu psychischen Erkrankungen der Inhaftierten gibt und welche Massnahmen bei einem möglichen Anstieg psychischer Erkrankungen getroffen werden können. »

¹⁴ « psychische Auffälligkeiten », le second problème étant, selon elle, les grossesses.

exemple : « il se laissait pousser les cheveux, les ongles, les cendriers débordaient de mégots, il ne se lavait plus, il ne sortait plus de sa cellule, mais apparemment, ça, ce n'étaient pas des troubles psychiatriques ! En tous cas, pas pour l'APP : ils ne l'ont jamais pris ». Bref, il est souvent fait référence au silence et à l'absence des services psychiatriques, auquel on reproche de jouer le cavalier solitaire, de choisir leurs patients, d'ignorer les demandes des professionnels voire même de mépriser leurs compétences spécifiques.

Confrontés à ce qu'ils considèrent relever de troubles mentaux, les professionnel-le-s (surveillant-e-s, travailleurs-ses sociaux, personnels de direction) regrettent ce qu'ils jugent être un manque de communication, de coopération, voire une marque de dédain de la part des équipes chargées du soin psychiatrique. À Tourion, on attend aussi du service psychiatrique des éléments d'information sur l'état psychique ou une interprétation psychologique des comportements des personnes suivies : « Peuvent-elles être placées en cellule double ? Présentent-elles un risque de suicide ? » se demande ainsi la hiérarchie pénitentiaire. « Les soins psychiatriques sont-ils efficaces ? Les troubles addictifs à l'origine de l'incarcération se sont-ils atténués ? Un travail réflexif a-t-il été entrepris par la personne détenue ? » s'interrogent, quant à eux, les juges de l'application des peines. En somme, comme moi, les professionnel-le-s pensent que la réponse à leurs questions pourrait venir des services psychiatriques.

c) Quand les pièces du puzzle s'emboîtent

L'ouverture tardive des terrains « psychiatriques » me permet donc de réévaluer l'intérêt des terrains menés du côté « pénitentiaire » : en effet, loin de n'être que des terrains par défaut, ils constituent des terrains en creux, qui m'informent tant sur le rôle que l'institution carcérale aimerait donner aux services psychiatriques que sur les espoirs placés dans le savoir psychiatrique et psychologique sur les personnes détenues. On attend beaucoup de ces services et de ces savoirs – tout particulièrement à Tourion – et ces attentes sont révélatrices : elles sont symptomatiques d'une certaine préoccupation professionnelle qui traduit la crise de l'institution carcérale autour de la légitimité de son fonctionnement et de ses fonctions. Loin de la caricature que font souvent les équipes soignantes, les « équipes pénitentiaires » ne cherchent pas systématiquement à abuser de leur pouvoir et ne sont pas exclusivement mues par une volonté de contrôle au service d'une surveillance malintentionnée. Leurs demandes insistantes trahissent une dépendance à l'égard des services psychiatriques et traduisent plutôt un embarras face à ce qu'elles identifient comme des problèmes ne relevant pas de leur compétence. Si les terrains « psychiatriques » s'étaient ouverts plus tôt – et si j'avais dès lors dû renoncer aux terrains « pénitentiaires » pour des raisons d'allégeance – cette dimension de l'enquête aurait pu être ignorée.

Mais l'accès tardif aux discours des équipes psychiatriques m'a également permis d'éviter un deuxième écueil manichéiste : celui de dépeindre, comme tendent parfois à le faire les personnels pénitentiaires, les soignants en Don Quichotte ignorant voire méprisant la réalité carcérale. En effet,

loin de n'être qu'une volonté de distinction symbolique, la distance cultivée par les équipes psychiatriques vis-à-vis des équipes pénitentiaires relève d'une réelle politique de service, qui s'explique tant par l'histoire propre de ces unités psychiatriques et leur positionnement dans le champ de la psychiatrie que par les évolutions récentes de l'institution carcérale. Loin d'être uniforme, cette distance est l'objet de tensions internes, notamment entre infirmiers et médecins. Et loin d'être évacué, le contexte carcéral conditionne et structure les pratiques de soins.

Ces terrains « pénitentiaires » me permettent donc de ne pas abstraire l'étude du travail de soin de son contexte et de ses conditions de possibilité. En multipliant les points de vue, je peux être attentive à la division du travail qui prend place au sein de l'institution carcérale et repérer des formes de coopération et de conflictualité qu'une perspective unique n'aurait pas pu mettre en lumière. Je peux étudier des opérations concurrentes, redondantes ou complémentaires, appuyées ou non sur des savoirs « psy », de caractérisation des comportements, de circonscription des « troubles mentaux » et de traitement des personnes ainsi ciblées. Je peux accéder à des discours convergents ou divergents sur les personnes détenues et sur la meilleure façon de répondre à ce qui est qualifié de « troubles mentaux ».

Sans doute le puzzle aurait-il pu être avantageusement enrichi par des observations menées dans d'autres institutions de l'écosystème socio-médico-pénal local : ainsi, il aurait pu être intéressant de comprendre le positionnement des équipes des secteurs généraux de psychiatrie de Tourion, qui accueillent avec souvent beaucoup de réticence les détenus pour des soins sans consentement (appelés encore aujourd'hui « HO carcérale »¹⁵) mais également de l'unité pour malades difficiles (UMD) dans laquelle sont régulièrement adressées des personnes détenues ; une observation en hôpital psycho-légal (*Massregellvollzug*) m'aurait permis de mieux appréhender le tri opéré par la justice allemande entre les personnes placées sous mesure de soin psychiatrique et les personnes placées en prison. Dans les deux pays, il aurait été intéressant d'intégrer à la réflexion les quelques institutions socio-médicales qui s'occupent des « sortants de prison » présentant des troubles psychiques. Si les contraintes de réalisation de la thèse ne m'ont pas permis d'entreprendre l'ensemble de ces observations, j'ai cependant tenté d'intégrer ces différents points de vue, d'une part en questionnant les professionnel-le-s ayant travaillé dans ces différents espaces (ainsi, à Grünstadt, deux psychologues de l'établissement pénitentiaire avaient exercé en hôpital psycho-légal ; à Tourion, la plupart des psychiatres et psychologues avaient au moins eu une expérience en psychiatrie générale), mais également en rencontrant quelques acteurs clés extérieurs aux institutions observées¹⁶.

La multiplicité de ces terrains d'enquête m'a permis de rencontrer divers informateurs-trices qui m'ont donné de leur temps pour éclairer une partie des enjeux étudiés. La configuration de l'espace observé m'a cependant contrainte à faire des choix stratégiques pour préserver certains terrains plus difficiles d'accès.

¹⁵ Hospitalisation d'office selon l'article D398 du code de procédure pénale ou selon l'article L3214-3 du code de la santé publique.

¹⁶ Voir annexe 2 pour le détail de ces entretiens de cadrage.

d) Choisir un camp mais garder une saine distance avec le savoir psychiatrique et psychologique

L'obligation de rester à la porte des services psychiatriques pendant plusieurs mois a été d'autant plus fâcheuse que je considérais les équipes psychiatriques comme des « alliés objectifs » : lors d'un terrain précédent, c'est dans les discussions ponctuelles avec les psychologues hospitaliers de l'établissement que j'avais trouvé la plus grande convergence de points de vue sur la question de l'intimité (Lancelevée, 2007). Mais surtout, dans le débat public français, psychiatres exerçant en milieu hospitalier et sociologues se tiennent côte à côte pour critiquer la carcéralisation des troubles mentaux et le tournant sécuritaire qui touche la psychiatrie. Les prises de position humanistes des psychiatres les plus médiatisés entrent en résonance avec les motivations politiques parfois implicites des travaux sociologiques : il s'agit, en les considérant comme des sujets (patients, sujets de soin ou personnes, sujets politiques) de rendre aux personnes détenues leur part d'humanité. Enquêter auprès des équipes psychiatriques signifiait donc enquêter du bon côté, celui qui accorde aux personnes détenues le droit de souffrir et d'être soignées et ne les réduit pas à leur identité de délinquant ou criminel. Au contraire, enquêter « du côté de la pénitentiaire », c'était me trouver en présence d'un « groupe subissant un antagonisme généralisé de la part des élites et des milieux cultivés » (Bizeul, 2008, p.110).

De plus, les psychiatres (et psychologues) exercent sans aucun doute, du fait de leur fonction (soigner) et de leur domaine spécifique de compétence (l'esprit) une certaine séduction qui peut avoir pour effet de déjouer les mécanismes de distanciation critique que l'ethnographe mobilise habituellement. Ainsi, Coline Cardi rapporte qu'elle a gardé ses distances avec les psychologues dans le centre maternel dans lequel elle enquêtait (entre autres institutions) au moment de sa thèse : « Prise au piège de la « démocratie psychologique avancée » [...] je n'étais pas certaine de savoir adopter dans cet espace la même démarche critique que sur d'autres terrains, tant les savoirs psychologiques offrent des grilles efficaces et intériorisées d'interprétation. » (Cardi, 2008, p.38). Samuel Lézé décrit le même type de confusion lorsqu'il va à la rencontre de psychanalystes (Lézé, 2010).

Les difficultés d'accès aux services psychiatriques m'amènent à choisir, après la réunion de présentation du 22 août 2011 (voir *supra*), de rallier définitivement le « camp » psychiatrique. La décision est moralement inconfortable, car j'ai le sentiment de tourner le dos à des interlocuteurs (surveillant·e·s, conseiller·e·s d'insertion et de probation, directeur·trices, etc.) souvent sympathiques, qui avaient soutenu ma démarche, mais elle me permet de sortir de cette situation d'entre-deux désagréable et d'acquérir, progressivement, une place stable. Les contacts noués avec certains psychiatres et psychologues français et allemands et avec la secrétaire médicale du service psychiatrique de Tourion se poursuivent au-delà des terrains réalisés.

Néanmoins, les épreuves ethnographiques traversées pour accéder à ces services et la situation d'attente dans laquelle je me suis trouvée pendant plusieurs mois à Grünstadt ainsi qu'à Tourion m'ont peut-être permis de prendre mes distances avec mes préconceptions naïves. D'une

part, en écoutant et en observant des surveillant·e-s, des conseiller·e-s d'insertion et de probation, des juges, des directeurs·trices, des *Gruppenleiter* et des *Gruppenbetreuer*, j'ai pu constater que l'empathie n'était pas réservée aux équipes psychiatriques, mais que de nombreux professionnels étaient animés par un souci de l'autre et la volonté de bien traiter les personnes détenues. En d'autres termes, les pratiques de « care » ne se superposent pas nécessairement aux pratiques de « cure », on peut « prendre soin » sans être « soignant » ; d'autre part, j'ai pris conscience, notamment lors des entretiens réalisés avec les personnes détenues que la psychiatrie mobilisait des outils de contrainte comparables à ceux dont disposent les équipes pénitentiaires et pouvait être (perçue comme) un univers violent. Ainsi, certaines personnes détenues rencontrées gardent un souvenir épouvantable du séjour qu'elles ont fait dans les chambres d'isolement des services de psychiatrie générale ; enfin j'ai compris que le discours parfois misérabiliste sur la souffrance des personnes détenues comportait une dimension stratégique – comparable à mon sens à celle qui anime nombre de sociologues : celle de justifier aux yeux de leurs collègues et à leurs propres yeux, la valeur morale de leur engagement professionnel. Ce discours peut par ailleurs dissimuler des hiérarchies morales autour de la définition du « bon » patient (par exemple, à Grünstadt, les psychologues cliniciens ne reçoivent que les personnes qu'ils jugent « en besoin, motivées et capables de réflexivité » (*therapiebedürftig, -motiviert und -fähig*), trois critères de jugement qui dissimulent peut-être les déterminants moraux et sociaux des choix qu'ils opèrent (Lézé, Fernandez, 2011).

En somme, la prison n'est pas un espace homogène et l'ethnographe ne peut en dresser la carte topographique qu'en s'y frayant un chemin et en affrontant les obstacles qui s'imposent à lui. Ce qui se joue ici n'est cependant pas seulement de l'ordre de l'accès à des espaces difficiles à pénétrer, et donc la faisabilité de la recherche : ces obstacles contribuent à modeler le regard de l'ethnographe et donc l'objet même de la recherche. S'il a été difficile d'entrer dans les services psychiatriques, l'attente m'a permis de faire des observations autant sur les conflits de territoire propres aux établissements visités que sur la division du travail de prise en charge des personnes détenues et de développer ainsi un autre point de vue. Mais à ces obstacles spatiaux (l'interdiction d'enquêter dans certains espaces) s'ajoutent des barrières émotionnelles dans la progression de l'ethnographe. Ces émotions trahissent le poids des stéréotypes qui habitent l'ethnographe face à un terrain aussi saturé de représentations sociales que celui de la prison. Mais elles traduisent aussi la façon dont ce terrain a pu marquer, impressionner, le chercheur·euse. Tout à la fois ressenties et suscitées par l'univers carcéral, elles constituent un baromètre efficace pour étudier le climat de ces institutions, et tout particulièrement le traitement différentiel des hommes et femmes détenus.

II. ÉMOTIONS ET POSITIONS D'ENQUÊTE

Les récits ethnographiques se penchent peu sur les émotions ressenties par le chercheur·euse. Il est pourtant évident qu'elles influent sur la position d'enquête, sur le matériau recueilli et donc *in fine* sur la compréhension du monde étudié. Prenant l'exemple de la peur suscitée par les hommes détenus présentant des troubles mentaux graves, cette section analyse la cause et les effets de cette émotion sur le cours de l'enquête.

1. Ethique de l'enquête

L'enquête a laissé peu de place aux interactions directes avec les personnes détenues pour des raisons méthodologiques tant qu'éthiques. Les terrains se déroulent donc aux côtés des professionnel·le·s, ce qui n'empêche cependant pas d'accéder à des formes d'expression de la subjectivité des personnes détenues.

a) La parole aux prisonniers

Mon projet de thèse envisageait d'étudier, en trois temps, les dispositifs de prise en charge, les pratiques professionnelles au sein de ces dispositifs et la façon dont ces dispositifs contribuent à façonner des carrières, des identités, et donc *in fine*, des biographies. Seule une part réduite des matériaux permet cependant de réfléchir aux expériences carcérales des personnes détenues : 18 entretiens (7 femmes et 11 hommes rencontrés en situation d'entretien semi-directif, mais non enregistrés faute d'autorisation) ont été réalisés à Tourion¹⁷. À cela s'ajoutent quelques situations d'entretien collectif (dans deux coursives de la prison pour femmes de Grünstadt, aux *Kaffee-Kuchen*¹⁸ hebdomadaires qu'organise un chef de groupe de la prison pour hommes de Grünstadt, dans l'une des unités de l'UHSA de Tourion), beaucoup de discussions informelles. Mais la majorité des observations réalisées porte sur des interactions entre professionnels et personnes détenues ou entre professionnels seuls et la plupart des entretiens réalisés l'ont été avec des professionnels « psy ». Evidemment, ces interactions ont presque toutes pour raison d'être la prise en charge des personnes détenues et apportent de riches informations sur les modalités de traitement de ces

¹⁷ En juillet 2011, ces 18 entretiens (voir annexe 6) ont été réalisés auprès d'hommes et de femmes détenus dans la maison d'arrêt de Tourion. Dans ces entretiens, j'explore la place qu'occupent les soins psychiatriques dans leur parcours carcéral et plus largement dans leur trajectoire biographique. L'annexe 6 propose le portrait de quelques-unes de ces personnes rencontrées en entretien.

¹⁸ « Café-gâteau », équivalent allemand de la tradition anglaise du *teatime* ou française du goûter

personnes. Elles permettent aussi de saisir des éléments subjectifs, à travers les réactions, les attitudes et les paroles des personnes détenues.

Mais ce déséquilibre pose tout de même des questions sur la conduite de l'enquête : pourquoi avoir accordé si peu de place aux interactions sans intermédiaire avec les hommes et femmes enfermés dans les prisons de Grünstadt et de Tourion, alors même qu'une enquête précédente en milieu carcéral s'était appuyée principalement sur des entretiens d'hommes détenus (Lancelevée, 2007) et que les premières étapes de la recherche avaient été alimentées par de nombreux ouvrages de sociologie portant justement sur les expériences des individus pris aux mailles des filets institutionnels, qu'ils (ou elles) soient étiquetés anorexiques, malades mentaux, détenus ou toxicomanes (Darmon, 2003 ; Chantraine, 2004 ; Velpry, 2008 ; Fernandez, 2010) ? Pourquoi avoir si peu écouté directement la parole de celles et ceux qui se débattent derrière les murs des prisons, se plient à ses contraintes, se rebellent contre ses privations, contournent sa surveillance, s'appuient sur ses quelques ressources pour préparer l'avenir ?

Une première raison est liée à la difficulté de choisir les personnes qu'il aurait été intéressant de rencontrer en entretien : en effet, comme je l'avais anticipé avant même de débiter le terrain, la notion de « personnes détenues présentant des troubles mentaux » est labile. Qui rencontrer dès lors ? Les personnes qui se déclarent en souffrance psychique ? Ceux que les professionnel·le·s m'indiquent comme faisant partie de cet ensemble aux frontières floues ? Ceux qui ont déjà au moins eu un contact avec la psychiatrie ? À Tourion, je choisis de rencontrer des personnes qui ont été au moins une fois hospitalisées d'office en psychiatrie (afin de réfléchir aux circulations entre psychiatrie et prison), et j'établis une liste de candidats potentiels en consultant les conseiller·e·s d'insertion et de probation. Mais le critère le plus évident me paraît être de rencontrer des personnes actuellement *patientes* des services de psychiatrie. J'attends donc, une fois de plus, que s'ouvrent ces terrains.

b) Se ranger derrière les professionnel·le·s

Le déroulement de l'enquête et la configuration propre à l'univers étudié m'amènent progressivement à placer au centre de l'analyse les pratiques professionnelles, parce que les ambivalences de celles-ci s'imposent à moi. J'observe une division sociale et sexuée des tâches de « care » qui met en jeu des (groupes) professionnels partiellement rivaux ou en conflit, dont les dispositions sociales et professionnelles divergent fortement, mais qui tous questionnent, dans leurs pratiques de travail réelles, les contraintes et contradictions du travail prescrit. Je cherche à saisir des éléments qui me permettront de comprendre à la fois l'histoire, le positionnement des différents groupes professionnels, mais également la formation, la carrière et les dispositions propres aux acteurs professionnels que je rencontre. Je suis donc attentive aux discours de ces acteurs parce qu'ils donnent à voir la façon dont les règles du métier sont comprises et restituées et également défendues et critiquées face à l'ethnographe. Mais j'observe surtout avec application les pratiques (interactions,

décisions, déplacements, habitudes, gestes, pratiques d'écriture), parfois en dissonance avec ces discours, qui révèlent en actes le(s) rôle(s) effectivement joué(s) par les uns et les autres :

Un surveillant me dit qu'il n'a pas le temps d'écouter les états d'âme des personnes détenues mais retient pourtant un jeune homme accablé par son incarcération pendant plus de trente minutes dans son bureau pour lui conseiller de « redresser les épaules » et éviter de devenir une « mule »

Journal de terrain, 11 mai 2011

Deux infirmiers m'expliquent à quel point il est important pour l'équipe soignant d'avoir une action cohérente et de « faire bloc » face aux patients. Alors même qu'ils renchérissent sur cette idée, un patient frappe à la porte vitrée pour demander du feu. Le premier infirmier se tourne vers lui excédé « vous voyez bien qu'on discute, revenez plus tard ! », tandis que l'autre saisit le briquet, ouvre la porte et allume la cigarette tendue.

Journal de terrain, 24 mars 2014

Je reste donc souvent en arrière plan des situations : j'accompagne sans commenter la distribution de médicaments du matin et ne pose que quelques questions de compréhension, j'observe sans parler des entretiens de suivi de chef·fe·s de groupe, ou des « entretiens arrivants » de conseiller·e·s d'insertion et de probation, et je ne sors de mon silence que lorsque le professionnel qui m'accompagne m'y invite ou lorsque la personne détenue s'enquiert de savoir qui je suis. Parfois, l'entretien de suivi devient un entretien de sociologie sous l'œil du professionnel présent : ainsi je pose des questions biographiques à une jeune femme détenue en présence de son psychologue ; je discute du quotidien carcéral avec un homme en prison depuis plus de 10 ans à Grünstadt à côté de sa cheffe de groupe. Mais je me range derrière ou aux côtés des professionnels.

c) Un positionnement éthique ?

À Grünstadt, je justifie le fait de ne pas réaliser d'entretiens en tête à tête avec les personnes détenues que je rencontre par la peur que mes compétences linguistiques ne soient pas suffisantes pour comprendre des termes parfois argotiques ou pour saisir les sous-entendus des discours. Mais l'obstacle n'en est pas vraiment un : je rencontre aussi beaucoup de personnes détenues qui parlent comme moi avec un accent étranger un allemand ponctué de fautes de syntaxe - et même quelques francophones. De plus, je réalise simultanément des entretiens avec des professionnels en santé mentale alors que je suis loin de maîtriser parfaitement leur jargon. Sans doute mes craintes portent-elles plutôt sur la peur de ne pas pouvoir maîtriser une interaction que j'anticipe chargée émotionnellement. J'ai peur de créer des malentendus ou que mes questions maladroitement soient perçues comme indiscretes.

Mais derrière ces obstacles linguistiques se posent également des questions éthiques : travaillant sur les troubles mentaux, je m'attends à rencontrer des personnes en souffrance. La question qui me taraude est donc celle de mon utilité et de mes capacités : que vais-je pouvoir apporter ? Echanger un récit chargé de souffrances contre une heure ou deux d'attention est-il une transaction équitable ? Bref, je m'autocensure aussi parce que je suppose qu'il faut des compétences pour s'entretenir avec des personnes malades. Ainsi, je suis perplexe lorsqu'un patient du service

psychiatrique de Grünstadt m'explique qu'il ne peut pas me regarder dans les yeux parce qu'il voit mon visage se déformer. De même je ne sais plus comment relancer un jeune homme de Tourion lorsqu'il commence à me parler avec un débit tout à coup accéléré - en réponse à une question sur son frère également incarcéré - des pyramides d'Égypte et d'Agamemnon. Dans beaucoup d'autres situations, j'ai sans doute exagéré la nécessité de posséder des connaissances psychiatriques. Mais je m'abstiens sans doute aussi de parler seule avec les patients parce que j'ai peur d'entrer en concurrence avec les psy (ou d'être perçue comme une concurrente) : avant le 22 août, à Tourion, alors que je termine un entretien avec une jeune femme détenue, une psychologue, qui avait justement été appelée pour voir cette femme, ouvre la porte du bureau dans lequel nous nous trouvons et me demande avec circonspection : « mais qui êtes-vous ? Dans quel cadre rencontrez-vous Madame B. ? ». N'étant ni soignante, ni travailleuse sociale, j'ai peur d'être vue comme une personne trop curieuse qui profite de la vulnérabilité de ces personnes pour leur extorquer des informations. Je retrouve les doutes qui saisissent tous les ethnographes qui craignent de reproduire « les gestes et les mots des institutions qui exercent un contrôle sur ces personnes » (Bensa, Fassin, 2008, p.11 ; Spire, 2008).

Il serait cependant malhonnête d'expliquer cette position ethnographique de retrait par ces seules considérations méthodologiques et éthiques. En effet, les comptes rendus sociologiques omettent souvent de rappeler que l'ethnographe, plongé dans des univers aussi saturés de représentations que la prison et les services psychiatriques, n'est pas immunisé contre les émotions contradictoires que cet univers suscite.

2. L'animalisation de la folie : des hommes dangereux ?

Le cadre carcéral produit de la peur et de la distance à l'égard des personnes détenues présentant de graves troubles mentaux, en partie animalisées par les personnels de surveillance. Les espaces psychiatriques semblent, au contraire, dotés d'outils pour appréhender et accueillir ces troubles.

a) La « tournée des fous »

Sur le terrain, je suis attentive à la façon dont les personnes que je rencontre interprètent mon objet de recherche et en délimitent le champ. Fait suffisamment étonnant pour être relevé dans un chapitre méthodologique : un surveillant pénitentiaire (lieutenant) du bâtiment de détention pour hommes de Tourion et deux animateurs de groupe de la prison pour hommes de Grünstadt me proposent, chaque fois après une conversation informelle dans leur bureau, d'aller rencontrer ceux des détenus de leur bâtiment qu'ils estiment « vraiment fous · *wirklich psychisch auffällig* ». Je les suis donc dans les coursives avec perplexité, à la fois curieuse de pouvoir mettre des visages sur ce qu'ils appellent la folie, mais gênée d'aller ainsi voir, comme au zoo, des « spécimens ». D'autant plus que

dans les deux situations, les surveillants qui m'accompagnent gardent le sourire tout au long de la « visite » voire se moquent gentiment des personnes détenues alors que je suis accablée par ce qu'ils me montrent :

À Tourion, nous visitons trois cellules. Dans la première, un homme est assis sur le sol, il dessine des formes alambiquées, de personnages et d'animaux. Derrière lui, un lit double, et sur l'étage inférieur un tas de détritiques, principalement des gamelles en aluminium à moitié pleines. La cellule est pleine de mouches - nous sommes en mai et il fait déjà chaud. Le surveillant lui demande pourquoi il n'a pas jeté ses ordures, comme il lui avait demandé de le faire. Il répond : « mais vous savez bien, chef, je veux bien, mais ça tourne pas rond dans ma tête ! ». Le « chef » demande s'il continue son traitement, « oui, je prends mes cachets » et lui fait promettre de nettoyer sa cellule. Le surveillant m'explique que le jeune homme a déjà détruit plusieurs cellules lors de crises inexplicables. Nous entrevoyons ensuite la cellule d'un détenu indien, qui ne parle pas français et passe sa journée dans l'obscurité, allongé sur son lit, nu et mutique. Le surveillant essaie de lui parler, il répond d'une voix faible et plaintive dans ce qui semble être de l'hindi. Dans la troisième cellule, nous sommes assaillis par une odeur fétide. Son occupant, un homme d'une trentaine d'années, souffre d'encoprésie, « sans doute parce qu'il a été violé pendant son enfance » me glisse le surveillant, et doit porter des couches médicales. L'odeur est insoutenable, le surveillant entre pourtant dans la cellule, et félicite le détenu : « c'est bien, votre cellule est rangée et vous avez une chemise propre ». L'homme sourit, mais se plaint, il explique qu'il a encore reçu de l'eau par la fenêtre. Il s'agit en fait, m'expliquera mon guide, de seaux d'urine que ses voisins de cellules s'amuse à lui balancer.

Journal de terrain, du 12 mai 2011

À Grünstadt, les surveillants (animateurs de groupes) me présentent tout d'abord Monsieur T., âgé d'environ 45 ans, qui me fait visiter sa cellule comme s'il s'agissait de son appartement. Il me montre ses lettres décorées de stickers colorés, ses CDs, les dessins enfantins, principalement d'animaux marins, qu'il a dessinés et collés sur les murs. Voilà 22 ans qu'il est en prison, et il revient d'un séjour en unité socio-thérapeutique particulièrement énervé parce qu'il espérait pouvoir sortir en permission. Les surveillants me donnent en chuchotant des détails sur le crime qu'il a commis (un viol avec homicide sordide) et m'expliquent que l'espoir de sortie est vain pour cet homme, condamné à vie (*Lebenslang - LL*) et à la rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*). Ils le jugent à peu près calme en ce moment, mais ses crises (de schizophrénie) le conduisent régulièrement au service psychiatrique. Nous rencontrons ensuite un autre détenu, Monsieur G., qui à son tour me fait faire le tour de sa cellule en détaillant chacun des objets qu'il y conserve, les médicaments qu'il prend et notamment un traitement anti-androgénique qui me renseigne sur la nature des actes (viol incestueux) qui ont pu l'amener en prison. L'homme, d'une cinquantaine d'années environ, travaille comme homme de ménage (*Hausarbeiter*) et m'explique qu'il ne peut pas travailler dans les ateliers de la prison « pour des raisons de sécurité » (« *aus Sicherheitsgründen* »). Le surveillant lui demande de préciser : « ben à cause du délit qui fait que je suis ici » (« *na ja, aufgrund der Straftat warum ich da bin* »). Nous poursuivons le tour et discutons avec quelques autres personnes présentes dans la coursive.

Journal de terrain, du 9 novembre 2010

Sans doute ces agents pénitentiaires m'entraînent-ils dans cette « tournée des fous » parce qu'elle leur permet d'illustrer leurs propos et de mieux répondre à ce qu'ils croient être ma demande (en entretien, nous avons discuté des situations difficiles qui sont selon eux liées à des troubles mentaux). Ils pensent probablement que ces visites expliqueront mieux que de longs discours cette dimension de leur travail. Peut-être s'agit-il aussi d'une forme de bizutage visant à déstabiliser cette jeune étudiante naïve que je dois être à leurs yeux ? C'est en tout cas ainsi que l'on peut interpréter

leur jovialité et leur ton légèrement moqueur qui visent sans doute à marquer en miroir leur propre détachement face à la violence de ces situations¹⁹.

b) Une méfiante distance face aux hommes détenus

Si ces « tournées » sont éclairantes d'un point de vue méthodologique, c'est parce qu'elles rappellent l'une des spécificités de la prison : c'est une institution qui vise à faire peur, tant et si bien que l'on ne sait plus si ce sont ses murs ou les personnes qu'elle y enferme qui effrayent. Lors des deux « tournées », les deux sentiments sont mêlés : l'affligeante absurdité de maintenir en prison des personnes qui semblent ne même pas réaliser leur sort mais aussi la peur suscitée par des individus dont le comportement semble inadéquat. Et il me sera rappelé à plusieurs reprises au cours des terrains réalisés dans les prisons pour hommes de Tourion et Grünstadt, que la méfiance est un principe cardinal dans cet univers, comme si les personnes détenues étaient toutes des agresseurs en puissance.

Ces visites seraient ainsi une mise en scène visant à rappeler que la prison est un endroit sordide et effrayant mais que leurs compétences leur ont permis de s'immuniser contre cette réalité : ils savent rester sur leurs gardes, ils sont prêts à affronter un certain degré de violence et à se défendre physiquement. Ces compétences quasi-pugilistiques sont attachées à la virilité, et mes interlocuteurs, en m'invitant à la méfiance, semblent vouloir souligner que nous nous trouvons dans un univers largement homosexué, dans lequel les femmes ne sont les bienvenues que si elles acceptent de se « viriliser »²⁰. Les personnes détenues n'échappent évidemment pas à cette contrainte de « virilisation » et doivent adapter leur comportement aux exigences de cette maison des hommes, quitte à « paraître sauvage », c'est-à-dire à développer une *hexis* violente et agressive, comme l'ont bien montré Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic et Corinne Rostaing (2008, chapitre 3).

En participant à la ségrégation sexuée, l'institution carcérale semble donc valider et renforcer certains stéréotypes attachés au genre masculin (les hommes seraient plus violents) mais surtout maintenir une certaine distance entre professionnels et personnes détenues : les personnes détenues sont vues comme des êtres différents, potentiellement violents et agressifs. Et la méfiance est plus grande encore face aux personnes détenues présentant des troubles mentaux : elles sont potentiellement agressives, mais leur agressivité est, de plus, vue comme imprévisible.

¹⁹ Erving Goffman a montré comment l'humour permettait de maintenir une « distance au rôle », nécessaire au bon déroulement du travail en équipe (Goffman, 2002)

²⁰ Et d'ailleurs, les quelques femmes surveillantes ou infirmières travaillant auprès des hommes détenus mettront en avant ces mêmes compétences physiques ou mentales viriles, comme si ce quotidien de travail les avait « virilisées ». Voir le travail de Geneviève Pruvost sur la question des femmes policières. (Pruvost, 2007)

c) Combattre la peur

Alors que la sociologie a tendance à s'engager traditionnellement du côté des vulnérables ou des dominés, l'identification de type empathique ou politique a ici été compliquée par le flot de représentations attachées aux personnes détenues, et parmi celles-ci, aux hommes présentant des troubles mentaux. L'obstacle réside dans la difficulté à les « rendre présentables ». Car comme l'explique Philippe Bourgois lorsqu'il présente ses enquêtés pris dans les complexités d'un quotidien précaire et marginalisé à East Harlem : « la souffrance est en général hideuse ; elle sape l'intégrité humaine, mais les ethnographes ne veulent jamais donner de leurs sujets une image de laideur » (Bourgois, 2001, p.43). Les personnes que je rencontre lors de ces tournées et les détails biographiques que me glissent les surveillants, évoquent les figures archétypales du meurtrier irrationnel présentes dans la littérature, le cinéma, les séries télévisées ou la presse à sensation. Ces visites auront pour effet de nourrir les fantasmes contre lesquels je tente de lutter parce qu'ils font écran à la réflexion sociologique. En prison, comme dans d'autres univers saturés de représentations, l'ethnographe est donc « prisonnier des images même qu'il cherche à critiquer », comme l'explique Alison Liebling, qui rappelle à quel point « c'est une posture morale de ne pas avoir peur lorsque tout le système vise à créer des figures effrayantes »²¹. Et c'est sans doute aussi parce que cette posture morale a été constamment remise en question par le quotidien carcéral qu'il m'a fallu tant de temps pour prendre en considération l'expérience carcérale des hommes détenus présentant des troubles mentaux.

Les terrains réalisés dans les services psychiatriques et plus spécifiquement les moments passés aux côtés des psychiatres et psychologues m'ont largement aidée dans cette entreprise. En effet, le savoir psychiatrique mobilisé par ceux-ci permet de mettre des mots sur les comportements : l'agressivité ou la violence sont traduits en des termes cliniques (logorrhéique, agité, (hypo)maniaque, etc.) et les catégories nosologiques permettent de redonner du sens à ce qui échappe à la raison. Il est désormais question de troubles de la personnalité, ou de symptômes renvoyant à des troubles mentaux. Il ne s'agit bien sûr pas ici de prétendre que ce savoir dit la vérité des sujets. Mais ce savoir ouvre la voie à une identification de type empathique : en effet, nous avons affaire à des hommes mus par des symptômes et non plus à des êtres violents dont il faudrait se méfier. Et c'est d'ailleurs (en partie) pour leur redonner une part d'humanité que les équipes psychiatriques nomment systématiquement « patients » (et non « détenus »), les personnes qu'elles prennent en charge. Mais tout comme le terme de « détenu » a pour effet de réduire les dimensions de l'individu à sa seule identité de reclus²², le terme de « patient » focalise l'attention sur la maladie et la souffrance et fait des individus concernés des êtres passifs. Les deux termes aplatissent donc l'identité des personnes et leur retirent symboliquement leurs spécificités sociales et leur capacité

²¹ Ma traduction d'extraits d'une communication d'Alison Liebling, sociologue anglaise habituée des coursives de prison, lors du colloque annuel de ICCCR (*International Centre for Comparative Criminological Research*) « Resisting the Eclipse. An International Symposium on Prison Ethnography ». Le panel dans lequel intervenait Alison Liebling s'intitulait : « Thrown In or Drawn In ? On sinking and swimming in prison research and ethnography », 18 septembre 2012.

²² Je lui préférerais systématiquement le terme de « personnes détenues » pour rappeler qu'il s'agit bien d'individus aux origines sociales et aux trajectoires différentes, qui ont eu, ont encore et aspirent à avoir une vie sociale à l'extérieur de la prison et qui se trouvent, momentanément, ou pour une durée plus longue, incarcérés.

d'action. Il ne s'agit donc pas, pour le sociologue, de préférer le second au premier et de substituer à l'analyse sociologique une lecture psychologique ou psychiatrique des comportements et des actions. Mais les terrains « psychiatriques » ont pu m'aider à (re)trouver un regard compréhensif qui ne se laisse ni brouiller par la peur ou l'accablement ni trahir par des préconceptions, parce que comme la sociologie, la psychiatrie et la psychologie cherchent à comprendre, c'est-à-dire à mobiliser l'entendement pour ne pas se laisser envahir par les émotions. Le savoir psychiatrique a donc, dans une certaine mesure, un pouvoir rassurant.

Si les prisons pour hommes semblent produire de la méfiance et maintenir à distance les personnes détenues, l'ambiance est différente dans les prisons pour femmes, dans lesquelles l'enjeu semble plutôt de gérer une grande proximité productrice d'émotions fortes et contradictoires.

3. Le genre des émotions

Au cours des terrains réalisés dans les prisons pour femmes, le registre émotionnel observé et ressenti est différent. La plus grande proximité des professionnel-le-s avec les personnes détenues a pour conséquence directe de modifier ma position d'enquête : je deviens observatrice participante.

a) Des femmes vulnérables ?

Les émotions ressenties sont un baromètre qui donne des informations importantes sur le climat des institutions observées. En ce sens, les émotions ne sont pas seulement produites par le chercheur-euse, mais également suscitées par le contexte, voire provoquées par les acteurs de l'institution. La peur et la méfiance n'ont heureusement pas été les seules émotions des terrains de recherche dans les établissements pour hommes. Il y a également eu des moments de complicité, de sympathie, de gratitude. Dans les établissements pour femmes, la palette des émotions est également large et variée, à deux nuances près : la peur en est quasiment absente et la tristesse en colore une bonne partie. Je ne ressens jamais le moindre soupçon de peur et celle-ci est également absente des discours de toutes les personnes que je rencontre : certes, les professionnel-le-s se méfient de certaines détenues (celles que l'on suspecte d'introduire de la drogue dans l'établissement, celles qui doivent sortir en permission après une longue peine notamment), mais jamais parce que l'on craint une agression ou de la violence. Ainsi, sur les quatre semaines passées dans la prison pour femmes de Grünstadt, il ne sera fait référence à une telle crainte qu'à une seule occasion : lorsque les codétenues d'une jeune femme schizophrène consultent la psychologue de l'établissement parce qu'elles redoutent que ses délires réguliers puissent un jour se tourner contre elles.

En revanche, je ressens fréquemment une grande tristesse. Ainsi, lorsque j'aperçois, un matin glacial en sortant du métro cette même jeune femme fraîchement sortie de la prison pour femme de Grünstadt en train d'avalier les petites bouteilles de vodka qu'elle vient d'acheter à l'épicerie du coin

sous le regard impuissant de sa mère, je suis bouleversée d'imaginer que la jeune fille pourrait bien finir à la rue. De même, j'ai la gorge serrée lorsque j'accompagne à la bibliothèque une jeune femme de 20 ans qui vient tout juste de se rendre pour purger une peine de vingt jours-amendes et qui tremble de devoir passer 72h seule dans une cellule sécurisée à l'écart des autres femmes. Ou encore, lorsqu'une femme frêle d'environ 50 ans apprend que sa fille n'a pas réussi à rassembler la somme qui lui aurait permis d'araser la dette qui l'avait amenée en prison, et qu'elle va donc devoir annoncer à son employeur qu'elle se trouve en prison, au risque d'être licenciée. L'ambiance est alors pesante dans le bureau de Kirstin Segelke, et je ne suis pas la seule à avoir les yeux embrumés. À Tourion, je compatis lorsqu'une femme en attente de jugement me raconte en larmes comment elle a compris, dans sa cellule à l'occasion d'une émission télévisée, qu'elle était jusque là enfermée dans un délire paranoïaque, délire qui l'a conduite à empoisonner ses propres enfants.

Sans doute ai-je plus de facilité à m'identifier à ces femmes : j'aurais pu, dans d'autres circonstances, connaître leur destin. Mais au fond, ce sont des destins proches, et parfois tout aussi accablants que ceux des hommes détenus que j'ai rencontrés dont les récits ne m'ont pourtant que rarement émue aux larmes, comme si les émotions ne parvenaient pas à traverser la carapace de méfiance que je m'étais construite. Peut-être, comme Cousteaux et Pan Ké Shon en font l'hypothèse, que le « mal-être aurait un genre », c'est-à-dire que l'expression du mal-être reposerait sur la construction sociale des genres : la souffrance masculine trouverait une expression plus violente que la souffrance féminine (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008). Si la souffrance des femmes suscite plus d'empathie, ce serait donc peut-être que les femmes se présentent comme plus vulnérables.

Mais tout comme la méfiance envers les hommes semblait également résulter de la configuration – voire de la mise en scène – institutionnelle, cette tristesse pourrait également être liée au fait que ces femmes me sont rendues sympathiques par le contexte dans lequel je les rencontre. En effet, dans la prison pour femmes de Grünstadt tout comme dans le quartier femmes de la prison de Tourion, l'ambiance générale est différente, plus « conviviale », moins « sécuritaire », tout à fait similaire à ce que Corinne Rostaing, Coline Cardi ou Myriam Joël-Lauf ont observé dans leurs travaux sur les prisons pour femmes (Rostaing, 1997 ; Cardi, 2008, pp.69-88 ; Joël-Lauf, 2009). Le chapitre 4 montrera, avec l'exemple de la prison pour femmes de Grünstadt, que ce traitement carcéral particulier, cette « pénalité douce » (Cardi, 2008, p.69) a un effet direct sur le travail réalisé par les acteurs-trices professionnels et sur la façon d'appréhender les questions de santé et de troubles mentaux. Mais il a également des conséquences sur la conduite des observations. Aussi, de nombreuses situations ethnographiques vécues dans les bâtiments pour femmes ne m'auraient pas semblé envisageables chez les hommes : les surveillantes qui m'accueillent dans la prison pour femmes de Grünstadt ne me remettent pas d'alarme et ne me mettent pas en garde contre les femmes détenues ; le surveillant d'atelier me laisse passer plusieurs heures dans l'atelier de recyclage informatique en compagnie d'une vingtaine de femmes et me promener avec elles dans la cour de l'établissement ; il m'arrive fréquemment de traverser une partie de l'établissement en compagnie d'une femme détenue et de lui ouvrir les portes à l'aide de mon trousseau de clefs. Mais surtout, l'observation, chez les femmes, devient parfois participante.

b) Quand l'observation devient participante

Comme je l'ai décrit plus haut, ma position dans les prisons pour hommes est une position en retrait : je restais à l'écart ou y étais souvent maintenue par les professionnel-le-s. Ni surveillante, ni travailleuse sociale, ni infirmière, j'étais une simple observatrice, extérieure aux différents groupes professionnels et ne prenais par exemple pas part aux discussions portant sur les personnes détenues. Dans les établissements pour femmes, mon rôle se modifie. À Tourion, au moment où je réalise les entretiens, une surveillante vient me voir en fin d'après-midi alors que je m'appête à sortir pour me proposer de voir encore une dernière femme. Elle argumente : « elle a des choses à vous raconter, et puis surtout, ça pourrait l'apaiser un peu », laissant entendre que mon entretien pourrait participer au maintien du calme en détention. À Tourion encore, la directrice de détention, me consulte au moment de délibérer en commission de discipline : « vous en pensez quoi, je ne suis pas habituée aux niveaux de sanction en quartier femmes... j'ai peur d'être trop sévère ! ». À Tourion, je conserve cependant une position d'extériorité. À Grünstadt, au contraire, je participe aux activités : ainsi lorsque les arrivantes sont nombreuses et que Kirstin est débordée, elle me demande de raccompagner les femmes qu'elle vient de recevoir en entretien dans leur cellule. Quelquefois, j'entreprends de répondre aux questions pratiques que me posent les femmes nouvellement incarcérées (sur le fonctionnement du téléphone, sur les horaires de l'établissement, etc.). On me demande également mon avis lors des discussions informelles entre psychologues et chef-fe-s de groupe (à propos des dessins morbides d'une femme que l'on pense suicidaire ; à propos du comportement étrange d'une femme vietnamienne, etc.). Lors d'une réunion d'équipe autour de la prise en charge problématique d'une jeune femme placée en cellule sécurisée pour avoir détruit le mobilier de sa cellule, le directeur m'interpelle : « vous qui êtes extérieure à tout ça, vous feriez quoi ? ». Bref, alors que je ne l'avais pas prévu, je me retrouve souvent impliquée dans la vie de l'établissement.

Devenue, malgré moi, observatrice participante, je me sens mal placée pour réaliser des entretiens à Grünstadt : aux yeux des femmes, je fais partie de l'équipe. Je postule donc, peut-être à tort, que cette position brouille les cartes et qu'elle m'empêcherait dès lors de réaliser des entretiens avec les femmes détenues, qui auraient mille raisons de ne pas me croire lorsque je leur dirais que je suis en réalité indépendante de l'équipe professionnelle. C'est la raison pour laquelle, il me semble *a posteriori*, je n'ai pas réalisé d'entretiens de femmes détenues dans la prison de Grünstadt. Le fait d'être devenue observatrice participante a une deuxième conséquence : alors que je pouvais les observer avec une distance critique, je suis ici plongée dans les mêmes dilemmes moraux que les professionnel-le-s qui travaillent dans la prison. Ainsi, lorsque le directeur me sollicite, la question n'est pas rhétorique, il attend une réponse authentique – qui m'oblige à quitter mon rôle d'observatrice pour me mettre un instant à sa place. Cette situation m'a d'abord paru problématique : en effet, elle avait tendance à m'engager dans des questionnements pragmatiques (comment agir face à telle personne détenue ? que faire dans telle ou telle situation ?) et me donnait le sentiment de perdre le fil d'une réflexion plus distanciée. Mais elle m'a d'une part permis de constater, par contraste avec les observations menées dans les prisons pour hommes, à quel point les

dilemmes moraux sont omniprésents dans les quartiers pour femmes. D'autre part, cette situation m'a obligée à prendre conscience que si, comme moi, les professionnel·le·s que je rencontre jouent un rôle, ils ont cependant des responsabilités concrètes que je n'ai pas en tant que sociologue. Leurs décisions engagent le quotidien et parfois la vie des personnes qu'ils prennent en charge. Les doutes qu'ils expriment ne sont pas seulement ou pas toujours des stratégies discursives mais témoignent souvent de préoccupations autour de la meilleure façon d'agir en dépit des contraintes institutionnelles.

Ces émotions ne doivent pas être ignorées au principe que la sociologue devrait cultiver une certaine distance au réel qui seule lui permet d'acquérir une certaine objectivité. Au contraire, en plongeant le sociologue dans le quotidien des institutions qu'il observe, l'ethnographie l'amène à accéder à la connaissance sociologique par des relations faites d'épreuves. Il doit, en d'autres termes, éprouver le réel pour mieux le comprendre. Sur le terrain, l'ethnographe est parfois pris dans le même *maelstrom* que tout le monde et ses émotions conditionnent aussi la réalisation de l'enquête. Dans cette recherche, les émotions ont rendu difficiles les échanges directs avec les personnes détenues, soit parce qu'elles étaient maintenues à distance par une certaine méfiance craintive soit parce que je me sentais trop impliquée dans leur prise en charge. Ces émotions donnent enfin des informations cruciales sur l'ambiance des établissements pour hommes et pour femmes détenues, sur le traitement différencié de leur clientèle, basé sur des représentations sociales elles-mêmes dissemblables. La prison, comme d'autres institutions de socialisation secondaire, vient sans doute conforter les rôles de genre (compris non seulement comme la bi-catégorisation sexuée du monde, mais surtout comme une construction sociale sans cesse recommencée²³) et l'économie politique dans laquelle ces rôles s'inscrivent (Bereni et al., 2012, p.107).

Les émotions livrent donc à l'ethnographe des informations cruciales sur le climat des institutions qu'il traverse. Elle doivent être interprétées pour évaluer tout particulièrement la manière dont elle mettent à l'épreuve l'entreprise de recherche. Il en va de même pour la démarche comparative, qui induit un progressif changement de point de vue sur les institutions étudiées.

²³ « Le genre s'élabore dans les interactions quotidiennes, il est « fait » et « refait » à chaque fois qu'une personne « sexuée » en rencontre une autre, ou encore à chaque fois qu'un individu essaye de classer l'autre dans un sexe afin de savoir comment se comporter avec lui ». (Bereni et al., 2012, p.108)

III. METTRE À DISTANCE POUR MIEUX REGARDER ? HYPERMÉTROPIES ET MYOPIES COMPARATIVES

En partie induite par les opportunités de financements franco-allemands²⁴, cette comparaison s'inscrit dans une tradition de recherche comparative entre les sociétés française et allemande, autour de l'organisation du travail, des systèmes de protection sociale ou encore des systèmes éducatifs²⁵. Si la méthode comparative est habituelle dans les travaux de type macrosociologiques, elle est en revanche moins fréquente lorsque la méthode ethnographique est mobilisée. Et pour cause, la comparaison suscite alors de nombreuses questions que ne peut aider à résoudre un patron défini au préalable. Elle devient à proprement parler problématique, parce qu'elle contribue à modifier le cours même de l'enquête et de l'analyse sociologique proposée. Disposant pour appréhender la prise en charge des troubles mentaux dans le système carcéral allemand, de peu d'informations, j'avance à tâtons comme les doctorants qui se sont lancés dans cette aventure avant moi²⁶. Les terrains allemands m'amènent cependant à élargir l'objet de la recherche : le dispositif institutionnel allemand, très différent de celui auquel je suis familière en France, m'oblige à prendre en considération les héritages institutionnels des deux pays. Mais d'autre part, le traitement pénitentiaire appuyé sur un savoir psychologique que j'observe dans les prisons allemandes, me permet de prendre conscience d'une tendance partagée, dans les deux pays, à vouloir faire de la peine un moment de traitement des personnalités et comportements déviants. Loin de se résumer à un problème de santé, la question des troubles mentaux s'inscrit dans la réforme de l'institution carcérale.

²⁴ J'obtiens à l'automne 2009 une bourse de recherche du Centre Marc Bloch de Berlin à laquelle je renonce bientôt pour un financement plus pérenne de l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale.

²⁵ La France et l'Allemagne sont pensées comme des « cas très similaires » (Maurice, Sellier et Silvestre, 1982 ; Vigour, 2005, p.160) et la comparaison franco-allemande est, depuis longtemps considérée comme heuristique par les sociologues, à commencer par Durkheim, qui s'appuie sur des données allemandes dans son étude sur le suicide (Durkheim, 2003 [1897]). La période contemporaine a donné lieu à de nombreuses enquêtes comparatives, qui portent cependant plus fréquemment sur l'État-providence ou l'organisation du travail que sur le système pénal et pénitentiaire.

²⁶ À l'instar de Janina Kehr, qui explique qu'elle ignorait encore les « contours » du réseau médical autour de la tuberculose lorsqu'elle engage sa recherche sur la prise en charge de cette maladie en France et en Allemagne, ou de Jérémie Gauthier qui s'attend à retrouver en Allemagne une réflexion similaire à celle engagée en France à la suite des émeutes de 2005 sur les relations entre police et quartiers populaires. Jérémie Gauthier découvre, arrivé en Allemagne, que ce qui faisait problème dans l'hexagone français ne trouve pas de résonance de l'autre côté du Rhin et réalise bientôt qu'il doit porter son attention non pas seulement sur l'interaction entre policiers et minorités visibles, mais également sur l'organisation de l'institution policière et sur l'histoire de l'immigration dans les sociétés françaises et allemandes : « Notre objet, qui dépasse donc la question de l'émeute, réside dans l'identification des espaces d'émergence, de tension, de formulation de la question des relations entre puissance publique et minorités à travers le prisme de l'action policière au sein de deux États de droit : la France et l'Allemagne. Autrement dit, il s'agira d'analyser l'articulation entre action policière et ce que nous proposons d'appeler la question minoritaire. » (Gauthier, 2012, p.30).

1. Mais qu'allait-elle faire dans cette galère ?

La comparaison relève en première apparence d'un défi impossible. Les risques sont en effet nombreux de biaiser la comparaison, en raison de la connaissance *a priori* dissymétrique des terrains comparés. Définissant les grandes lignes de leur programme d'histoire croisée qui permet d'éviter nombre des écueils énumérés ci-dessus, Michael Werner et Bénédicte Zimmermann invitent le chercheur-euse à s'interroger sur les conditions de la comparaison : « le croisement ne se présente jamais comme un « déjà donné là » qu'il suffirait de relever et d'enregistrer. Il requiert un observateur actif pour le construire et c'est dans un mouvement d'aller-retour entre le chercheur et son objet que se dessinent conjointement les dimensions empiriques et réflexives de l'histoire croisée. Le croisement se donne ainsi comme une activité cognitive structurante qui, par diverses opérations de cadrage, construit un espace de compréhension ». (Werner, Zimmermann, 2004, p.23).

a) Comparer pour évaluer ?

Comme je pouvais m'y attendre en entreprenant une comparaison internationale, la question la plus fréquente, sur le terrain mais également lorsque je présente mon travail dans des cercles scientifiques ou autres, est de savoir si « c'est mieux en France ou en Allemagne ? », une question qui me laisse perplexe et à laquelle je réponds souvent, pour botter en touche : « qu'est-ce qui est mieux ? ». Dans les premiers temps, il s'agit d'une pirouette, car j'ai le sentiment qu'il me manque trop d'informations pour pouvoir évaluer les systèmes carcéraux français et allemand, mais progressivement, je me rends compte que la pirouette fait sens : tout dépend de ce que l'on compare, et tout dépend aussi du point de vue depuis lequel on compare. Si la question porte sur les conditions de détention, alors elle se décline déjà en une multitude d'interrogations : où vaudrait-il mieux se trouver incarcéré ? Où est-on le mieux jugé, le mieux défendu, le mieux pris en charge, le mieux nourri, le mieux logé, le mieux soigné ? Les soutiens à la réinsertion sont-ils meilleurs en France ou en Allemagne ? Le marché du travail est-il plus accueillant pour les sortants de prison ici ou là ? Si le point de vue est criminologique et si l'on m'interroge sur l'efficacité des systèmes carcéraux alors de quoi parle-t-on ? De prévention de la récidive ? De réinsertion sociale ? Autant de questions qui sont sujettes à caution, tant la construction des indicateurs fait débat²⁷. Lorsque ce sont les surveillant-e-s ou les infirmier-e-s qui m'interrogent sur les conditions de travail, que comparer ? Les possibilités de carrière ? Le contenu des tâches effectuées ? Le niveau de salaire ? La reconnaissance sociale ?

²⁷ Voir les travaux menés au CESDIP (Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales) sur les statistiques pénales et policières (Aubusson de Cavarlay, 1985 ; Robert et Zaubermann, 2012 ; Mucchielli, 2008, etc.) ou les travaux menés par Annie Kensey, démographe à la direction de l'administration pénitentiaire ou de Pierre-Victor Tournier, démographe à l'Université Paris 1.

Je réponds donc souvent de manière allusive, que les taux de population carcérale sont moins élevés en Allemagne²⁸, que comme en France, certains établissements sont vieux et désuets, mais que les établissements flambant neufs en France sont unanimement critiqués pour leur manque d'humanité ; que la politique carcérale varie d'un Land à l'autre et que d'ailleurs, même en France, les conditions de détention sont variables d'une maison d'arrêt et d'un établissement pour peine à l'autre ; que les peines sont en moyenne plus longues en France, mais que l'Allemagne a une pratique plus fréquente de la rétention de sûreté qui a pour effet de rallonger les longues peines.

Souvent, j'ajoute que mon travail ne vise pas à comparer les « prisons françaises » et les « prisons allemandes », mais à comprendre comment s'organise la prise en charge des troubles mentaux dans les deux systèmes carcéraux. Mais là aussi, il m'est impossible de fournir une évaluation qui situerait la France et l'Allemagne sur une échelle allant du pire au meilleur, tant la question ne se laisse pas réduire à une poignée d'indicateurs simples (où soigne-t-on mieux ? où y a-t-il le moins de troubles mentaux ?) : si les prisons françaises ont nettement plus de moyens « psychiatriques » (lits d'hospitalisation, équipes hospitalières), la déclaration d'irresponsabilité pénale est plus fréquente en Allemagne et devrait donc éviter que se retrouvent incarcérés des personnes présentant des troubles mentaux graves en prison ; si les équipes psychiatriques sont plus étoffées en France qu'en Allemagne, il y a cependant beaucoup plus de psychologues dans les établissements pénitentiaires allemands. Mais ces informations ne permettent pas de classer les deux pays.

Bref, je constate ce que la littérature autour de la comparaison a mille fois souligné : aucune comparaison ne va de soi ; il est déjà délicat de mettre en regard des indicateurs particuliers construits dans un cadre national (chômage des jeunes, réussite scolaire, etc.), l'affaire se corse donc lorsque l'on tente de comparer des systèmes institutionnels complexes (systèmes universitaires, assurance chômage, marché du travail), qui ne sont pas nécessairement dessinés de la même façon dans chaque pays, qui ont une histoire propre et qui mettent en jeu des groupes sociaux et professionnels différents.

b) Une méthode risquée

Si les ouvrages portant sur la comparaison rappellent qu'elle est consubstantielle au raisonnement sociologique, une longue partie de leur propos est souvent consacrée à lister les écueils possibles de cette méthode. Ainsi Patrick Hassenteufel identifie quatre problèmes de la comparaison dans l'analyse des politiques publiques : la comparaison *factice*, qui se contente de juxtaposer des cas, la comparaison *à distance*, basée sur une littérature secondaire mais sans travail empirique, la comparaison *biaisée*, qui cherche à valider une hypothèse de recherche sans qu'aucune autre hypothèse ne soit prise en compte, la comparaison *réductrice* qui réduit des phénomènes complexes à une poignée d'indicateurs synthétiques. Franz Schultheis reprend et illustre cette

²⁸ Voir annexe 2 pour une comparaison des systèmes pénaux français et allemands à partir d'indicateurs statistiques.

dernière erreur fréquente et d'autant plus difficile à identifier selon lui que cette « comparaison synthétique » s'appuie souvent sur des instruments méthodologiques sophistiqués (échelles, indicateurs synthétiques, etc.) visant à comparer des modèles dans une logique de classement et d'évaluation. À ces quatre « comparaisons au rabais » (Hassenteufel, 2005), Schultheis en ajoute trois, qui menacent particulièrement le chercheur·euse qui travaille sur une société qui lui est étrangère :

- la comparaison « *assimilatrice* », où le chercheur·euse, habité par un certain ethnocentrisme, tend à assimiler ce qu'il observe dans la société étrangère à ce qu'il connaît déjà. C'est « l'erreur touristique type », contre laquelle la recherche savante n'est évidemment « pas immunisée ».
- la comparaison « *idéographique* » (ou culturaliste) qui se contente de prélever des éléments de façon pointilliste en s'appuyant sur une toile de fond culturaliste, celle de la « mentalité » française ou allemande par exemple.
- la comparaison « *accommodatrice* », qui isole les faits de leur contexte, ignore les conditions de possibilité des phénomènes et met en rapport des faits issus de contextes culturels différents : ainsi, en 1989, travailler sur le taux de chômage des moins de 25 ans en France et en Allemagne sans prendre en compte la réalité sociale d'un jeune Français (service militaire), qui peut pourtant biaiser fortement la comparaison.

Ces difficultés cognitives et méthodologiques relatives à la construction de la comparaison s'ajoutent à une autre question complexe : celle des échelles de la comparaison. Patrick Hassenteufel relève que la comparaison internationale a souvent pour défaut de ne pas prendre en considération la dimension transnationale des phénomènes ; de nombreux auteurs soulignent l'importance d'articuler différents niveaux d'analyse dans la comparaison et de prendre au sérieux les jeux d'échelle (voir par exemple Demazière, Giraud, Lallement, 2013), pour ne pas accorder trop de poids aux éléments macro-sociaux et être attentif à la mise en œuvre de l'action publique. C'est le programme des travaux sur l'effet sociétal (Maurice, Sellier, Silvestre, 1982 ; Möbus, Verdier, 1997), mais également d'une multitude de comparaisons « micro », attentives aux pratiques professionnelles et-ou aux expériences subjectives des individus²⁹.

c) Un puits sans fond

Une bonne comparaison suppose un travail de longue haleine, qui prend en considération l'histoire mais aussi la complexité sociale de chaque société étudiée. Il s'agit de ne pas négliger « l'épaisseur historique et sociale du phénomène » étudié, c'est-à-dire « l'importance de l'ancrage du phénomène étudié dans une société qui, par définition, possède de solides racines historiques » (Spurk, 2003, p.75).

Dans le cadre du travail que je réalise, il faudrait donc, pour que la comparaison prenne sérieusement en compte *l'épaisseur historique*, pouvoir réfléchir à la fois à l'histoire des institutions carcérales dans lesquelles je réalise mes terrains, mais également aux transformations du champ

²⁹ Voir tout particulièrement la thèse de Mathilde Darley (Darley, 2008) qui propose une réflexion sur le traitement de l'immigration en s'intéressant aux pratiques d'accueil, d'enfermement et de sélection des étrangers en situation irrégulière entre Autriche et République Tchèque et jongle habilement entre les niveaux micro, méso, et macro-sociaux.

psychiatrie dans les deux pays au cours du siècle dernier pour comprendre comment les héritages historiques particuliers (le III^{ème} Reich, la division puis la réunification allemande, la (dé)colonisation, les migrations internationales) ont pu venir modifier les politiques pénales et pénitentiaires, et s'inscrire dans le fonctionnement des établissements pénitentiaires. Il faut pouvoir saisir les transformations du champ psychiatrique sur le long cours, s'intéresser aux rapports entre psychiatrie et prison en France et en Allemagne, mais aussi aux effets de l'aggiornamento psychiatrique des années 60-70 chez les psychiatres allemands et français. Il faut réfléchir à l'histoire des professions qui composent ce champ de part et d'autre du Rhin, au développement d'une discipline « criminologique » dans les deux pays. Il faut également prendre en considération les éventuels transferts de savoirs entre les institutions, les politiques et les pratiques professionnelles des deux pays, éventuellement organisés à un niveau supranational, européen ou international (Hassenteufel, 2005) et ce depuis le dix-neuvième siècle, période de réflexion sur le système carcéral et ses liens avec le système psychiatrique.

Du côté de *l'épaisseur sociale*, il faudrait être attentif à la formation de tous les acteurs professionnels, se rappeler que « les catégories linguistiques apparemment équivalentes ne désignent pas les mêmes phénomènes » (Vassy, 2003). Il faut s'intéresser aux formations initiales, continues, aux possibilités de carrière, au recrutement social de chacun de ces groupes, qui conditionnent fortement les pratiques professionnelles que j'observe. Il faut réfléchir aux hiérarchies institutionnelles, aux découpages professionnels : ainsi, la hiérarchie hospitalière est distincte de la hiérarchie pénitentiaire en France, ce qui a des implications économiques, professionnelles et symboliques ; ainsi, les établissements pénitentiaires allemands recrutent nombre de psychologues à des postes divers et variés alors que les établissements français disposent.

En ce qui concerne les échelles de l'analyse, il faudrait pouvoir prendre en compte l'impact des réglementations, directives et instances de contrôle européennes et internationales sur le débat national et sur les pratiques locales. Il faudrait retracer l'histoire des débats nationaux autour de la question carcérale. Il faudrait réfléchir aux traditions régionales (le *Land* de Grünstadt a une politique pénitentiaire plus « progressiste » que d'autres *Länder* allemands). Il faut par ailleurs avoir une compréhension fine de l'écologie locale dans laquelle s'inscrivent les établissements observés, de leurs règles spécifiques ; de la configuration locale du dispositif institutionnel ; mais aussi des façons de faire locales. Il faudrait enfin s'intéresser au rôle spécifique de certains individus, notamment les chefs des services psychiatriques pénitentiaires, qui participent à la recherche scientifique et au débat d'idées et ont donc dans une certaine mesure des ressources pour participer aux débats nationaux ou supranationaux.

On comprend dès lors à quel point il est difficile de mener une comparaison qui satisfasse aux exigences de l'exercice. Le chercheur·euse peut s'appuyer sur les travaux déjà réalisés dans ces différents champs de recherche, mais ils n'ont malheureusement pas toujours fait l'objet d'un défrichage systématique. Pour mener la comparaison à bien, il faudrait donc une équipe collective de recherche ou des années entières d'immersion dans chacune des sociétés considérées. En somme, « comparaison n'est pas raison » (Schultheis, 1989), et il faut dès lors justifier le choix de s'engager

dans cette démarche comparative, mais également expliciter les choix de construction de cette comparaison, et en cerner les limites.

2. Comparer : pourquoi et comment ?

La méthode ethnographique, itinérante et inductive, s'accommode mal d'une comparaison terme à terme. La comparaison est donc plutôt un outil méthodologique visant à faire travailler les préconceptions du chercheur·euse. Elle tend un bout de miroir qui permet d'éclairer les zones d'ombre des sociétés comparées.

a) Prendre du recul

La recherche présentée ici n'est pas à proprement parler une comparaison, car, formée en France, je ne peux « traiter de manière symétrique les deux côtés, ne serait-ce qu'en raison de (ma) propre insertion dans la société française ». Or comme l'expliquent Michael Werner et Bénédicte Zimmermann (2004), « il serait vain et naïf de chercher à se défaire, une fois pour toutes, de ce problème constitutif de toute enquête scientifique ». Cette recherche part d'un questionnement français (il s'agit de comprendre comment, en France, le problème des troubles mentaux en milieu carcéral, qui a gagné en visibilité ces dernières années, est pris en charge), mais propose un détour méthodologique par l'Allemagne pour voir comment une autre société appréhende ce même problème social. Les terrains réalisés en Allemagne me permettent donc de mettre en perspective la réalité française. Il s'agit en quelque sorte de m'extraire de l'« inertie sociale rassurante et étouffante à la fois » de la société française (Spurk, 2003, p.75), c'est-à-dire de remettre en question ce qui pourrait apparaître comme des évidences de ce côté-ci du Rhin.

Point de recherche d'exotisme dans ce croisement, c'est plutôt la proximité apparente des deux systèmes pénaux qui explique l'intérêt de leur étude conjointe : « un droit pénal comparable, une politique pénale comparable, de grandes tendances de la criminalité et de l'inquiétude comparables », comme l'expliquent Axel Groenemeyer et Fabien Jobard qui dirigeaient à la fin des années 2000 un programme de recherches comparatives sur la police, « la méthode comparative trouve avec la mise en perspective de la France et de l'Allemagne un sol assurément plus ferme. Et c'est bien précisément parce que ces macro-variables sont plus aisément circonscrites que les singularités nationales parfois considérables peuvent mieux faire ressortir leurs effets » (Groenemeyer, Jobard, 2005, p.236). En d'autres termes, c'est parce que les phénomènes de déviance et de criminalité sont appréhendés de façon similaire dans les deux pays, que le chercheur·euse peut s'attarder sur des différences plus particulières. L'intérêt de la comparaison franco-allemande réside donc moins dans le contraste flagrant entre les deux sociétés que dans leur proximité : il est dès lors d'autant plus intéressant de chercher à comprendre pourquoi face à certains phénomènes, comme par exemple les troubles mentaux en milieu carcéral, les pratiques peuvent différer.

Cependant, contrairement aux travaux portant sur l'État-providence, qui peuvent s'appuyer, pour les commenter, les affiner ou les critiquer, sur des typologies préconstruites comme celle d'Esta Gosting-Andersen³⁰ et utiliser ces types pour réfléchir aux systèmes scolaires, aux marchés du travail, aux droits sociaux³¹, les chercheurs-euses travaillant de façon comparative sur l'État pénal ne disposent pas de modèles et s'aventurent donc dans un domaine encore peu défriché³². Comme l'explique Grégory Salle, le chercheur-euse avance sans « patron défini » et doit donc s'appuyer sur le matériau empirique pour « privilégier les prises offertes par la spécificité des expériences [...] nationales » (Salle, 2009, p.18). Le matériau empirique rassemblé ici n'est pas un matériau d'archives³³, mais des notes d'observations, des entretiens – et tous les documents recueillis sur les différents terrains d'enquête. C'est ce matériau qui m'a permis de construire la comparaison.

b) Partir des données empiriques

Ne pouvant m'appuyer sur des modèles synthétiques déjà constitués ou sur une littérature secondaire qualitative sur le cas allemand³⁴, j'ai choisi de mettre en œuvre une méthode ethnographique, afin de comprendre comment s'organisait la prise en charge des troubles mentaux en milieu carcéral. À la façon d'un kaléidoscope, cette méthode a l'inconvénient de complexifier, au moins dans un premier temps, la lecture du réel : en effet, l'ethnographe observe des interactions, des pratiques et des propos particuliers dont il est difficile de dire dans quelle mesure ils sont typiques du cas « allemand » ou du cas « français ». Dans de nombreuses situations, les questionnements pratiques sont similaires, les jeux de pouvoir se ressemblent, les dilemmes moraux se rapprochent. L'observation microsociologique a donc pour effet de brouiller la comparaison, mais elle permet en contrepartie de ne pas donner une prééminence au niveau macro-social : toutes les différences ne semblent pas se laisser subsumer par une lecture « nationale » des phénomènes. Ainsi,

³⁰ Esping-Andersen Gøsta, 1990, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Royaume-Uni, Polity press.

³¹ Voir parmi de nombreux exemples : Van de Velde Cécile, 2008, *Devenir adulte sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, Presses universitaires de France ; Dupré Michèle, Giraud Olivier et Lallement Michel, 2012, *Trajectoires des modèles nationaux : État, démocratie et travail en France et en Allemagne*, Bruxelles, Belgique, Suisse, Allemagne.

³² Quelques travaux récents ont été menés au CESDIP, sur l'insécurité et la victimisation, ou encore sur les pratiques policières face à la question minoritaire (Gauthier, 2012) dans le cadre du Laboratoire européen associé « Délinquances, politiques de sécurité et de prévention ; recherches comparatives franco-allemandes » dirigé par Fabien Jobard et Axel Groenemeyer. Sur le système carcéral, les recherches sont rares : Fabien Jobard a travaillé sur la réunification carcérale (Jobard, 2002), Emily Trombik propose une thèse sur le vécu carcéral des détenus allemands en France et français en Allemagne (Trombik, 2010). Mais c'est la thèse de Grégory Salle (Salle, 2009) qui se rapproche le plus, pour la question carcérale, du programme d'histoire croisée, puisqu'il analyse de façon généalogique dans les deux sociétés l'articulation entre la prison et l'État de droit.

³³ Travaillant principalement sur des archives dans le cadre d'une thèse analysant l'articulation de la prison et de l'État de droit en France et en Allemagne, Grégory Salle choisit de braquer le projecteur sur certains événements ou périodes spécifiques : la contestation de la prison en France au début des années 1970 ; la fabrique de la loi pénitentiaire allemande de 1977 ; la spectaculaire décade des effectifs carcéraux en Allemagne dans les années 1980 ; la managérialisation des prisons françaises à la même période, etc. Il s'agit donc de porter son attention sur certains moments saillants qui permettent d'éclairer les évolutions contradictoires de cette figure de « l'État de droit ».

³⁴ Si les travaux qualitatifs sont nombreux sur le quotidien carcéral en France, ils sont rarissimes en Allemagne : quelques enquêtes journalistiques de qualité mises à part (voir Schlieter, 2011), les travaux sociologiques analysent plutôt des données statistiques globales – durées, taux d'incarcération, nombre de mesures alternatives prononcées, etc. qui en disent cependant peu sur le fonctionnement concret des établissements pénitentiaires.

beaucoup d'éléments sont transversaux : en France comme en Allemagne, il est question de délimiter des territoires professionnels, de faire circuler des personnes, de justifier des pratiques, de résoudre des dilemmes moraux, et les arguments avancés sont souvent similaires. Par ailleurs, d'autres principes de classement du réel semblent opératoires : ainsi, les différences observées entre les établissements pour hommes et pour femmes semblent parfois plus prégnantes que les différences observées entre prisons françaises et prisons allemandes.

Comme l'ont montré les deux premières sections de ce chapitre, l'ethnographe chemine sur son terrain et n'est que partiellement maître des conditions de réalisation de son enquête. Cette méthode itérative a donc pour conséquence le fait que les terrains réalisés en France et en Allemagne sont dissymétriques. L'ethnographe ne raisonne jamais « toutes choses égales par ailleurs » mais doit au contraire être attentif aux spécificités locales de ses terrains et aux conditions de réalisation de l'enquête.

Pour corriger, au moins partiellement, cette dissymétrie, des allers-retours entre Tourion et Grünstadt ont été organisés. J'ai complété les terrains prévus en France par des observations aux côtés d'une psychologue impliquée dans le traitement pénitentiaire (voir chapitre 6), j'ai renégocié un terrain dans le service psychiatrique de Grünstadt pour avoir des données comparables à celles recueillies en entretien à Tourion, puis j'ai réalisé quelques observations dans l'unité psychiatrique de Tourion pour pouvoir mettre les observations allemandes en perspective (voir chapitre 5). Ces allers-retours m'ont permis de compléter mes données, mais également de laisser fermenter chacune des périodes d'observation et de repérer quelques différences substantielles entre les réalités française et allemande, qui me permettront de proposer non pas une modélisation de la prise en charge des troubles mentaux en France et en Allemagne, mais plutôt de décrire le cadre institutionnel dans lequel les professionnel-le-s sont amenés à exercer de part et d'autre du Rhin en proposant quelques hypothèses socio-historiques pour éclairer ces « styles nationaux » (Hassenteufel, 2005) spécifiques.

c) Tendre un bout de miroir

Si la comparaison ne joue pas le rôle d'un « miroir magique » (Schultheis, 1989) dans lequel chaque société pourrait chercher sa vérité profonde, elle peut cependant être utilisée stratégiquement pour amener les enquêtés à se positionner par contraste : ainsi, j'ai à trois reprises présenté, devant les professionnel-le-s des services psychiatriques, les modalités de prise en charge des troubles mentaux dans l'un et l'autre pays. Ces présentations croisées et les réactions parfois vives qu'elles ont suscitées m'ont permis de confirmer certaines de mes hypothèses, concernant tout particulièrement le positionnement des équipes psychiatriques en milieu carcéral (voir chapitre 5). Dans de nombreuses circonstances, la comparaison peut donc amener les enquêtés à expliciter plus clairement leur propos, en contraste avec la situation allemande ou française, les impliquant ainsi dans une « comparaison participante » (Kehr, 2012). Elle est donc une « tactique relationnelle »

efficace, qui permet de plus parfois de justifier des questions maladroites et de jouer le naïf (« *playing dumb* » - Becker cité par Bizeul, 1998, p.773) : ainsi, lorsque je demande aux infirmier·e·s du service psychiatrique français s'ils ont l'impression d'avoir une double casquette de soignant et de surveillant, je précise immédiatement que leurs collègues allemands sont également surveillants ; ou encore lorsque je demande à un psychiatre français pourquoi il ne veut pas faire d'expertises psychiatriques dans le cadre des procès, je précise que les psychiatres allemands en font pour leur part. Ou enfin, dans un autre contexte, lorsque je questionne une psychologue et une travailleuse sociale de la prison pour femmes de Grünstadt sur le placement d'une jeune femme en cellule particulièrement sécurisée (*Besonders Gesicherter Haftraum*), je laisse entendre que la mesure serait disciplinaire (car le BGH ressemble fort au quartier disciplinaire français) et comprend à leur réaction offusquée (« le BGH est avant tout une mesure de protection »), l'importance du malaise soulevé par l'utilisation de cette contrainte dans la prison pour femmes.

Si la comparaison présente surtout des risques et des difficultés, elle est cependant également un outil heuristique pour l'approche ethnographique : elle amène le chercheur·euse à réviser, chemin faisant, le cours et donc l'objet de son enquête. Les allers-retours entre la France et l'Allemagne m'ont ainsi permis d'abandonner une problématique inspirée par la situation française au profit d'un questionnement sociologique autour des relations entre le monde psy et l'univers carcéral.

3. Les imperfections heuristiques de la comparaison

La comparaison envisagée entre la France et l'Allemagne autour de la prise en charge des troubles mentaux en milieu carcéral est rapidement remise en question par le terrain réalisé dans la prison de Grünstadt. Persistant un temps dans mon projet initial avant d'en réaliser le « biais accommodateur », je prends conscience que les observations effectuées en Allemagne me permettent d'éclairer les tensions observées en France entre services psychiatriques et administration pénitentiaire : derrière le problème sanitaire posé par les « troubles mentaux » se joue une reconfiguration du sens même de la peine, à laquelle le « monde psy » est invité à participer.

a) **La prison comme lieu de soin par défaut ?**

À Tourion, mon projet de recherche cadre parfaitement avec les attentes et les représentations du directeur de la prison, qui me reçoit quelques semaines avant le début de mon terrain en mars 2011. Il est content que ce problème délicat fasse enfin l'objet d'une recherche qualitative, il a notamment hâte de comprendre, à partir de mon travail, la raison pour laquelle les services psychiatriques « se montrent si peu coopératifs » pour aider l'administration pénitentiaire à gérer « un problème préoccupant qui ne relève pas de ses missions ». À Tourion, le sentiment est donc partagé qu'un certain nombre de personnes ne sont pas à leur place en prison. Dans son discours, le directeur accrédite l'hypothèse d'une pénalisation de la folie, c'est-à-dire d'une tendance

actuelle de la psychiatrie publique à laisser sur la touche les malades les plus marginaux, et de la justice à punir les personnes présentant des troubles mentaux graves pour les infractions qu'elles ont commises. Ces troubles sont une source d'embarras qui semble questionner les limites de l'institution carcérale : est-ce bien la mission des agents pénitentiaires de prendre en charge des personnes qui semblent plutôt relever du soin psychiatrique ? Ces troubles semblent également au cœur d'une division du travail que le directeur de la prison de Tourion me décrit comme conflictuelle : il espère que mon enquête permettra d'éclairer les raisons de ce conflit avec un service psychiatrique peu enclin selon lui à coopérer avec l'administration pénitentiaire. En somme, les terrains réalisés à Tourion posent la question d'une transformation inexorable de la prison en lieu d'accueil de ceux qui ne trouvent plus au dehors, en raison de leurs troubles mentaux et de leur précarité sociale, de point d'appui. Il s'agit de comprendre comment ces individus, qui n'entrent pas tout à fait dans les cases de l'institution, y sont accueillis, comment ils sont repérés et soignés par les professionnel-le-s en santé mentale présents dans les établissements.

Ma surprise est donc grande lorsque, invitée à présenter mon projet de recherche aux directeurs-trices de l'établissement pénitentiaire de Grünstadt, je découvre que le discours d'une augmentation des troubles mentaux en prison leur est étranger :

Après m'avoir écoutée présenter mon projet de recherche, les sous-directeurs-trices de la prison pour hommes de Grünstadt marquent un blanc. L'un d'entre eux prend la parole pour m'expliquer qu'il n'y a pas de malades mentaux dans les prisons allemandes : les délinquants malades (*psychisch-krankte Straftäter*) sont théoriquement placés dans un hôpital psycho-légal (*Maßregelvollzug*), la deuxième voie du système pénal allemand. Je suis bien au courant de l'existence de cette institution que j'avais assimilée hâtivement aux unités françaises pour malades difficiles, qui accueillent également des personnes jugées irresponsables. Mais j'insiste, en expliquant que je m'intéresse, pour ma part, à la façon dont la prison s'organise, de son côté, pour faire face aux troubles mentaux (*psychische Auffälligkeiten*). Il me demande : « Mais qu'entendez-vous par détenus présentant des troubles mentaux ? ». Soudain mal à l'aise de réaliser que mon objet, évident pour un observateur français, ne trouve pas d'écho chez ces interlocuteurs, je botte en touche et explique que je n'ai pas de définition *a priori*, que j'entends justement observer la façon dont l'institution produit des catégories, définit des groupes d'individus et organise une prise en charge psychiatrique. Visiblement gênés, les directeurs-trices échangent quelques paroles et me proposent finalement de réaliser mon terrain dans les deux bâtiments de la prison consacrés aux « longues peines », c'est-à-dire auprès de ceux, m'explique le directeur, qui « présentent le plus de troubles mentaux ». Il est également convenu que je rencontrerai les différents psychologues intervenant dans l'établissement, au sein de l'unité d'orientation, du service d'expertise et de l'unité socio-thérapeutique.

Journal de terrain, 7 septembre 2010

Dès la négociation de mon entrée sur le terrain allemand³⁵, je réalise d'une part que le problème social des troubles mentaux en prison est, sinon inexistant, au moins invisible³⁶ au regard des acteurs du champ carcéral allemand qui invoquent pour cela, l'existence d'une institution de deuxième voie, l'hôpital psycho-légal. Déstabilisée par cet échange, je décide tout de même de

³⁵ La situation est différente dans la prison pour femmes de Grünstadt, qui accueille avec intérêt une recherche sur la question de la prise en charge sanitaire des troubles mentaux, problème majeur selon le directeur de l'établissement. Cette question sera précisée dans le chapitre 4.

³⁶ En réalité, les prisons allemandes n'échappent pas tout à fait à ce problème sanitaire, mais il semble que le dispositif institutionnel invisibilise ce problème comme on le montrera dans le chapitre 2.

réaliser ce terrain dans la prison de Grünstadt, négocié depuis de longs mois avec le ministère régional de la Justice.

b) À la recherche d'un problème inexistant ?

Pendant ces deux mois, j'observe le travail de différents chef-fe-s de groupe, je réalise des entretiens avec plusieurs psychologues à différents postes, j'assiste à des commissions d'exécution des peines (*Vollzugsplankonferenz*). De retour en Allemagne en 2012, je passe deux semaines dans le service psychiatrique de l'hôpital pénitentiaire, je réalise des entretiens auprès du ministère régional de la Justice. Or je découvre lors de ces observations un bon nombre de personnes détenues présentant parfois des symptômes psychiatriques très graves. Il est question de schizophrénies, de troubles délirants, de troubles de l'humeur, de dépressions graves. La longue file active du service psychiatrique, qui provient exclusivement des établissements pénitentiaires pour hommes de la ville, est constituée de patients présentant un double diagnostic (*Doppeldiagnose*), c'est-à-dire une schizophrénie doublée d'une addiction à des substances psycho-actives. Bref, je rencontre dans ces coursives et ces couloirs des hommes malades. Et pourtant, ces situations ne soulèvent pas d'indignation ou d'embarras auprès de mes enquêtés.

Au contraire, ces derniers ne cessent de me rappeler qu'il n'y a théoriquement pas de malades mentaux en prison, et m'orientent, pour leur part, vers un autre sujet, celui de la prise en charge des auteurs des crimes les plus graves. Ainsi les chef-fe-s de groupe me confient les dossiers pénaux des personnes qu'ils suivent ou engagent avec moi des discussions sur le passé criminel de ces personnes. Je passe donc plusieurs heures, soit dans mon bureau, soit dans le leur, à lire le détail d'affaires criminelles ainsi que les différentes expertises psychologiques ou psychiatriques incluses dans les dossiers. Ces textes parfois aussi sordides que captivants, me laissent perplexe. En effet, ces dossiers ne cadrent pas du tout avec ce que j'avais anticipé en préparant mon terrain. Je pensais qu'il y serait question de souffrance, de maladies psychiatriques, mais pas de crimes ou de délits, pas de profils psychologiques de meurtriers ou de violeurs. Et je suis déçue quand on engage avec moi la discussion sur la façon dont les troubles psychiques (tant mentaux que de la personnalité) ont pu expliquer les actes délictueux ou criminels commis. En somme j'avais construit mon sujet de thèse en suivant les lignes du débat français : je voulais étudier le scandale du maintien en détention de personnes en souffrance mentale – et je pensais naïvement que ce scandale se posait dans les mêmes termes en Allemagne.

J'ai poursuivi mon terrain dans la prison pour hommes de Grünstadt en continuant de récolter les éléments qu'on me donnait à voir, avec cependant le sentiment persistant d'être tombée dans un biais « accommodateur » : puisque la question des troubles mentaux en milieu carcéral était de toute évidence un problème sanitaire en France, j'étais partie du principe qu'elle en constituait également un pour les prisons allemandes. Dans la prison de Grünstadt, il me semblait tout à coup que le travail ethnographique aurait dû m'amener à inclure l'internement psycho-légal dans le

champ de mon étude puisque c'est dans cette institution qu'étaient enfermées les personnes condamnées présentant des troubles psychiatriques. S'il paraissait dès lors pertinent de focaliser mon attention sur la prison en France, je réalisais qu'il aurait été plus intéressant d'appréhender ensemble prison et hôpital psycho-légal, c'est-à-dire les deux mesures d'enfermement pénales allemandes. Je me disais que j'aurais dû suivre les contours institutionnels propres aux réalités françaises et allemandes au lieu de forcer une symétrie artificielle.

Une enquête ethnographique complémentaire serait certainement utile pour éclairer la réalité peu documentée de cette institution particulière que constitue l'hôpital psycho-légal³⁷. Les choix opérés dans le cadre de cette recherche sont cependant doublement féconds. En effet, ils m'invitent à prendre en considération l'héritage institutionnel des deux pays (voir chapitre 2), pour comprendre que les prisons françaises sont amenées, depuis une vingtaine d'années, à remplir la fonction d'internement psycho-légal remplie en Allemagne par ces hôpitaux spéciaux. D'autre part, le terrain réalisé à Grünstadt m'a amenée à réfléchir à l'enjeu majeur que dissimule une formulation strictement sanitaire du problème des troubles mentaux en prison en France : celui de la transformation du traitement pénal lui-même, qui place les troubles mentaux au cœur d'une intervention de type criminologique, c'est-à-dire en relation avec les infractions commises.

c) Traitement pénal : les « psy » au service de la peine ?

À Grünstadt, il est en effet question de « troubles mentaux » (psychische Auffälligkeiten). Ceux-ci sont cependant appréhendés sous un angle psycho-criminologique. Pour observer la gestion des « troubles mentaux », les directeurs-trices m'orientent d'ailleurs vers les bâtiments « longues peines », réalisant ainsi une équivalence entre crime grave et trouble mental. Rétrospectivement, je comprends que si mes interlocuteurs m'ont placée dans un rôle de criminologue dans la prison pour hommes de Grünstadt, c'est pour une raison sociologique évidente : ce sont ces éléments criminologiques qui leur paraissaient répondre le mieux à mes attentes. Il ne s'agit donc pas d'un malentendu, mais plutôt d'un révélateur de la façon dont ils appréhendent prioritairement la question que je leur pose autour des « troubles mentaux ». Dans leur perspective, les « troubles mentaux » sont un des éléments essentiels pour expliquer le passage à l'acte délictueux ou criminel – et c'est d'ailleurs pour cela qu'ils m'orientent plutôt dans les bâtiments enfermant des personnes condamnées (et non prévenues) à des peines relativement longues. Mon terrain m'amène donc à réfléchir à la construction de ce regard et de cet accompagnement psycho-criminologique autour des personnes détenues, et à identifier le rôle central joué par les psychologues présents dans l'établissement, que je rencontre en entretien pendant toute la durée de ce terrain. Je réalise que les

³⁷ Enquête envisagée mais impossible dans le temps limité de cette thèse : l'internement psycho-légal est en effet géré par une autre administration (le ministère régional de la santé), et aurait dès lors supposé la négociation d'un terrain avec de nouveaux acteurs. Par ailleurs, ce terrain aurait suscité de nouvelles questions sur la prise en charge des auteurs d'infraction déclarés irresponsables et hospitalisés en France. Cette thèse constitue donc éventuellement la première étape d'un travail plus large autour du traitement des personnes identifiées comme présentant des troubles mentaux et ayant commis des délits ou des crimes (voir conclusion générale).

« psy » ne sont pas nécessairement inscrits dans la division du travail en tant que soignants, et que la frontière entre les missions relevant du « soin » et de la « peine » peut être bien plus brouillée que ne le suggérait *a priori* le cas français.

Nourrie de ces observations lorsque je réalise les terrains dans la prison de Tourion, je remarque le soin particulier que les équipes psychiatriques portent à ne pas être assimilées à l'institution carcérale et à protéger leur mandat professionnel des administrations pénitentiaire et judiciaire, perçues comme hostiles. Je découvre l'ampleur d'un « conflit de juridiction » autour de la place des « psy » en prison que je ne supposais pas (voir chapitre 3). Or ce conflit porte justement sur les missions des équipes psychiatriques, qui refusent de jouer un rôle d'évaluation et d'accompagnement de la peine. Le détour par l'Allemagne me permet d'éclairer ce conflit à la lumière de la réforme de l'institution carcérale : les équipes psychiatriques sont invitées à participer à une réforme qui dépasse largement la définition médicale qu'ils donnent à leur mission.

En somme, le détour par la prison de Grünstadt m'invite à déplacer la focale : partie avec une définition médicale des troubles mentaux, je réalise que ces troubles sont au contraire l'objet de conflits d'interprétation et qu'il faut également prendre en considération des représentations profanes, non médicales. Ainsi, travailler sur la gestion des troubles mentaux en prison, ne veut pas dire travailler seulement sur les pathologies psychiatriques « classiques » (schizophrénie, dépression) mais aussi sur des troubles du comportement et de la personnalité, qui vont venir justifier des formes de traitement entre soin et peine : soin psychiatrique, soutien psychothérapeutique, ou encore accompagnement psycho-criminologique mis en œuvre selon des logiques professionnelles concurrentes et parfois irréconciliables. Ma thèse identifie en définitive une tendance contemporaine en France comme en Allemagne à vouloir faire correspondre de façon de plus en plus ajustée le temps de la peine avec un temps de traitement. Mais elle montre que loin de pouvoir résumer cela par une « psychologisation » ou une « psychiatrisation » univoque, uniforme, unilinéaire, on observe que cette tendance prend des formes variables, concurrentes, en tension dans les prisons françaises et allemandes.

*

Ce chapitre méthodologique avait pour première ambition de raconter précisément les conditions de réalisation des terrains ethnographiques dans les prisons de Grünstadt et de Tourion. Il s'agissait de rendre compte du contenu de ces deux cents journées passées à observer la vie et le fonctionnement de ces établissements pénitentiaires dans leur écologie locale, pour saisir par le bas la réalité des pratiques professionnelles au sein de ces institutions. Le matériau recueilli est à la fois riche et varié : il est fait de réunions institutionnelles, d'entretiens formels et informels, de l'observation d'espaces divers mettant en scène des professionnel-le-s différents. Cette diversité produit à première vue un effet kaléidoscopique, un effet que connaissent bien les ethnographes qui s'interrogent, sur leur terrain, sur la cohérence de ce matériau disparate.

Mais ce compte-rendu permet justement de regarder ces terrains avec un « regard d'après-coup », qui seul peut « établir qu'a existé une ligne de conduite définie et rectiligne » (Bizeul, 1998, p.780), malgré l'impression de confusion produite par la confrontation au réel. Dans cette thèse, la « ligne de conduite » a été de porter mon regard sur les liens qui se nouent entre le « monde psy » et l'univers carcéral, en observant à la fois les espaces dans lesquels ces liens s'institutionnalisent, les échanges et interactions au travers desquelles ceux-ci s'expriment, et la façon dont ces professionnel-le-s en santé mentale influent sur les modalités de traitement des personnes détenues. Dans quelle mesure la prison se transforme-t-elle en lieu de soin ? En infirmerie du crime ? Ce sont ces questions qui guideront l'analyse présentée dans les chapitres suivants.

Avant d'analyser le matériau ethnographique recueilli au cours de ces terrains, il est cependant nécessaire de replacer ces terrains réalisés au cours des années 2010-2014 dans une perspective diachronique. Les institutions que j'observe plongent en effet leurs racines dans une histoire bicentenaire au cours de laquelle les relations entre psychiatrie et prison ont beaucoup évolué.

CHAPITRE 2 : REGARD SOCIO-HISTORIQUE SUR LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS FRANÇAIS ET ALLEMAND

En avril 2011, je me rends au ministère de la Santé pour un entretien avec une haut-fonctionnaire de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS). Je souhaite réaliser auprès d'elle un entretien de cadrage sur les évolutions institutionnelles récentes autour de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Nous discutons longuement de la genèse des unités psychiatriques pénitentiaires (ou unités hospitalières spécialement aménagées, UHSA) et de l'expérience de celle de Lyon, qui a ouvert en mai 2010. Ces unités constituent selon mon interlocutrice une réponse technique visant à améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes détenues et à parvenir à une « équivalence avec les soins en milieu libre ». Je pose une question sur la tendance contemporaine à créer des « institutions sécurisées » à la croisée de la prison et de la psychiatrie. J'illustre mon propos par la création récente du centre médico-socio-judiciaire de sûreté (CMSJS) qui vient d'ouvrir à Fresnes et qui institutionnalise en France la « rétention de sûreté », une mesure d'internement créée en 2008 et destinée à des personnes détenues ayant exécuté leur peine mais présentant un « risque élevé de récidive » en raison d'un trouble grave de la personnalité. Ce parallèle ne lui convient pas et elle réagit vertement à ma question : « la rétention de sûreté, ça n'a rien à voir ! Ça n'est pas un établissement de santé ! » Alors que je suggère que psychiatres et psychologues sont bien sollicités, tant pour évaluer les risques de récidive que pour participer au traitement des personnes placées dans cette structure, elle m'interrompt : « vous mélangez tout, je ne comprends pas le sens de votre question. Nous on ne fait pas de politique ici, on s'occupe de l'organisation des soins. La rétention de sûreté, ça n'est pas de notre ressort, nous on a travaillé en étroite collaboration avec la direction de l'administration pénitentiaire pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques en prison et ça donne les UHSA. Pour le reste, il faut aller vous renseigner ailleurs ». L'entretien se termine dans une ambiance très tendue. J'en ressors intriguée : si les UHSA et la rétention (*médico-socio-judiciaire*) de sûreté procèdent de logiques différentes, elles sont cependant créées à la même période et posent à mon sens des questions similaires autour de l'articulation entre le soin et la peine : toutes deux convoquent la psychiatrie pour intervenir auprès de personnes placées sous main de justice. La résistance de mon interlocutrice s'explique sans doute par son devoir de réserve : elle me reçoit en tant que haut-fonctionnaire dans son bureau et n'exprime donc pas d'opinion politique personnelle sur les transformations en cours. Elle tient aussi à la division des tâches au niveau ministériel : la DGOS ne s'occupe que des institutions qualifiées d'établissements de santé. Mais elle témoigne enfin d'un souci de distinction morale entre le « soin » et la « pénalité » dont je ne comprends pas l'origine.

Journal de terrain, avril 2011

Au début des années 2000, députés et sénateurs français s'offusquent de voir les établissements pénitentiaires se transformer en « prisons-asiles » du fait de l'augmentation du nombre de détenu-e-s présentant des troubles mentaux. La présence de malades en prison appelle de toute urgence d'ambitieuses réformes pour remédier à cette situation indigne. Près de quinze ans

plus tard, neuf établissements pénitentiaires français sont dotés d'UHSA¹ (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées), unités psychiatriques placées dans l'enceinte carcérale sous surveillance périphérique de l'administration pénitentiaire. Ces unités constituent une réponse hautement paradoxale au problème de l'augmentation des troubles mentaux en prison : elles entérinent l'idée que la prison peut devenir un lieu de soin pour des personnes présentant des troubles psychiatriques graves. Ce chapitre entend élucider ce paradoxe en se penchant sur la genèse de ces unités hybrides, à la croisée de la prison et de l'hôpital psychiatrique, de la peine et du soin. L'idée d'unités psychiatriques dédiées aux personnes détenues est loin d'être nouvelle, elle remonte au XIX^{ème} siècle et oblige ainsi à considérer le temps long des relations entre prison et psychiatrie en France. Nous explorerons ce temps long en présentant, en miroir, la situation allemande, qui présente, malgré des différences institutionnelles manifestes, des logiques sociales similaires. Ce chapitre montrera ainsi que si les cadres institutionnels et les contours des publics visés évoluent au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, les deux pays mettent en place un dispositif visant à défendre la société contre les individus à la croisée du soin et de la folie, qui sont perçus comme une menace à l'ordre social, tout en légitimant le traitement auquel ceux-ci sont soumis.

Cette réflexion diachronique se nourrit de la littérature secondaire et des quelques travaux historiques ou socio-historiques autour des évolutions croisées de la psychiatrie et de la prison. Elle s'appuie également, pour la période plus récente, sur des entretiens réalisés à Paris, Tourion et Grünstadt avec des acteurs clefs de ces transformations et sur un corpus de textes juridiques et de rapports officiels. En éclairant l'histoire des relations entre psychiatrie et prison, ce chapitre entend resituer les observations réalisées dans les prisons de Tourion et de Grünstadt dans un temps plus long, afin de présenter l'état du dispositif de prise en charge français et allemand des personnes ayant commis un acte délictueux et présentant des troubles mentaux. S'il ne résulte pas d'un travail historique qui s'appuierait sur des sources originales, ce chapitre s'inspire cependant des apports méthodologiques de l'histoire croisée (Werner, Zimmermann, dir, 2004) : il s'agit en effet d'opérer des allers-retours entre l'histoire française et allemande pour mieux mettre en lumière les différences institutionnelles observées dans les prisons de Tourion et de Grünstadt. Pensé pour éclairer la période contemporaine, ce chapitre explore donc plus l'historicité que l'histoire des relations entre prison et psychiatrie : il s'agit en effet, pour comprendre le présent, d'explorer « les rapports qu'entretiennent les pratiques avec le temps historique » (Laborier, Trom, 2003, p.12). Ce temps historique sera présenté en trois grandes périodes qui permettront de comprendre les différences institutionnelles observées à l'heure actuelle en France et en Allemagne.

Une première section visera à éclairer les raisons pour lesquelles l'Allemagne est aujourd'hui dotée d'une institution d'internement psycho-légal, c'est-à-dire d'hôpitaux spécialement destinés aux auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, alors que la France n'en dispose pas. Pour ce faire, cette section reviendra sur la dichotomie entre « asile » et « prison » présentée comme fondatrice des relations entre ces deux institutions au XIX^{ème} siècle. Nous verrons que cette

¹ Arrêté du 20 juillet 2010. Les UHSA sont situées à Bron (Lyon), Toulouse, Nancy, Villejuif, Fleury, Rennes, Seclin (Lille), Marseille et Cadillac. Une seconde tranche est prévue pour amener à 17 le nombre d'unités et à 705 le nombre de places d'hospitalisation.

dichotomie n'a cessé d'être tirillée depuis ses origines par des réflexions sur les ajustements institutionnels nécessaires pour adapter le système institutionnel à un problème chronique : la présence d'individus à la croisée de la « folie » et du « crime ». Cette réflexion, alimentée par les courants philanthropiques et par les aliénistes, s'inspire dès le début du XIX^{ème} siècle des travaux de phrénologues puis d'anthropologues criminels autour de la « folie criminelle ». En Allemagne comme dans d'autres pays européens, ces travaux débouchent sur la création d'une institution originale cristallisant les théories de la « défense sociale », l'internement psycho-légal, destiné aux « criminels d'habitude dangereux », pensés comme une population d'entre deux, à la fois « malade » et « criminelle ». Si des projets similaires ne voient pas le jour en France, les théories de la défense sociale irriguent cependant le dispositif pénal français dès le début du vingtième siècle.

Deuxième période, celle de l'après-Guerre, au cours de laquelle prison et psychiatrie sont au cœur de la critique politique et militante. Néanmoins, cette critique n'a pas les mêmes conséquences sur les dispositifs institutionnels français et allemands et tout particulièrement sur la place que les psychiatres et psychologues sont amenés à y jouer. Nous centrerons donc cette seconde section sur l'entrée, en prison, de professionnels en santé mentale. Ponctuelle et largement expérimentale avant la Seconde Guerre mondiale, la présence de psychiatres se pérennise dans les prisons françaises dans la seconde moitié du vingtième siècle, avec la création de services psychiatriques rattachés aux « secteurs de psychiatrie » naissant hors des prisons. En Allemagne, alors que l'internement psycho-légal semble presque devenu caduque, ce sont des psychologues qui investissent l'univers pénitentiaire, avec la volonté de participer à sa réforme. Ils contribuent ainsi à l'élaboration des principes de la « prison à visée de traitement » (*Behandlungsvollzug*) mais également à la création d'unités emblématiques de ce projet carcéral : les unités socio-thérapeutiques (*Sozialtherapeutische Anstalten*). Les années 1970 cristallisent ainsi des relations entre professionnels en santé mentale et univers carcéral que l'observateur contemporain retrouve dans les établissements pénitentiaires actuels (voir chapitre 3 et 4).

Une troisième section se penchera sur les années 1990 et 2000, qui signent, en France comme en Allemagne l'avènement d'une logique de « gestion des risques » marquée par une préoccupation sociale pour le traitement des personnes considérées comme « dangereuses » : certains malades mentaux dont on redoute la violence, mais aussi certains criminels (pédophiles, violeurs) dont on redoute la récidive. Entre pénalisation des malades mentaux les plus violents et pathologisation des crimes les plus graves, à commencer par les violences sexuelles, les lignes se brouillent et l'évolution des dispositifs institutionnels français et allemands cristallisent l'ambiguïté entourant le traitement de ces individus à la croisée du trouble mental et de la déviance. Explorer la réalité allemande nous permettra de penser en miroir la situation française et de résoudre le paradoxe soulevé au début de l'introduction : améliorant l'accès aux soins des personnes détenues, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées contribuent, dans le même temps, à légitimer l'incarcération des plus malades, et accompagnent, ainsi, la transformation progressive de la prison française en institution de défense sociale.

I. 1800-1950 : ENTRE ASILE ET PRISON : LA RECHERCHE D'UNE TROISIÈME VOIE

Le XIX^{ème} siècle voit la cristallisation d'institutions modernes toujours présentes dans notre paysage contemporain : l'hôpital psychiatrique et la prison. Si la frontière entre ces deux institutions fait l'objet d'une définition précise au début du siècle, elle est cependant sans cesse remise en question pour son caractère poreux et redéfinie au profit d'un découpage institutionnel alternatif. En Allemagne, cette obsession réformatrice se traduit au début du vingtième siècle par la création d'une nouvelle institution, l'hôpital psycho-légal. En revanche, la dichotomie entre prison et asile survit à sa remise en cause en France. Si la tentation existe, en France, de créer une institution similaire, celle-ci ne voit cependant jamais le jour, même si les théories de la défense sociale contribuent à irriguer le système pénal français. Cette section s'appuie sur une synthèse des travaux historiques français et allemands autour des relations entre prison et psychiatrie, qui reflètent les préoccupations sociales et politiques de chacun des pays. Les travaux français remontent généralement au début du XIX^{ème} siècle et à la cristallisation des relations entre prison moderne et asile, pour mieux éclairer le principe de séparation de ces deux institutions, un principe régulièrement débattu mais jamais fondamentalement remis en cause. Les travaux historiques allemands se penchent pour leur part sur la fin du XIX^{ème} siècle pour retracer la genèse d'une institution à mi-chemin entre la prison et l'asile, l'hôpital psycho-légal.

1. France : les tiraillements d'un système institutionnel dichotomique

Le début du XIX^{ème} siècle constitue une période paradoxale en France : à cette époque se stabilise un système institutionnel dichotomique qui fonctionne autour du pivot de la responsabilité pénale : responsable de ses actes, le criminel sera puni d'un enfermement carcéral ; irresponsable, l'aliéné sera pris en charge par l'asile. Alors que ces deux institutions s'installent dans le paysage français, matérialisant la distinction entre « crime » et « folie », un ensemble de savoirs autour de la folie criminelle se constitue qui remettent en question ce principe fondamental du droit pénal et les institutions auxquelles il a donné naissance.

a) Punir les criminels en prison, soigner les aliénés à l'asile

La fin de la période révolutionnaire marque la constitution de la prison moderne (Petit, 2002) et de l'asile : si ces deux institutions ont une histoire parallèle (Renneville, 2004), celle-ci commence par le partage des populations que chacune doit prendre en charge. En 1810, le nouveau code pénal napoléonien formalise un principe déjà présent dans le code pénal de 1791 et dans l'ancien droit (Protais, 2011) : le principe de l'irresponsabilité pénale. L'article 64 précise ainsi : « il

n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». Principe cardinal notamment défendu par celui que l'histoire de la psychiatrie présente souvent comme le père de la médecine mentale, Philippe Pinel² l'article 64, qui restera en vigueur jusqu'en 1992, constitue l'un des actes fondateurs de la psychiatrie moderne. Il participe en effet à délimiter la population prise en charge par cette discipline en pleine ascension : si les criminels relèvent de la punition et donc de la prison, les aliénés ayant commis des délits ou des crimes doivent eux être traités à l'asile par les aliénistes. Définissant une limite entre responsabilité et irresponsabilité, l'article 64 s'inscrit dans la filiation du grand partage entre « raison » et « déraison », qui constitue selon Michel Foucault le fondement de la psychiatrie moderne. (Foucault, 1994 [1976]).

À la même période en effet, le système asilaire prend racine dans le paysage institutionnel français : à partir de 1838³, chaque département doit se doter d'un établissement d'aliénés mais surtout la loi encadre les conditions de l'enfermement médico-administratif en précisant les modalités des placements volontaires (à la demande d'un tiers) et des placements sur demande de l'autorité publique. Ces procédures témoignent d'une volonté de protection de la société – il s'agit d'enfermer, pour une durée indéterminée, des personnes qui présentent un danger imminent pour la société. On peut, avec *l'Histoire de la Folie à l'âge classique* (Foucault, 1988 [1972]) ou avec *l'Ordre psychiatrique* (Castel, 1976) considérer la création de l'asile comme la suite d'un processus d'exclusion des fous et de fixation des populations marginales qui aurait pris naissance au cours du dix-septième siècle et aurait trouvé une certaine légitimité dans la formalisation d'un nouveau savoir médico-psychiatrique. Cette lecture critique de la naissance de la psychiatrie a été commentée et nuancée par les travaux de nombreux historiens. Parmi eux, Gladys Swain et Marcel Gauchet ont mis en évidence la volonté des aliénistes de comprendre la folie et redonner une certaine humanité aux fous : la constitution de techniques de « traitement moral » devrait ainsi être également lue comme une tentative d'entrer en « dialogue avec l'insensé », tentative rapidement confrontée à l'encombrement asilaire et à ses propres limites (Swain, Gauchet, 1994). Jan Goldstein s'est quant à elle penchée sur les processus de professionnalisation de cette discipline aliéniste qui, trouvant racine dans des pratiques catholiques traditionnelles, est parvenue à faire triompher une lecture scientifique de la maladie mentale par la classification (Goldstein, 1997). Les procédures instituées en 1838 manifestent donc aussi la volonté d'encadrer des pratiques existant de longue date (voir Castel, 1976), et de leur donner une légitimité thérapeutique. C'est en effet aussi pour protéger et soigner l'aliéné qu'il est enfermé à l'asile. Il s'agit, comme le rappelle l'article 24 de la loi de 1838, en écho à l'article 64 du Code Pénal, de s'assurer que « dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison ».

² Tant pour le geste – mythifié plus qu'avéré historiquement - de libération des fous que pour la publication de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* en 1801, qui lui vaut rapidement une renommée importante. (Goldstein, 1997)

³ Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838. La genèse de cette loi et la création des asiles départementaux sont étudiées dans le détail par Robert Castel (1976).

Au moment du jugement, les aliénés sont donc théoriquement renvoyés vers l'asile. En pratique, l'exercice du droit de punir et l'évolution des concepts et des savoirs censés fonder l'examen moral du justiciable et légitimer la répartition entre prison et asile produisent des hésitations permanentes (Guignard, 2010). Ces hésitations témoignent que le régime dichotomique est, dès ses origines, soumis à la critique. En effet, les observateurs de l'époque font état d'une présence importante de fous en prison. Jean-Louis Senon⁴ liste ainsi les nombreux rapports⁵, qui, à partir de la moitié du XIX^e siècle, signalent ce problème dans le cadre de réflexions plus larges sur la réforme de l'institution pénitentiaire : à l'époque déjà, la présence de fous en prison pose la question de la « folie pénitentiaire ». Dans quelle mesure les conditions d'incarcération ne contribuent-elles pas à rendre fous les détenus ? Et surtout, que faire de ces détenus malades ? Plusieurs options sont envisagées au cours du siècle pour les repérer mais surtout pour corriger un aiguillage qu'on estime défaillant : une première rédaction de l'article 64 prévoit ainsi de suspendre la peine le temps que dure l'état de démence (Guignard, 2010), tandis qu'est discuté et pratiqué de façon exceptionnelle le transfert des détenus les plus agités vers l'asile. Enfin, la question se pose de créer des annexes psychiatriques pour examiner de façon systématique l'état mental des personnes incarcérées (elles seront expérimentées au début du vingtième siècle) et des quartiers spéciaux pour accueillir ces détenus. Dès 1844, soit six ans seulement après la création de l'asile psychiatrique, Baillarger rédige une note sur les causes de la folie chez les prisonniers. Les malades mentaux continuent d'affluer en prison (Senon et Manzanera, 2004) et rendent nécessaire la création d'un « établissement pour les aliénés vagabonds et criminels » (Brierre de Boismont, cité par Renneville, 2004). Quelques décennies plus tard, la maison centrale de Gaillon dans l'Eure ouvre en 1876 un « quartier de condamnés aliénés et épileptiques », qui ferme cependant en 1906. Les détenus sont alors transférés vers l'asile de Villejuif, qui inaugure en 1910 un « service de sûreté » (la première « unité pour malades difficiles ») chargé d'accueillir les patients les plus perturbateurs (Senon, Manzanera, 2004). Faut-il aménager l'asile ou la prison ? Cette question a cours tout au long du siècle – et jusqu'à aujourd'hui. Elle témoigne des hésitations quant au traitement des populations situées à la frontière de ce que l'on considère être le « crime » et la « folie ».

D'autant que cette frontière est sans cesse redéfinie au cours du XIX^e siècle au point d'être décrite par Marc Renneville comme « définitivement perméable » (Renneville, 2004). De nombreux savoirs, de la phrénologie à l'anthropologie criminelle, émergent en effet, qui prétendent identifier les déterminants biologiques du crime. Ces savoirs mettent à mal le principe de la responsabilité mais surtout la dichotomie qu'ils fondent entre « traitement psychiatrique » et « contrainte pénale ». Si la délimitation entre crime et folie est impossible, alors il faut trouver un autre critère pour organiser le partage des populations déviantes. La notion de « dangerosité » est alors perçue comme un principe de classement intéressant : c'est autour du degré de dangerosité des personnes qu'il faut aménager le dispositif pénal.

⁴ Psychiatre en milieu pénitentiaire, Jean-Louis Senon a entrepris de défricher l'histoire de la présence psychiatrique en prison. Les paragraphes suivants s'appuient sur ses travaux (Senon, 1998 ; Senon, Manzanera 2004).

⁵ Rapport Vingtrinier en 1853, Parchappe en 1865, Bailleul en 1890, Pactet en 1891, Garnier en 1892, Monod en 1894, Taty et Mabilbe en 1896.

b) De la responsabilité à la dangerosité ?

La recherche des déterminants du crime est ancienne mais l'idée d'une dangerosité intrinsèque au criminel fait florès au XIX^{ème} siècle. Selon les nombreux historiens qui se sont penchés sur les sources historiographiques (Castel, 1976 ; Mucchielli, 1994 ; Renneville, 2003), ces savoirs remettent en cause le principe de la responsabilité pénale : « les conceptions neuves de la folie comme la monomanie homicide, véritable folie du crime qui surgit dans le corpus médical autour de 1817, les instincts, l'hérédité morbide ou la dégénérescence, forment en effet autant de limites problématiques à l'exercice de la volonté libre supposée diriger le sujet responsable. » (Renneville, 2004). Les années 1820 voient apparaître cette notion de « monomanie homicide », que Michel Foucault qualifie d' « entité absolument fictive d'un crime folie, d'un crime qui est tout entier folie, d'une folie qui n'est rien d'autre que crime » à l'occasion de grandes affaires dans lesquelles les crimes paraissent sans motifs. C'est d'ailleurs autour de ces affaires que s'affirme, selon Michel Foucault, le pouvoir de cette nouvelle discipline que constitue la « médecine mentale » Michel Foucault affirme ainsi que la conceptualisation de la « monomanie homicide » a participé à imposer la psychiatrie comme une « forme d'hygiène publique » et donc à garantir et justifier son pouvoir : « Si le crime est devenu alors pour les psychiatres un enjeu important, c'est qu'il s'agissait moins d'un domaine de connaissance à conquérir que d'une modalité de pouvoir à garantir et à justifier. La psychiatrie, si elle est devenue si importante au XIX^e siècle, ce n'est pas simplement parce qu'elle appliquait une nouvelle rationalité médicale aux désordres de l'esprit ou de la conduite, c'est aussi parce qu'elle fonctionnait comme une forme d'hygiène publique ». Cette entreprise est cependant facilitée par la justice, qui trouve dans le discours de ces experts psychiatres le moyen de légitimer les décisions qu'ils rendent. L'intervention de la médecine mentale dans la justice pénale à partir du XIX^{ème} siècle est donc « due à l'ajustement de deux nécessités qui relevaient l'une du fonctionnement de la médecine comme hygiène publique, l'autre du fonctionnement de la punition légale comme technique de transformation individuelle » (Foucault, 1994 [1977], p. 443-464). Quoiqu'il en soit, les courants d'anthropologie criminelle qui émergent au milieu du XIX^{ème} siècle gagnent en visibilité. S'attachant à penser la folie du crime (Mucchielli, 1994), ces courants s'inspirent des théories médicales de l'époque : phrénologie (développée par François-Joseph Gall à la fin du dix-huitième siècle mais radicalisée autour d'une recherche déterministe des causes de la monomanie homicide par ses héritiers) ; physiologie (et tendances hygiénistes des différentes sociétés philanthropiques à l'œuvre au cours du siècle⁶) ; recherches sur l'hérédité et la dégénérescence menées par Benedict-Augustin Morel dans les années 1850.

Alors que la prison et l'asile sont déjà critiqués pour leur inefficacité face à « l'incurabilité du patient » et à « l'incorrigibilité du criminel » (Renneville, 2004), on s'interroge sur le traitement à réserver aux fous criminels. Le concept de dangerosité, « inventé » par Raffaele Garofalo en 1878 qui le définit comme la « perversité constante et agissante du délinquant et la quantité de mal qu'on

⁶ Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1829) plaideront ainsi pour la constitution d'une médecine sociale car « les fautes et les crimes sont des maladies de la société qu'il faut travailler à guérir, ou, tout au moins, à diminuer » (Mucchielli, 1994, p.12) ;

peut redouter de sa part en sa capacité criminelle » (Kaluszynski, 2008) laisse entendre que le crime pourrait être prévenu par l'identification des individus dangereux. À la faveur d'une problématisation médicale de la criminalité, l'idée germera à la fin du siècle de réserver un traitement médico-pénal particulier au « criminel-né » (Lombroso, 1895), ou au dangereux. Evolutionnisme et hérédité constituent, à la fin du XIX^{ème} siècle, le paradigme dans lequel s'inscrit la grande majorité des travaux scientifiques : en ce sens, Cesare Lombroso, auteur de *l'Uomo Delinquente* et porte-drapeau de l'anthropologie criminelle italienne est « plus un héritier qu'un pionnier » (Mucchielli, 1994, 39). Toute l'anthropologie criminelle ne se prête pas au « grand examen » lombrosien, c'est-à-dire à la recherche des causes strictement biologiques du crime et certains intègrent également à leur théorie des déterminations sociales⁷. Mais qu'elle soit d'origine biologique, organique ou atavique (sociale), la dangerosité constitue une qualité immanente du sujet que l'on peut découvrir en isolant certaines propriétés. Il est dès lors logique que le principe de « responsabilité pénale », basé sur l'exercice du libre-arbitre et inscrit dans l'article 64 du code pénal de 1810 soit considéré comme une « fiction anthropologique » qui consacrerait « le mythe de l'homme rationnel et raisonnable, libre de se définir » (Protais, 2011, p.74) ou encore comme une « chimère métaphysique » (Renneville, 2003, p.14). Devrait se substituer à la sanction pénale, issue de la tradition beccarienne (légalité de l'infraction, proportionnalité de la sanction), une série de mesures administratives reposant non plus sur la responsabilité pénale mais sur une responsabilité sociale du criminel. C'est l'idée développée par le courant du positivisme pénal qui se développe, proposant « un système de peines basé sur une connaissance positive et scientifique des comportements humains pour éradiquer ceux de nature criminelle » (Protais, 2011, p.75). Le XIX^{ème} siècle est donc celui de l'infiltration progressive d'une logique de la défense sociale⁸ dans le droit pénal classique.

Le contexte historique (bouleversement économique et industriel) favorise la réception de cette notion de dangerosité, véritable « obsession créatrice au XIX^{ème} siècle » (Kaluszynski, 2008) et les projets alternatifs à la prison et à l'asile, afin de calibrer le traitement réservé au criminel en fonction de son degré de nuisance sociale potentielle. En Allemagne, ces réflexions donnent naissance aux mesures dites de « réhabilitation et de sûreté » (*Maßregeln der Besserung und Sicherung*), dont le nom même porte l'ambivalence du projet de défense sociale, entre contrainte et traitement.

2. Allemagne : la genèse des mesures de réhabilitation et de sûreté

L'internement psycho-légal constitue la déclinaison allemande d'une « nouvelle » forme de traitement destiné aux infracteurs présentant des troubles mentaux, qui concilie deux projets : la réhabilitation de l'infracteur et la protection de la société. Prévu par la loi du 24 novembre 1933

⁷ Ainsi, l'école de Lacassagne refuse d'adhérer au paradigme déterministe porté par Lombroso et donne au contexte social une place importante, voir (Kaluszynski, 1989).

⁸ En fait comme le montre Caroline Protais cette infiltration existe de longue date (code d'Hammourabi, droit romain, et présence de l'élément psychologique de l'infraction, participation intentionnelle au crime dès le XV^{ème} siècle).

intitulée « loi contre les criminels d'habitude dangereux et sur les mesures de sûreté et de réhabilitation », l'internement psycho-légal est une production législative nazie. Pourtant, comme l'ont montré de nombreux historiens allemands (Liang, 1999 ; Müller, 2004 ; Baumann, 2006 ou encore Dessecker ; 2004), la mesure est l'héritière des théories de la défense sociale de la fin du XIXème siècle. Celles-ci remettent en question, comme nous l'avons vu, l'approche positiviste et suggèrent au contraire d'adapter le traitement pénal à la personnalité du criminel, à laquelle certains penseurs allemands consacrent l'essentiel de leur travail.

a) **Interner pour mieux traiter : l'hôpital psycho-légal (*Maßregelvollzug*)**

Plusieurs projets de loi sont préparés dans les années 1920 à l'époque de la République de Weimar. Loin d'être le produit d'une époque exceptionnelle, les mesures de sécurité s'inscrivent donc dans la longue histoire du traitement de la déviance (Liang, 1999 ; Müller, 2004, p.180-228 ; Dessecker, 2004, p.70-88 ; Baumann, 2006). Elles sont une réponse institutionnelle à la question remise plusieurs fois sur l'établi au XIXème siècle, en Allemagne mais également dans tous les pays européens : celle de savoir ce qui fonde le droit de punir. Le débat se structure en Allemagne autour de trois grands courants. Fidèles aux principes d'une stricte proportionnalité des peines édictés au début du siècle par des juristes comme Cesare Beccaria en Italie ou Paul von Feuerbach en Allemagne, certains juristes insistent sur la nécessité d'éviter tout arbitraire et de fixer une échelle des peines unique pour tous les délinquants. L'école de Franz von Liszt, cofondateur avec le belge Adolphe Prins, de l'*Internationale Kriminalistische Vereinigung* (Union Internationale de Droit Pénal) en 1889, propose au contraire d'assouplir cette échelle des peines et de prévoir des réponses pénales mieux adaptées à la personnalité des personnes délinquantes. Dans son programme de Marburg (1882), Franz von Liszt distingue ainsi trois types de traitement qui correspondent selon lui à trois catégories de criminels : la réhabilitation (*Besserung*) des criminels qui ont à la fois besoin et ont la capacité d'être réhabilités (*besserungsfähig und besserungsbedürftig*) ; la dissuasion (*Abschreckung*) de ceux qui n'ont pas besoin d'être réadaptés ; la neutralisation (*Unschädigmachung*) de ceux qui ne sont pas réadaptables. Par cette typologie, von Liszt entend se distinguer des importateurs de l'école positiviste italienne, qui, selon lui, ont une lecture trop naturaliste et déterministe des comportements, et vont jusqu'à rejeter l'idée que l'homme pourrait être rééducatif⁹. Les projets de loi se succèdent donc en Allemagne à partir de 1900, d'abord dans un climat d'intenses échanges internationaux (tout particulièrement avec la Belgique, la Suisse et l'Autriche qui réforment également leurs codes pénaux) puis, à la fin de la Première Guerre mondiale et à la mort de Franz von Liszt (1919), dans un cadre plus national. Ces projets annoncent, sous des formes légèrement différentes, des mesures en direction des « criminels d'habitude », c'est-à-dire des petits délinquants multirécidivistes, et des alcooliques. Il est ainsi prévu dans le projet de 1909 de créer une *Trinkeranstalt* (un établissement pour alcooliques), mais également de systématiser ce qui

⁹ Ainsi en Italie, Enrico Ferri, issu de l'école de Cesare Lombroso, propose en 1921 pour l'Italie un projet de loi pénale qui reposerait sur un catalogue de 25 critères de personnalité, motivation, gravité des faits pour déterminer la dangerosité de la personne et donc la sanction pénale à appliquer.

se pratique depuis la fin du XIX^{ème} siècle par exemple dans la prison de Waldheim en Saxe (depuis 1876) ou dans la prison berlinoise de Moabit (depuis 1888) : la création d'unités spéciales pour les délinquants présentant des troubles mentaux. Une unité de ce genre est d'ailleurs créée dans la prison de Straubing en Bavière au début des années 1920 ; Theodor Viernstein y mène ses recherches sur les « personnalités criminelles » (*Täterpersönlichkeiten*) avec l'ambition de déterminer les caractéristiques de « l'incorrigibilité » (*Unverbesserlichkeit*) (Müller, 2004, p.228-271).

Comme la Suisse, la Norvège, la Belgique, les Pays-Bas, l'Autriche ou encore l'Italie¹⁰, l'Allemagne crée, avec l'internement psycho-légal une seconde voie, à côté de la voie pénale, destinée aux auteurs de délits ou de crimes jugés partiellement ou totalement irresponsables mais qui présenteraient un « danger » pour la société. Inscrite dans les réflexions de biologie criminelle de la fin du XIX^{ème} siècle et du début du XX^{ème} siècle, l'histoire de l'internement est cependant marquée par l'usage qu'en fera le Troisième Reich au cours des années 1930 et 1940, et la critique contemporaine de l'institution continue d'avancer cet héritage trouble pour obtenir la suppression de cette mesure.

b) Une institution marquée par le Troisième Reich

L'internement psycho-légal¹¹ fait partie des peines édictées dans le cadre de la loi du 24 novembre 1933 intitulée « *Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung* » (littéralement la « loi contre les criminels d'habitude dangereux et sur les mesures de sûreté¹² et de réhabilitation »). Votée dans les premiers mois du troisième Reich, cette loi porte la marque des tendances eugénistes¹³ du régime nazi (Dessecker, 2004) : elle prévoit ainsi, outre des mesures qui existent jusqu'à aujourd'hui (la rétention de sûreté, *Sicherungsverwahrung* ou l'internement psycho-légal, *Maßregelvollzug*), une mesure d'émascation (*Entmannung*) qui sera supprimée en 1945. Ni le public concerné (les « criminels d'habitude ») ni les durées d'internement ne sont clairement définis, ce qui laisse une grande marge d'interprétation aux juges. En 1939, 4000 personnes se trouvent dans les hôpitaux d'internement (à une époque où environ 310 000 personnes sont internées). Ces reclus sont, comme les patients de psychiatrie générale, touchés par les famines

¹⁰ La Suisse et la Norvège publient respectivement dès 1894 et 1902 un code pénal inspiré de la défense sociale, qui prévoit des mesures de sûreté pour les infracteurs pour lesquels la peine classique semble inefficace : les « déficients mentaux » et les « délinquants d'habitude ». La loi belge de 1930, connue sous le nom de « loi de défense sociale » crée pour ceux-ci des établissements de défense sociale, qui ressemblent au *Terbeschikkingstelling* néerlandais (littéralement « mise à disposition du gouvernement ») ou encore à l'établissement de *Wien-Mittersteig* en Autriche. L'Italie dispose pour sa part d'*Ospedale Psichiatrico Giudiziario* depuis 1904. (voir Salize, 2007 ; Lancelevée 2014).

¹¹ Le terme de *Maßregelvollzug* est construit en symétrie avec celui de *Strafvollzug* (prison), il renvoie tout à la fois au système de détention et à l'institution dans laquelle cette détention s'exécute. On parle donc du *Maßregelvollzug* pour désigner la procédure d'internement psycho-légal (et par extension d'internement de désintoxication) mais également pour désigner les établissements dans lesquels se déroule cet internement. Je parlerai donc en fonction du contexte d'internement psycho-légal ou d'hôpital psycho-légal.

¹² Les projets de loi précédant la loi de 1933 placent la « réhabilitation » (*Besserung*) avant la « sécurité » (*Sicherung*). L'inversion des termes est lue par Dessecker (2004) comme l'une des marques spécifiques du régime nazi.

¹³ Ces tendances eugénistes existent évidemment dans certains ouvrages de biologie criminelle antérieurs à la période nazie, qui synthétise en fait dans cette loi de 1933 plusieurs théories concurrentes de l'époque (voir Simon, 2001)

volontaires et les expériences de sur-médication entre 1941 et 1943 puis par une politique d'extermination méthodique, tandis que les personnes retenues en rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*) sont placées dès le début des années 1940 dans des camps de concentration (Dessecker, 2004, p.25-103).

Les débuts de l'internement psycho-légal sont marqués par les orientations totalitaires du régime nazi, ce qui explique que l'institution tombe presque en désuétude à la fin de la Seconde Guerre mondiale et surtout dans les années 1960 (Dessecker, 2009) : le nombre d'ordonnances d'hospitalisation stagne autour de 400 par an pendant vingt ans, avant de connaître une nouvelle hausse après 1987. Mais l'internement psycho-légal (*Maßregelvollzug*) comme la rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*) se pérennisent dans le paysage institutionnel allemand, jusqu'à aujourd'hui. Or, à l'époque, les idées circulent à l'occasion des congrès d'anthropologie criminelle qui s'organisent à Rome (1885), à Paris (1889) ou à Bruxelles (1892). Si une trentaine de codes pénaux nationaux sont modifiés dans le sens de la défense sociale, les projets de réforme restent lettre morte en France. Comment expliquer que la France ne prenne pas le tournant de la défense sociale, alors même que les théories déterministes et les principes de la défense sociale font de nombreux émules au début du vingtième siècle ?

3. Une défense sociale à la française ?

Comme nous l'avons vu, plusieurs projets sont imaginés pour instaurer des structures spéciales afin de gérer les individus que l'on juge à mi-chemin entre le crime et la folie. Ces projets ne se concrétisent pas, en France, sous la forme d'une nouvelle institution. Les principes de la défense sociale irriguent cependant le fonctionnement du système pénal et entraînent des aménagements institutionnels plus marginaux.

a) Des projets de réforme institutionnelle sans lendemain

L'activité législative des années 1920 et 1930 témoigne d'une importante volonté de réforme des liens entre asile et prison. Cependant, les projets de loi ne seront pourtant pas validés par l'assemblée nationale (Renneville, 2010) : ainsi le député Maurice Caujole propose de créer des annexes psychiatriques et des laboratoires de bio-criminologie, mais voit son projet rejeté, sans doute, selon Marc Renneville, parce que l'assemblée attendait un projet plus global ; le projet Matter-Chéron, qui prévoit de mettre en application des mesures de sûreté est critiqué pour sa rigidité ; un avant-projet de réforme du code pénal qui propose la création de « maisons spéciales de santé » pour les « aliénés déclarés auteur d'un crime ou d'un délit » mais également pour « toute personne alcoolique, toxicomane » qui « constitue un danger sérieux pour la paix publique » est déposé à la chambre des députés en 1938 mais ne sera jamais examiné. Une annexe psychiatrique est ouverte à Loos-Les-Lille dans les années 1920, et suite à un décret en mars 1936, « des services d'« examen

psychiatrique » ou centres d'orientation régionaux (CRO) apparaissent à Fresnes, à La Santé et à la Petite Roquette. Ces services se heurtent cependant aux résistances de l'administration pénitentiaire qui accusent le psychiatre de 'fabriquer le fou' et de 'susciter la simulation' » (Manzarena, Senon, 2004) et subsistent en marge du système pénitentiaire sans s'étendre à l'ensemble du territoire français.

Pourquoi les institutions de défense sociale ne voient-elles pas le jour en France ? Martine Kaluszynski avance l'hypothèse d'une tension entre différents intérêts professionnels : la Troisième République est en effet une « République de juristes » (Kaluszynski, 1994), les juristes se sont opposés avec hostilité aux apports d'une anthropologie criminelle qui ruine la notion de libre-arbitre et remet en question le rôle et le territoire des magistrats. D'ailleurs, les juristes français (à quelques exceptions près) ne participent pas aux grands congrès d'anthropologie criminelle, contrairement à leurs homologues allemands ou belges (Von Liszt ou Prins notamment) qui développent une approche éclectique conciliant la peine classique et les principes de la défense sociale (Renneville, 2010). De leur côté, les juristes français se rassemblent plutôt autour de la Société Générale des Prisons fondée en 1877 pour la réforme pénitentiaire. Au début du vingtième siècle, l'hostilité de ce corps professionnel diminue avec l'entrée en scène d'une médecine légale moins déterministe, mais les « rivalités entre une vieille profession aux traditions ancrées et une jeune profession montante qui se stabilise » entraîneront la mise en place d'un « équilibre tacite de part et d'autre et (révéleront) des territoires chasses gardées par l'un et par l'autre » (Kaluszynski, 1994, p.227). Le partage des terrains se fait donc au bénéfice du droit pénal classique et au détriment des expérimentations institutionnelles de « défense sociale »¹⁴

b) Les principes de la défense sociale irriguent la pratique pénale

Si les années 1930 ne concrétisent pas sous une forme institutionnelle les théories de la défense sociale, celles-ci ne quittent cependant pas la scène pénale et législative. Elles contribuent en effet à irriguer les pratiques pénales par le jeu des expertises psychiatriques. Michel Foucault décrit cette infiltration « comme par en bas et par fragments » : « il a fallu près de cent ans pour que cette notion d' « individu dangereux », qui était virtuellement présente dans la monomanie homicide des premiers aliénistes, soit acceptée dans la pensée juridique, et au bout de cent ans, elle est devenue un thème central dans les expertises psychiatriques » (Foucault, 1994 [1977], p.464). Une illustration de cette préoccupation pour la dangerosité peut être trouvée dans la mise en œuvre de la circulaire Chaumié (1905), qui introduit dans la procédure pénale la possibilité de prononcer des « circonstances atténuantes », notamment lorsqu' « une anomalie psychique liée à la commission de l'infraction est constatée ». Or l'application de cette circulaire a l'effet inverse de celui escompté : les

¹⁴ On peut cependant considérer la loi de 1885 sur la relégation comme une loi inspirée par les théories les plus radicales de la défense sociale (Kaluszynski, 2008), « dont le but est bien de prévenir la multiplication des indésirables et qui les exclut, les élimine du sol métropolitain ».

« demi-fous », jugés parfois plus dangereux que les « infracteurs sains d'esprit » sont condamnés à des peines plus lourdes (Renneville, 2004)¹⁵.

Après la Seconde Guerre mondiale, les partisans d'une « nouvelle » défense sociale, qui concilierait protection de la société et traitement de l'individu, sont nombreux. Théoricien de cette « nouvelle défense sociale », Marc Ancel propose en 1959 un avant projet de loi qui repose principalement sur la distinction opérée entre l'aliéné, totalement incapable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes, et l'anormal, qui n'est pas pleinement capable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes (Danet, 2008). Pour le second – qui n'est pas considéré comme un criminel incurable mais plutôt comme un être déviant mais susceptible d'être traité – des mesures de défense sociale, c'est-à-dire un hébergement spécifique et un traitement médico-répressif seront décidés par le juge et se substitueront à la peine (Danet, 2010). Si ce projet ne voit pas le jour, il est cependant discuté à plusieurs reprises au moment de réformer le code pénal. En 1976 et en 1983, on envisage ainsi la création d'un établissement spécialisé sous double tutelle pour les individus qui présenteraient un trouble psychique mais ne seraient pas considérés comme « irresponsables ».

Encadré 2 Les ambivalences de la « défense sociale »

La notion de « défense sociale » renvoie à plusieurs courants théoriques pluriels qui ont pour point commun de remettre en cause la tradition « néo-classique » issue de Beccaria qui repose selon les théoriciens de la « défense sociale » sur la fiction juridique du « libre arbitre ». Tous partagent l'idée que les avancées de la science criminelle permettront d'améliorer la lutte contre le crime à la fois par une meilleure prévention de celui-ci, mais également par un meilleur traitement des criminels. Les différences doctrinales reposent sur l'identification des déterminants du crime (plutôt psycho-sociaux pour certains, plutôt socio-éducatifs pour d'autres) mais également sur la part respective à accorder à la fonction de neutralisation et à la fonction de traitement des mesures de « défense sociale ». Avant la Seconde Guerre mondiale, la « défense sociale » se nourrit aussi bien des travaux d'aliénistes, d'anthropologues criminels et de juristes et les classifications juridiques, qui parlent alors « d'anormaux » ou encore de « délinquants d'habitude », laissent entendre que certaines catégories d'individus seraient incurables et devraient être définitivement placés hors d'état de nuire – c'est ainsi qu'est par exemple pensée la rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*) en Allemagne. Après la Seconde Guerre mondiale, les théories de la « défense sociale » prennent leur distance avec ces conceptions du crime, et insistent au contraire sur la nécessité de concentrer les moyens sur l'élaboration de programmes de réhabilitation ou de resocialisation des condamnés. Les mesures de défense sociale alors envisagées sont plus « actives » que « passives », « impliquant davantage des mesures « curatives et rééducatrices » que des mesures d'élimination et de neutralisation » (Van De Kerchove, 2010). Elles s'appuient sur les théories développées en Italie par le Centre d'étude de défense sociale fondé par Gramatica, en France par Marc Ancel, mais également, au sein de la Société internationale de défense sociale créée en 1949 et soutenue par les Nations Unies.

En France, les principes de la nouvelle défense sociale vont particulièrement inspirer la réforme de la justice des mineurs. Sur fond d'une dénonciation de la justice punitive (colonie pénitentiaire notamment), l'ordonnance du 2 février 1945 pose le principe général de l'irresponsabilité pénale des mineurs et affirme que

¹⁵ Les conséquences sont identiques lorsqu'est modifié, en 1992, l'article 64 du code pénal de 1810. Cette modification introduit la notion d'altération du discernement comme niveau intermédiaire entre l'abolition du discernement et la responsabilité pénale. Or l'altération du discernement semble constituer une circonstance aggravante et entraîner, pour les personnes concernées, le prononcé d'une peine plus lourde.

la réponse pénale doit être curative, réhabilitatrice et éducative. Cette idée sera renforcée par l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur l'enfance en danger, qui s'attache à identifier des situations qui pourraient être génératrices à terme de délinquance. La délinquance juvénile est ainsi considérée comme le symptôme de déficiences biopsychologiques, sociales ou relationnelles, et doit dès lors être traitée dans des centres d'observation et des institutions publiques d'éducation surveillée. Mais la nouvelle défense sociale inspire également la politique pénitentiaire et la réforme des prisons (voir *infra*).

Si le nom de « défense sociale » met au premier plan l'idée d'une protection de la société, en revanche, la doctrine qu'elle désigne est marquée par une ambivalence fondamentale entre protection de la société et réhabilitation du délinquant, qui traverse tous les programmes dits de défense sociale.

Cependant, si cette nouvelle catégorie d'individus, dont le discernement est jugé « altéré » sans être complètement « aboli », apparaît effectivement dans le nouveau code pénal de 1994 (voir *infra*), la création d'un établissement à mi-chemin entre la prison et l'hôpital psychiatrique n'est pas entérinée. Trois catégories d'individus sont ainsi définies mais deux formes de traitement seulement sont proposées (Protais, 2011, p.88) : l'hôpital d'un côté pour les « individus dont le comportement est entièrement déterminé par la maladie mentale » ; la prison de l'autre pour « les individus dont le comportement est influencé mais non exclusivement par la maladie mentale » et évidemment pour ceux qui sont exempts de troubles.

Le XIX^{ème} siècle est paradoxalement le siècle qui grave dans le marbre le principe de responsabilité pénale tout en le remettant violemment en cause. La question qui guide les penseurs de l'époque est de savoir sur quoi doit être fondé le droit de punir : la punition doit-elle sanctionner des personnes qui ont librement enfreint les lois ou bien doit-elle protéger la société des infracteurs les plus dangereux ? Cette tension se dénoue en Allemagne, comme dans plusieurs autres pays Européens, par la création d'hôpitaux psycho-légaux, qui permettent que s'opère un tri initial entre les criminels « normaux » et les criminels malades. Cette tension persiste au contraire en France jusqu'à aujourd'hui, amenant l'hôpital psychiatrique et la prison à aménager dans les marges des dispositifs d'accueil pour ces populations d'entre deux. Parmi ces aménagements, l'entrée en prison d'équipes psychiatriques s'organise et se stabilise au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, comme va le montrer la section suivante. En Allemagne au contraire, les prisons sont a priori destinées à des délinquants et criminels non malades. Cependant, à la faveur de la réforme pénitentiaire des années 1970, les psychologues s'installent durablement dans le paysage carcéral allemand avec l'ambition de repenser la peine autour d'un traitement psycho-social.

II. 1960-1990 : LES ANNÉES CRITIQUES : SOIGNER EN PRISON OU SOIGNER LA PRISON ?

L'asile et la prison voient à partir de la seconde moitié du XXe siècle leur crédit entamé non seulement par les usages politiques dont ils font l'objet pendant la deuxième guerre mondiale¹⁶, mais aussi par la violence qui s'exerce entre leurs murs et dont la légitimité est de plus en plus souvent questionnée. Les années 1970 notamment sont celles d'une critique de la discipline sous toutes ses formes, dont la prison et l'asile constituent deux figures archétypales. Ce sont alors autant les conditions de l'enfermement que ses effets pervers qui nourrissent la critique militante, mais aussi intellectuelle : la discipline asilaire est perçue comme dégradante, et l'asile est également suspecté de chroniciser les pathologies en tenant les malades à l'écart de la société, sous une tutelle psychiatrique arbitraire. De même, le caractère punitif de la prison semble produire plus d'humiliation que de pénitence. Néanmoins, si cette critique débouche en France sur une contestation radicale de la prison, relayée par les intellectuels de gauche, en Allemagne, elle trouve un écho moins important faute de relais intellectuels ou politiques¹⁷. La réforme de l'institution carcérale progresse dans les milieux juridiques et législatifs, en marge des grands conflits politiques de l'époque. L'entrée des psy en prison est marquée par l'ambiance politique de l'époque : en France, les services psychiatriques tentent de s'autonomiser d'une institution carcérale frappée d'opprobre. En Allemagne au contraire, les psychologues participent de l'intérieur à la réforme de la prison en institution « à visée de traitement ».

1. France : émanciper la psychiatrie de la tutelle pénitentiaire

Avant la Seconde Guerre mondiale, les psychiatres sont présents de façon sporadique dans les prisons françaises. Il faut attendre les années 1970 pour les voir s'installer durablement dans des services psychiatriques ambulatoires et stationnaires au sein des établissements pénitentiaires. Cette institutionnalisation est marquée par les bouillonnements politiques de l'époque : les psychiatres participent en effet à la dénonciation des prisons et c'est à la condition de préserver leur autonomie vis-à-vis de l'enfermement carcéral qu'ils acceptent de venir y exercer.

¹⁶ Voir notamment Von Bueltzingsloewen, 2009 sur les milliers de patients en psychiatrie morts de famine pendant la guerre. La deuxième guerre mondiale et notamment la dureté des conditions de détention à la fin des années du régime de Vichy ont également un impact sur la réforme des prisons dans l'immédiat après-guerre (Carlier, 2009).

¹⁷ Comme l'explique Grégory Salle (2009, chapitre 2), les soutiens politiques potentiels sont en Allemagne discrédités par leur proximité idéologique avec le terrorisme d'extrême gauche, tout particulièrement après l'Automne Allemande de 1977 et le prononcé de lois anti-terroristes.

a) Des psychiatres dans la dénonciation de la prison

En France, la fin de la Seconde Guerre mondiale ouvre une période de réforme carcérale sous la houlette de Paul Amor, premier directeur de l'administration pénitentiaire, qui vise à « construire la prison de l'État-Providence (Bouagga, 2015, chapitre 1). La réforme pénitentiaire qu'il initie avec la création d'un « service social pénitentiaire » en juin 1945 est inspirée de la philosophie de la nouvelle défense sociale : elle entend travailler au « redressement moral » des personnes détenues par une individualisation de leur traitement. Dans cet objectif de création d'annexes psychiatriques, le projet, abandonné dans les années 1930, est relancé : le code de procédure pénale de 1958 propose de créer des « services psychiatriques en milieu carcéral ». Il s'agit de mettre en place, dans les maisons d'arrêt, des « consultations d'hygiène mentale » sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministère de la justice (Manzarena, Senon, 2004), mais également d'organiser, pour les détenus consentants, des cures de désintoxication alcoolique. Un examen systématique de dépistage est proposé, et la possibilité d'hospitaliser d'office les détenus dont l'état est incompatible avec l'incarcération est introduite (article D398 du Code de Procédure Pénale¹⁸). La « réforme Amor » crée d'ailleurs un centre national d'observation à Fresnes (en 1946) ainsi qu'un centre d'observation spécialisé pour les détenus psychopathes (i.e. malades mentaux) au centre pénitentiaire de Château-Thierry¹⁹ (en 1950), qui devient une « maison centrale sanitaire ».

Au cours des années 1960, l'accès aux soins constitue donc l'une des dimensions de la politique de réforme du ministère de la Justice. Cette « médecine pénitentiaire » s'organise sous la baguette des « médecins-inspecteurs » de l'administration pénitentiaire, partisans d'une médecine conçue comme « auxiliaire de la Justice » et reconnue comme une discipline médicale autonome. Cette entreprise de spécialisation n'est cependant que très brièvement couronnée de succès (avec la création d'une chaire de « médecine pénitentiaire » notamment). Dès les années 1970 en effet, les psychiatres exerçant en prison cherchent à prendre leur distance avec l'administration pénitentiaire. Comme l'explique Eric Farges, « progressivement, le qualificatif « pénitentiaire » est apparu comme amoindrissant le statut de soignant. La médecine pénitentiaire semble devenir « une médecine 'au rabais', disqualifiante pour celui qui l'exerce. » (Farges, 2013, p.49-50). Les psychiatres présents dans l'univers carcéral participent ainsi à en dénoncer le fonctionnement et à revendiquer une plus grande autonomie pour les personnels soignants. En 1972, quelques mois après les premières mutineries en milieu carcéral et tout particulièrement celle de la prison de Toul au moment de Noël, Edith Rose, psychiatre intervenant à la prison de Toul prend publiquement la parole pour dénoncer les pratiques inhumaines de la prison. Elle parle, dans un témoignage qui sera publié par le *Nouvel Observateur*, des contentions de personnes agitées pratiquées dans la prison :

¹⁸ L'article prévoit que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 386 concernant leur surveillance par un personnel de police pendant leur hospitalisation. »

¹⁹ Si le CNO vise à « mieux orienter » les personnes condamnées à de lourdes peines (reliquat de plus de 10 ans) en fonction de leur « profil », l'établissement de Château-Thierry est lui, jusqu'à aujourd'hui, spécialisé dans la prise en charge des personnes détenues présentant de graves troubles mentaux.

« La chose qui m'a le plus écoeurée et le plus fait de peine, c'est d'avoir vu les gens attachés pendant une semaine et plus. Je puis affirmer sous la foi du serment qu'on ne les détachait pas pour manger. J'entendais de mon bureau l'infirmière appeler un surveillant pour les nourrir à la cuiller. Un surveillant m'a dit lui-même combien cela lui était désagréable, outre le surcroît de travail que cela représentait. Certains témoignages disent même qu'on les laissait dans leurs excréments, je ne l'ai pas vu ». Scandalisée, elle affirme plus loin : « Je puis affirmer sous la foi du serment que jamais je n'ai été consultée sur la nécessité d'une contention, et j'exige des confrontations. Pourtant les « fous », les agités, ceux qui tapent, c'est ma spécialité, oui ou non ? Jamais je n'ai signé un bon de contention, et on pourra constater ce fait puisque mes prescriptions médicales sont écrites noir sur blanc dans un cahier consigné à l'infirmerie de la prison ».

Le Nouvel Observateur, n°372, 27 décembre-2 janvier 1972

À l'instar du docteur Rose, les psychiatres intervenant dans les institutions carcérales développent dans les années 1960 et 1970 une forte « propension [...] à prendre la parole publiquement ». Cette posture s'explique peut-être par « la culture critique qui s'est progressivement développée dans le secteur de la psychiatrie au cours des années soixante » (Farges, 2013, p.117). Ce discours critique s'institutionnalise rapidement : ainsi Paul Hivert, qui exerce à la prison de la Santé, crée un « syndicat de psychiatres pénitentiaires ». Celui-ci dénonce la contradiction de leurs missions et réunit par exemple à l'été 1974 un groupe de psychiatres pour réfléchir aux conditions du travail en milieu pénitentiaire. La critique porte tout particulièrement sur l'instrumentalisation de la psychiatrie. Eric Farges cite ainsi de longs extraits de thèses écrites à l'époque par des internes de psychiatrie à propos du milieu carcéral : il y est question²⁰ de « psychiatisation insidieuse des prisons », de la surconsommation de produits hypnotiques, ou encore de l'instrumentalisation des psychiatres, « psycho-flics », ou encore « porte-seringues » chargés, par la médicalisation des troubles, de « dépolitiser et d'annihiler toute contestation au sein de l'institution carcérale ».

Encadré 3 L'asile au cœur de la réforme de la psychiatrie

Dans les années 1960 et 1970, les courants d'antipsychiatrie (incarnés notamment par Franco Basaglia en Italie, par David Cooper et Ronald David Laing en Angleterre ou encore par Thomas Szasz aux États-Unis) développent une critique virulente de l'institution psychiatrique. En France, cette critique est portée par les militants d'une « psychiatrie de secteur » (Georges Daumezon, Lucien Bonnafé) mais également par les penseurs de la psychothérapie institutionnelle (Francesco Tosquelles, Jean Oury ou encore Claude Jeangirard) qui développent des institutions alternatives à l'asile psychiatrique comme la clinique de La Borde (Loir-et-Cher) ou de Saint Alban (Lozère). Par ailleurs, la critique de l'asile s'adosse aux travaux critiques d'intellectuels comme Michel Foucault, Félix Guattari ou Robert Castel, qui contribuent à donner une certaine visibilité à l'ouvrage d'Erving Goffman, *Asiles* (Goffman, 1968 [1961]).

Le dispositif de prise en charge de la santé mentale contemporain n'a aujourd'hui plus grand chose à voir avec les descriptions de l'hôpital psychiatrique de Sainte Elisabeth à Washington réalisées à la fin des années 1950 par Erving Goffman et qui ont donné lieu à un ouvrage riche d'enseignement pour la sociologie des « institutions totales » ou aux images du documentaire *Titicut Follies* de Frederick Wiseman filmées au cours des années 1960 dans l'hôpital de Bridgewater. En effet, l'évolution la plus frappante de la psychiatrie se matérialise par la transformation de son paysage institutionnel : la seconde moitié du vingtième siècle marque l'ouverture des hôpitaux psychiatriques, discrédités par l'expérience de la seconde guerre mondiale et la

²⁰ Les expressions, citées par Eric Farges (Farges, 2013) sont tirées de la thèse de François Martzloff, *Détention provisoire, médicaments psychotropes et psychiatisation*, Faculté de Médecine de Paris-Créteil, 1975.

famine qui a entraîné la mort de plusieurs milliers de patients (Bueltzingsloewen, 2009). Cette ouverture est rendue possible par l'apparition des premiers neuroleptiques, qui permettent le recul de la coercition physique grâce au recours à la contention chimique. Elle est également nourrie par la critique anti-psychiatrique et la politique de sectorisation portée par une nouvelle génération de psychiatres (Henckes, 2007).

En France comme en Allemagne, ces critiques donnent lieu à une transformation importante du dispositif psychiatrique, jusque là centré autour de l'hôpital spécial. La circulaire du 15 mars 1960 crée des secteurs de psychiatrie, autour desquels devront désormais être articulés les services de soins. En Allemagne, de même, la commission d'enquête sur la qualité des soins en santé mentale met l'accent sur le développement de structures ambulatoires (Kersting, 2004). Des années 1970 à la fin des années 2000, le nombre de lits passe en France de 120 000 à 55 000 et en Allemagne de 117 000 à 54 000. (Coldefy, 2012). En France cependant, on peut difficilement parler d'une désinstitutionnalisation psychiatrique dans la mesure où l'hôpital psychiatrique, qui concentre toujours les deux tiers des lits de psychiatrie et gère les budgets, reste la pièce centrale du dispositif de soins (Eyraud, Velpry, 2014). En Allemagne, le terme de désinstitutionnalisation est plus approprié, dans la mesure où on observe une spécialisation des hôpitaux psychiatriques autour d'une offre de soins aigus régionalisée. Ce sont désormais les hôpitaux généraux et les structures d'hébergement protégées qui prennent en charge le traitement ambulatoire des troubles psychiques (Klausner, Niewöhner, 2012). Si le développement des soins « hors les murs » résulte bien, dans sa philosophie, de la critique des effets néfastes de l'asile, soupçonné de chroniciser les pathologies en tenant les malades à l'écart de la société sous une tutelle psychiatrique arbitraire, la réforme est également inscrite dans un souci économique de meilleure gestion des budgets alloués au soin psychiatrique, dont témoignent les réformes budgétaires successives (Eyraud, Velpry, 2014).

Ces mutations institutionnelles ne sont pas sans conséquence sur les inégalités sociales d'accès aux soins. Comme le remarquent Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa : « au lieu d'être pris à partie pour l'excès de contrôle qu'ils exerçaient sur les individus, les dispositifs psy sont dorénavant questionnés sur leurs capacités à ne pas abandonner, sans filets, les malades mentaux dans la société de la précarité » (Dodier, Rabeharisoa, 2006, p.16). En effet, n'étant plus des lieux de vie mais des lieux de soins de courte durée, voire de gestion de flux de patients (Rhodes, 1991), les unités d'hospitalisation n'ont plus la possibilité d'accueillir les malades chroniques en situation de précarité au long cours (Marques, Velpry, 2013), faisant notamment peser sur les individus et leurs familles, inégalement pourvues, la responsabilité de cette prise en charge (Bungerer, 1995 ; Moreau, 2007). Par ailleurs, la démocratisation des relations entre les psychiatres et leurs patients, soutenue et encouragée par les associations de familles ou de malades, s'accompagne, pour ces derniers, d'une injonction à l'autonomie dans la gestion de leurs trajectoires.

Comme dans la critique de l'asile qui se déploie alors, c'est le rôle répressif que la psychiatrie est appelée à jouer en situation d'enfermement qui est ici visé. C'est ce que dit sans équivoque un autre psychiatre alors que se mettent en place des « centres médico-psychologiques régionaux », ancêtres des SMPR :

« Cette psychiatrie spéciale à laquelle nous sommes conviés à coopérer, sous le regard d'une presse qui n'a tendance à ne voir en nous que des gardiens de l'ordre, des flics, ne risque-t-elle pas de ternir notre image... Les psychiatres des hôpitaux qui ont mis plus de 120 ans à sortir de leur asile vont-ils maintenant aller en prison ? »

Fortineau J., 1977, « Les psychiatres des hôpitaux en prison », *Bulletin des psychiatres des hôpitaux*, pp.18-19

Du côté de la psychiatrie, on cherche donc très tôt à s’émanciper de la tutelle carcérale. Or comme l’a bien montré Foucault, dans son « Discours de Toul »²¹, le témoignage de ces professionnels a un effet politique très fort : « nos institutions feignent de se rebiffer lorsque, de l’intérieur, on les critique ; mais elles s’en accommodent ; elles en vivent ; c’est à la fois leur coquetterie et leur fard. Mais ce qu’elles ne tolèrent pas, c’est que quelqu’un leur tourne soudain le dos et se mette à hurler vers l’extérieur : « voici ce que je viens de voir ici, maintenant, voici ce qui se passe. Voici l’événement ». Si l’idée de créer des services psychiatriques, même indépendants de la hiérarchie pénitentiaire, reste controversée pendant les années 1970, elle s’impose donc rapidement : sur le modèle du secteur psychiatrique mis en place en 1960, la direction générale de la Santé propose de créer des « secteurs pénitentiaires ».

b) S’affranchir de la tutelle carcérale

Pendant les années 1960 et 1970, c’est l’action de pionniers de la psychiatrie en prison qui permet à certaines initiatives de se pérenniser et qui fait évoluer les pratiques vers le soin (Bellanger, 2014). Ainsi, à Lyon, l’annexe psychiatrique devient en 1954 un prolongement du service hospitalier de psychiatrie : un centre de cure de désintoxication pour alcooliques y est ouvert, puis au début des années 1960, des activités thérapeutiques se mettent en place : psychothérapie de groupe, consultations dans les différents quartiers de la prison²². À l’époque, tous les psychiatres intervenant en prison travaillent à temps partiel. Cette remarque n’est pas anecdotique, comme l’explique Eric Fargès : le fait de conserver des liens avec l’hôpital psychiatrique permet aux psychiatres, contrairement aux médecins somatiques, de s’appuyer sur des lieux de socialisation professionnelle autonomes (colloques, revues, etc.) dans lesquels cette réflexion sur les pratiques peut s’élaborer. Les psychiatres ont alors conscience de l’intérêt politique de leur situation inconfortable :

« Le psychiatre risque rapidement de se sentir incarcéré à son tour. On risquerait aussi de voir l’annexe psychiatrique, rapidement coupée du monde extérieur, vivre en vase clos, et s’étouffer progressivement. Par ailleurs, ce psychiatre des prisons serait forcément sous l’entière dépendance de l’Administration pénitentiaire, qui le considérerait comme un fonctionnaire [...] Il semble donc, qu’il est préférable de conserver la pluralité des psychiatres, avec les inconvénients que cela représente (travail discontinu, manque parfois de corrélation dans certaines activités) mais aussi avec tous ses avantages : confrontation de différents points de vue, possibilité dans une certaine mesure pour le détenu de choisir son médecin, plus grande liberté d’action, plus grande variété d’activités thérapeutiques ».

Bedat, *L’annexe psychiatrique de la M.A de Lyon*, thèse de médecine, Faculté de Lyon, 1964²³

En 1967, une circulaire²⁴ transforme les six annexes psychiatriques toujours en fonctionnement en CMPR (Centres Médico-Psychologiques Régionaux). Comme l’explique Eric

²¹ Publié dans le tome II des Dits et Ecrits (Foucault, 1994, p.236-239), mais dont le Nouvel Observateur publie de larges extraits à la suite du témoignage du Docteur Rose (voir supra).

²² Voir Gonin Daniel, « Une expérience de douze années à l’annexe psychiatrique de la Maison d’arrêt de Lyon », *L’information psychiatrique*, n°9, 1966, pp.885-890.

²³ Cité par Eric Fargès (2013, p.119)

²⁴ Circulaire du 30-09-1967, réglementant le fonctionnement des Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR)

Farges, « cette dénomination se démarque alors volontairement de l'étiquette psychiatrique, jugée trop répressive, tandis que le mot « centre » apparaît « moins pénitentiaire » que celui de « quartier » proposé par l'Administration » (Farges, 2013, p.597). Les CMPR sont placés sous l'autorité conjointe du chef d'établissement et du directeur régional des services pénitentiaires et le psychiatre n'a qu'une autorité médicale et peu d'autonomie professionnelle. Ainsi, si le secret médical est mentionné dans la circulaire, elle indique également que les psychiatres doivent « donner connaissance au chef d'établissement des indications nécessaires à l'application du régime pénitentiaire au détenu ou de toute mesure particulière qui s'avérerait nécessaire ». Elle met par ailleurs en place un système de surveillance pénitentiaire grâce aux « surveillants en fonction au CMPR » qui tiennent « un cahier d'observation où sont mentionnées les constatations relatives au comportement du détenu, aussi bien que tout incident concernant la discipline et la sécurité ».

Voués à se généraliser, les CMPR ne parviennent pas à s'imposer dans toute la France et les soins psychiatriques restent le plus souvent assurés par un seul praticien libéral vacataire. La volonté d'échapper à la tutelle carcérale s'affirme dans le discours des psychiatres-militants, et un premier secteur psychiatrique expérimental est instauré en 1971 à Fleury-Mérogis par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et le Centre Hospitalier Spécial d'Étampes, sous l'autorité de Jacques Mérot. La réflexion progresse avec notamment Marie-Rose Mamelet, sous-directrice à la protection sanitaire de la Direction générale de la Santé, qui a été à l'origine de la circulaire du 15 mars 1960 créant la psychiatrie de secteur. En mars 1977, la circulaire Veil²⁵ prévoit la création de 17 CMPR, dont le personnel est désormais rémunéré par les autorités sanitaires. Le pli est pris et la mise en place en 1986 des Services Médico-Psychologiques Régionaux ne fait que renforcer la dynamique, en instaurant dans chaque région pénitentiaire au moins un SMPR. L'arrêté du 14 décembre 1986²⁶ énumère les missions de prévention, de dépistage et de soin des SMPR²⁷, précise les liens entre SMPR et service général de psychiatrie²⁸, mais surtout renforce encore l'autonomie des SMPR vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire : les personnels médicaux ou paramédicaux amenés à travailler dans les SMPR sont embauchés par le chef du service, le recours à des surveillants-infirmiers est abandonné. En 1988²⁹, une circulaire rappelle que le code de déontologie - et donc le secret médical - s'appliquent en prison et donnent ainsi aux psychiatres une grande autonomie professionnelle vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. L'idée est confirmée par un premier rapport sur la santé mentale et l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (Gubler, Tcheriatchoukine, 1992) dans lequel on peut lire parmi les recommandations : « ne jamais confondre contraintes de soins et contraintes liées à l'incarcération ».

²⁵ Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977

²⁶ Arrêté du 14 décembre 1988 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

²⁷ Parmi celles-ci, la « prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire », le « dépistage systématique des troubles psychiques des entrants », la « mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus », le « suivi psychiatrique postpénal en coordination avec les équipes du secteur » ou encore la « lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire ».

²⁸ Ces derniers continuent en effet d'accueillir les personnes détenues lorsque leur état est jugé incompatible avec un maintien en détention (§D398 du Code de Procédure Pénale) et doivent évidemment aussi prendre en charge les personnes libérées de prison si nécessaire.

²⁹ Circulaire n°1164 du 5 décembre 1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les SMPR parachèvent donc ce que les pionniers de la psychiatrie en milieu carcéral avaient entrepris : créer des services connectés à l'hôpital psychiatrique, et autonomes par rapport à la hiérarchie pénitentiaire. Mais avec les SMPR s'impose également l'idée que les patients-détenus n'auraient d'autre spécificité que celle d'être incarcérés. Comme l'explique une cheffe de SMPR dans un entretien réalisé en 2011 :

« C'est vraiment cela l'idée du secteur, c'est : nous avons une prison dans notre aire de compétences tout comme nous avons une maison de retraite, comme nous avons un foyer, un CATTP, enfin un foyer d'hébergement etc. Moi je suis assez fière de ce modèle, quand je visite un certain nombre de pays du Conseil de l'Europe et je trouve que le modèle qui a consisté à faire en sorte que la santé soit du ressort du ministère de la Santé en termes de politiques, que la politique de santé en milieu pénitentiaire s'adosse aux politiques de santé nationales, sans développer une espèce de médecine ou de psychiatrie de filières, sur le plan des principes, c'est extrêmement intéressant, vraiment ».

Entretien Dominique Lachenal, chef de SMPR, 04 juillet 2011

Il s'agit dès lors de proposer les mêmes soins qu'à l'extérieur, adossés à des politiques de santé nationales et non pénitentiaires : la psychiatrie en milieu pénitentiaire est avant tout une psychiatrie générale, connectée aux dispositifs extra-carcéraux. La création en 1986³⁰ de 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) marque donc la fin de la psychiatrie pénitentiaire. Elle est suivie, quelques années plus tard, par une réforme similaire concernant les soins médicaux, qui seront désormais dispensés dans des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)³¹. Localisés en prison, ces services sont gérés par des équipes médicales et font partie du service public hospitalier. Après 1994, les personnes détenues sont systématiquement affiliées à la Sécurité Sociale et soignées par le service public hospitalier. Ces réformes structurelles, liées notamment aux exigences sanitaires des années 1980³² s'accompagnent d'un décisif changement d'échelle : alors que le ministère de la justice dépensait environ 79 millions de francs au début des années 1990 pour la santé des personnes détenues, le transfert de tutelle quintuple le budget qui atteint dès 1994 les 393 millions de francs (Guérin, 2003).

³⁰ Décret no 86-602 du 14 mars 1986 modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. 26 SMPR sont progressivement créés sur le territoire français (voir l'arrêté du 10 mai 1995 fixant la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque service médico-psychologique régional)

³¹ Avec la loi no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la mise en œuvre des soins somatiques en milieu carcéral est transférée de la direction de l'administration pénitentiaire (ministère de la Justice) à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère de la Santé).

³² Cette réforme de grande ampleur prend place à la fin d'une décennie marquée par une véritable crise sanitaire dans les établissements pénitentiaires qui menace la société par-delà les murs de la prison. « Toxicomanie et pauvreté, sida, hépatites et tuberculose (et sang contaminé) : autant de questions de société et de santé publique qui se retrouvaient posées de façon particulièrement exacerbée en prison. » Mais comme le rappellent Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, la démarche n'est pas seulement inspirée par les beaux principes de la santé publique : « la prise en compte de l'intérêt particulier des prisonniers aurait limité toute portée d'un propos sur la santé des détenus, si la perméabilité des murs face au risque de contagion de ces fléaux ne l'avait transformé en intérêt général » (Bessin, Lechien, 2001, p. 14)

Tableau 3 Chronologie de la mise en place des SMPR dans les prisons françaises

1967	Circulaire du 30 septembre 1967, réglementant le fonctionnement des Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) : au nombre de 6, ces CMPR sont placés sous la tutelle de l'administration pénitentiaire.
1977	Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 dite « Circulaire Veil » qui prévoit l'ouverture de 17 Centres médico-psychologiques régionaux dont le personnel sera rémunéré par les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS).
1986	Décret no 86-602 du 14 mars 1986 modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique qui crée les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) qui recréent en prison le modèle du secteur psychiatrique.
1994	Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, qui transfère au ministère de la Santé la mise en œuvre des soins somatiques en milieu carcéral. Les personnes détenues sont rattachées à la sécurité sociale.

c) Un positionnement déjà ambigu

Cependant, dès les années 1970, la réforme de la psychiatrie en prison repose sur plusieurs ambiguïtés, quant à l'objet de son intervention mais également dans les rapports qu'elle entretient avec le milieu « libre ». En effet, si la psychiatrie en milieu pénitentiaire est pensée comme une psychiatrie « générale », alimentée par les réflexions épistémologiques de l'époque, l'idée persiste à certains endroits que l'intervention en milieu carcéral doit s'outiller de connaissances sur la personnalité criminelle des détenus. Ainsi, à Lyon, ce sont des psychiatres criminologues qui travaillent en prison. Membres de l'école lyonnaise de criminologie et de médecine légale, qui existe depuis le début du siècle, ils créent en 1967 une revue intitulée *Instantanés criminologiques*. De même à la prison de la Santé, l'équipe de Paul Hivert, qui expérimente l'un des tous premiers services d'hospitalisation le désigne par le nom de « centre de criminologie clinique ». Ce centre ambitionne, à côté des activités cliniques, une étude profonde de la personnalité du délinquant. Ces deux expériences témoignent de la persistance, au cours des années 1960 et 1970 d'une lecture déterministe du crime.

Une seconde ambiguïté apparaît dans les liens entre ces nouveaux services et les hôpitaux psychiatriques alors en pleine mue. En effet, si l'horizon est celui de prisons intégrées dans le maillage des secteurs psychiatriques et ouvertes sur la cité, la réalité est plutôt celle de soigner au mieux une population présentant des troubles psychiatriques que l'hôpital public rechigne à prendre en charge. L'histoire de l'entrée de l'hôpital en prison a donc une face sombre : celle du désinvestissement progressif des hôpitaux psychiatriques. En témoigne par exemple l'enthousiasme du Centre Hospitalier Spécial d'Etampes en 1971 lorsqu'est ouvert le premier secteur psychiatrique expérimental à la prison de Fleury-Mérogis : l'hôpital voit dans cette création institutionnelle l'occasion de délester le secteur de psychiatrie générale des patients en provenance de la prison (Farges, 2013, p.203). D'ailleurs, dans les années 1970, plusieurs départements ne prendront plus d'arrêtés de placement d'office au sujet de détenus, d'une part parce que les quartiers de sécurité des hôpitaux psychiatriques ont disparu, mais également parce que des services existent désormais en prison. Cette situation a sans doute pour effet d'accélérer la réflexion sur l'augmentation des

dotations en prison. À la fin des années 1970, c'est la même logique qui réussit à convaincre les praticiens hospitaliers, assez hostiles pour des raisons budgétaires et symboliques au rattachement fonctionnel de la psychiatrie pénitentiaire au système général. La circulaire Veil de 1977 les rassure en revenant dans son préambule sur « la nécessaire prise en charge du détenu souffrant de troubles mentaux » en évitant au maximum le transfert dans les hôpitaux spécialisés de malades atteints de troubles sans gravité » ». (Farges, 2013, p.207). Il semble donc que la création de services de psychiatrie en prison s'accompagne du progressif désengagement des hôpitaux psychiatriques à l'égard des personnes détenues.

En France, au cours des années 1960 et 1970, les prisons s'aménagent pour donner aux personnes détenues accès à des soins psychiatriques de qualité équivalente à ceux qui sont alors dispensés au dehors. Mais l'ouverture de la prison à ces nouveaux acteurs du soin se fait par une externalisation de missions jusque là confiées à l'administration pénitentiaire. En effet, les équipes psychiatriques qui exercent dans ces services manifestent un certain malaise face à l'idée de recréer en prison l'asile tant combattu au dehors. Le rejet de la tutelle pénitentiaire semble leur permettre de mettre à distance l'ambivalence de leur positionnement, entre soin et enfermement. La réforme de la psychiatrie se fait donc contre la prison et les psychiatres ont une position proche de celle des médecins exerçant en zone de guerre : leur intervention est conçue comme nécessaire mais ils ne peuvent que souhaiter l'arrêt des hostilités. En Allemagne au contraire, les psychologues qui entrent en prison espèrent pouvoir en réformer le fonctionnement de l'intérieur.

2. Allemagne : des psychologues dans la réforme de la prison

En Allemagne, les années 1960 et 1970 sont également marquées par une volonté de réforme des institutions carcérales. Elle débouche en 1977 sur une loi pénitentiaire, qui résulte des réflexions de juristes soucieux de conformer le fonctionnement des prisons aux exigences de l'État de droit (Salle, 2009). Mais les réflexions conduisent également à imposer l'idée que la prison doit devenir une institution de traitement. C'est pour mettre en œuvre ce programme que des psychologues s'invitent dans la réforme des prisons. Le récit de Franz Dürer, que je rencontre à l'hiver 2009 à l'occasion de deux entretiens, servira de fil rouge pour revenir sur cette période.

a) Réforme pénitentiaire et « détention à visée de traitement »

Frappées par une série de scandales portant sur des actes de maltraitance en détention, les prisons allemandes reviennent régulièrement dans le débat public dans les années 1960. À ces scandales s'ajoutent bientôt des émeutes dans les prisons de Francfort, de Mannheim ou d'Hambourg. Si des groupes de prisonniers se créent çà et là, ces mouvements restent éparés et ne

trouvent qu'une faible résonance sur la scène intellectuelle³³. Cependant, ces événements alimentent l'idée, défendue par de nombreux criminologues critiques allemands, que le fonctionnement disciplinaire des prisons est archaïque et indigne de l'État de droit. Sans revenir sur la genèse de la réforme, précisément retracée par Grégory Salle (Salle, 2009, chapitre 2), on peut noter que celle-ci est guidée, dans l'esprit de ses partisans, par deux objectifs complémentaires. Le premier, d'ordre juridique, vise à légaliser la peine de prison, en l'encadrant par une loi fédérale unique pour toute la République Fédérale Allemande. En 1967, un ouvrage de témoignages dirigé par Dietrich Rollman, député chrétien-démocrate, revient ainsi sur l'état des prisons allemandes et dénonce l'absence de loi pénitentiaire, « présentée comme une anomalie flagrante dans un pays dont la grammaire politique est notoirement légaliste » (Salle, 2009). Le second porte sur les objectifs de cette loi : la prison doit devenir utile à la société, elle doit s'organiser autour d'une mission de réhabilitation des personnes emprisonnées.

La « détention à visée de traitement » (*Behandlungsvollzug*), émerge donc dans ce contexte, à la confluence de courants criminologiques inspirés de la nouvelle défense sociale (qui prône un traitement adapté à la personnalité du détenu) et de courants de juristes plus critiques, alimentés par les travaux nord-américains autour de la construction sociale de la déviance, qui entendent limiter l'emprisonnement et engager une réforme de son fonctionnement, guidée par un souci de resocialisation. Revenant sur la réforme des prisons, un manuel de droit pénal récent explique en ces termes les évolutions de la pensée criminologique qui, dès les années 1960, « commence à prendre ses distances avec le concept dépassé de la prison éducative-disciplinaire (*Erziehungsvollzug*) et se tourne vers celui de « détention à visée de traitement » (*Behandlungsvollzug*), nourrie des travaux de sciences humaines et sociales, et inspirée des exemples nord-américains et scandinaves, et dans laquelle les troubles de la personnalité (*Persönlichkeitstörung*) et les déficits de socialisation sont placés au cœur de la prise en charge (Laubenthal, 2011, p. 68). Signe des temps, le nombre de personnes internées en rétention de sûreté décline, et les termes de « tare héréditaire » (*erbliche Belastung*) ou d'« incorrigibilité » (*Unverbesslichkeit*), fréquents jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, sont remplacés par de nouveaux qualificatifs plus optimistes quant à la capacité de changement de l'être humain : « soignable » (*therapierbar*), « resocialisable » (*resozialisierbar*). L'idée s'impose que les personnes détenues sont victimes de la société et ont, de ce fait, un « droit à la thérapie » (*Recht auf therapie*) (Baumann, 2008, p. 379). Seule voix dissonante, et minoritaire, celle des penseurs les plus radicaux de la « criminologie critique », qui reprochent à leurs collègues d'être tombés dans une « idéologie du traitement » (*Behandlungsideologie*) et de participer à une « pathologisation » (*Pathologisierung*) de la délinquance qui occulterait les rapports de domination existant dans la société. Dans une perspective réformiste, ils estiment que la prison ne doit pas « adapter le

³³ L'analyse conduite par Grégory Salle permet de comprendre pourquoi les intellectuels allemands ne se rallient pas, comme leurs condisciples français, au combat politique pour la cause carcérale. Ce retrait des intellectuels s'explique, pour le sociologue, par la configuration du champ académique et l'importance de courants de juristes dits « critiques » mais surtout inscrits dans une entreprise de réflexion appliquée, par le faible rôle de levain joué, en Allemagne, par les prisonniers politiques, mais surtout par le contexte socio-politique de l'époque : les années 1970 sont marquées par les attentats de la Fraction Armée Rouge, qui discréditent pour longtemps les mouvements d'opposition politique les plus radicaux – l'opposition extra-parlementaire par exemple.

délinquant au système de valeurs bourgeois », mais être un avant-poste du changement social (Baumann, 2006).

Le nouveau code pénal de 1975 et la loi pénitentiaire de 1977 sont donc marqués par ces réflexions : le premier limite le recours à l'incarcération³⁴, développe les peines alternatives (jours-amendes, travail d'intérêt général, etc.) ; la seconde grave dans la loi le principe de la resocialisation et modernise le fonctionnement pénitentiaire en encadrant les droits et devoirs des personnes détenues³⁵. Mais la grande nouveauté de l'époque est l'inscription, dans la loi, des « unités socio-thérapeutiques » (*sozialtherapeutische Anstalten*), qui existent alors de façon expérimentale, notamment à Hohenasperg dans le Bade-Wurtemberg, dans la prison de Tegel à Berlin, dans celle de Düren (Rhénanie du Nord Westphalie) ou d'Erlangen (Bavière) depuis le début des années 1970. L'ouverture progressive de ces unités marque l'installation d'un « credo thérapeutique » (Salle, 2013). Elles sont aussi le cheval de Troie par lequel un nouveau groupe professionnel s'introduit en milieu carcéral : les psychologues. Le romancier Siegfried Lenz évoque dans *La leçon d'allemand* (1968) l'entrée, par centaines, de psychologues « qui vouent un intérêt quasi maladif aux jeunes délinquants »³⁶.

b) Les premiers pas de la sociothérapie

Franz Dürer, que je rencontre en novembre 2009 et en février 2010 pour deux entretiens biographiques, est l'un de ces psychologues. Il arrive en juillet 1971 dans une toute nouvelle unité de la prison de Grünstadt, ouverte quelques mois plus tôt par un médecin et une psychiatre, qui sera bientôt labellisée « unité socio-thérapeutique », et au sein de laquelle il effectue une grande partie de sa carrière de psychologue. Il revient abondamment sur ses premières années et sur les espoirs qui semblaient guider les pas de ceux qu'il décrit comme des « Résistants » (*Partisanen*). Il faut recevoir avec précaution le témoignage d'un homme à la retraite depuis peu de temps, qui insiste sur les ambitions initiales de la sociothérapie pour mieux en dénoncer les « dévoiements récents », et qui raconte le radicalisme de ses engagements de jeunesse avec une légère autodérision pour mieux souligner la « sagesse » acquise par l'expérience. Mais son récit illustre le climat politique dans lequel s'installent les premières unités socio-thérapeutiques :

« 1971, tu vois, c'était juste après 1968, avec toute cette ambiance révolutionnaire (*Revolutiontum*). Le mot d'ordre à l'époque, c'était « mener le combat dans les institutions ». C'est quelque chose qui à l'époque m'a beaucoup... oui beaucoup impressionné. [...] Voilà, on voulait faire entrer la révolution dans les institutions. Et la scène carcérale (*Szenerie*) était infectée (*infiziert*) à l'époque par cette pensée révolutionnaire. Il y avait pas mal de barouf (*Krawall*) et le ministère de la justice n'arrivait plus à remettre de l'ordre. La police était souvent là, parce que les prisonniers

³⁴ Et de fait, contrairement à la tendance française, les taux d'incarcération allemands baissent fortement dans les années 1980 (Salle, 2009, Chapitre 4).

³⁵ Cette loi est cependant loin de démocratiser le fonctionnement : les mesures d'ordre intérieur continuent d'être la règle normale en matière de gestion de l'ordre carcéral ; et les quelques droits sont contrebalancés par une liste importante de devoirs, au premier rang desquels le devoir de travailler.

³⁶ Cité et traduit par Grégory Salle (2013)

brûlaient des matelas, montaient sur les toits, comme en France un an après. Et c'était aussi l'époque où la Justice s'est posé la question de faire autrement... Et elle a laissé carte blanche à ceux qui proposaient de faire différemment : s'il y a des gens qui veulent y aller, qu'ils y aillent ! Ça c'est la situation de départ, à partir de laquelle on a commencé... »

Extrait d'entretien, Franz Dürer, 13 novembre 2009

Cet extrait rappelle combien les unités socio-thérapeutiques sont initialement perçues par les autorités comme une réponse aux révoltes de la fin des années 1960. En 1971, quand l'unité ouvre, elle fait le pari de prendre en charge les « perturbateurs » (*Vollzugsstörer*) pour démontrer la crédibilité de l'entreprise aux autorités : « si nous prenions les plus difficiles, et que ça marchait, nous devenions crédibles ! ». Mais cette initiative est portée par la croyance de l'équipe dans l'idée « que ce que nous faisons était nouveau, et que ça ne pouvait que fonctionner parce qu'on était solidaires avec ces personnes privées de droits et laissées dans l'ombre. Il y avait le sentiment d'être solidaires, avec les prisonniers, contre le reste du monde ».

Le projet est porté par des thérapeutes nourris des lectures antipsychiatriques de l'époque, et notamment de Basaglia³⁷, dont l'ouvrage phare constituait, selon Franz Dürer, « une bible pour tous ceux qui ont travaillé dans ce genre d'institutions ». Mais il est également influencé par les réflexions en cours en Allemagne autour de l'institution psychiatrique : à l'instar des transformations qui touchent l'organisation des soins psychiatriques en France, en Italie ou en Angleterre, une grande restructuration a en effet lieu en Allemagne au cours des années 1970, marquée par la création d'une commission parlementaire sur la qualité des soins psychiatriques. L'enquête qu'elle publie en 1975³⁸ dénonce les conditions de vie dans les hôpitaux et l'absence de dispositifs psychiatriques de proximité et initie la réforme du système psychiatrique allemand. Le principe qui guide alors la création des unités socio-thérapeutiques se résume ainsi selon Franz Dürer : « le 'mal' est un construit social, produit par la société, il n'est pas ancré dans les gènes, il est construit socialement. Et les établissements psychiatriques contribuent à produire les malades psychiatriques. » Dans ce contexte, la sociothérapie vise « non pas une thérapie individuelle mais une thérapie qui prend en compte le contexte social, c'est-à-dire d'où viennent les gens, de quel milieu, mais aussi le contexte social de l'unité elle-même, parce que la vie sociale de l'établissement lui-même a une influence déterminante³⁹. L'idée c'est de prendre tout ça en compte. »

Lorsqu'il arrive à Grünstadt, Franz Dürer se souvient d'une immense prison effrayante, qui avait des airs de « cachot », de « bagné » (*Zuchthaus*). L'unité ouvre dans une structure neuve, à l'écart des autres bâtiments de détention. Elle fonctionne selon des principes nouveaux, une

³⁷ Franz Dürer fait référence notamment à l'ouvrage publié en 1968 en Italie, qui sera traduit en français en 1970 sous le titre *L'Institution en négation* et en Allemagne en 1971, *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz*, (Suhrkamp)

³⁸ Deutscher Bundestag, 1975 : „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch- psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.“ Bundestagsdrucksache 7-4200, Universitätsverlag, Bonn.

³⁹ Ces propos de Franz Dürer laissent à penser que les unités socio-thérapeutiques sont alors influencées par ce que la psychiatrie française appellera la « psychothérapie institutionnelle » (Georges Daumezon, François Tosquelle à l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole ou encore Jean Oury à la clinique de la Borde.

« cuisine expérimentale » (*Methoden-Küche*⁴⁰) : une assemblée générale hebdomadaire permet de discuter du fonctionnement de l'unité, à laquelle participent les représentants élus des prisonniers. Dans les cas de conflit (bagarre, vol, etc.), une commission, qui réunit elle aussi membres de l'équipe et personnes détenues, rédige un protocole et prend des mesures : « c'était une façon de faire très éclairante pour nous, parce qu'on constatait souvent que les prisonniers étaient beaucoup plus rigoureux que nous, ils se faisaient une idée beaucoup plus sérieuse du « bon procès », avec de longues auditions, pour entendre tous les points de vue... ». Des partenaires extérieurs sont invités à participer à la vie de l'institution sous la forme de partenariat, notamment pour aider les personnes détenues à préparer leur retour dans le monde du travail. L'équipe de l'unité obtient rapidement la responsabilité, alors dans les mains de la direction de la prison, de prendre les décisions d'aménagement de peine. Se réunit alors un « comité de pilotage » (*Leitungsgremium*) – constitué des trois psychologues en charge des trois zones de l'unité, qui accorde les sorties avec largesse. « Quand j'y repense, je me dis qu'on a eu de la chance, parce qu'il n'y a pas eu beaucoup de problèmes (*Panne*), pas d'abus (*Missbrauch*) avec toutes ces permissions qu'on a accordées. Mais on avait un fonctionnement bien idéaliste et naïf ! »

D'autant que l'accès à la *SothA* repose alors sur le volontariat : « il n'y avait pas vraiment d'autres critères que la motivation. On voulait qu'il y ait un reste de peine à purger compris entre 2 et 5 ans pour avoir le temps de travailler avec les prisonniers mais cette condition mise à part, c'était la motivation qui comptait. On s'est toujours battus pour que ce soit le seul critère, surtout quand la loi pénitentiaire a voulu imposer le fatal article 65 qui prévoyait l'orientation d'office de certains groupes de détenus, ceux qui présentaient une responsabilité limitée (*begrenzt Schuldfähige*), les infracteurs très violents (*extreme Gewalttäter*) ou encore les adolescents récidivistes (*jugendliche Hangtäter*)⁴¹ ». Cette règle du volontariat explique, selon Franz Dürer, le succès de l'unité : « les prisonniers savaient qu'en venant ici, s'ils jouaient le jeu, ils auraient plus de liberté les cellules ouvertes, une prise en charge plus intense, des professionnels qui s'intéressent vraiment à eux, la possibilité d'avoir un aménagement de peine. Mais ils savaient aussi qu'il faudrait jouer le jeu de l'unité, et on se donnait le droit de refuser quelqu'un si on sentait qu'il n'y avait pas la motivation nécessaire. » La règle reste en effet jusqu'en 1998 celle de la « motivation » (§9 de la loi pénitentiaire ou *StVollzG*), malgré la tentative de faire de la sociothérapie une « mesure de réadaptation et de sûreté », ordonnée par le juge. Cette « motivation » est, selon la loi, évaluée par la direction de la *SothA*, sans que des critères précis soient établis par le législateur.

Au début des années 1970, l'unité est donc, pour Franz Dürer, une unité modèle, que de nombreux observateurs allemands et étrangers viennent observer : « pour nous, c'était le modèle d'une prison idéale. C'était une des premières *SothA*, peut-être que ça a joué. C'était la Mecque (*das*

⁴⁰ La description de Franz Dürer évoque celle que le Spiegel fait de la *SothA* de la prison de Hohenasperg (près de Stuttgart), évoquée dans un article de 1970 : un régime portes ouvertes, un vouvoiement de rigueur, un dialogue de mise pour apaiser les conflits et faire venir les détenus, volontiers infantilisés, à la « maturité ». Le projet est issu des initiatives locales (et discrètes) de médecins remontant aux années 1950 qui ont pris une nouvelle impulsion après le scandale de Klingelpütz (article Spiegel : « Nicht böse », 11-05-1970, p. 95-97, <http://www.spiegel.de/spiegel-print-d-44943717.html>).

⁴¹ Nous verrons plus loin que cette question de la motivation revient en 1998 à l'occasion d'une loi portant sur les auteurs d'agressions sexuelles. Cette loi, qui fait de ce groupe la cible prioritaire des unités socio-thérapeutiques, suscite des résistances, et notamment celle de Franz Dürer, qui considère qu'elle détourne la *SothA* de ses ambitions initiales.

Mekka) ! ». Mais loin de rester une exception à la règle, ou même une institution parallèle à la prison, l'objectif de ces réformateurs est de démontrer qu'il est possible, à partir de ce modèle, de transformer l'institution carcérale toute entière : les unités socio-thérapeutiques sont alors considérées comme une expérimentation avant-gardiste qui se substituera un jour à la prison.

c) Transformer la prison de l'intérieur

Dans les années 1970, de nombreux essais sont consacrés aux unités socio-thérapeutiques. Celles-ci portent en germe une transformation généralisée de la prison, comme l'explique par exemple Max Steller dans l'essai qu'il intitule en 1977 : « la sociothérapie en lieu et place de la prison » (*Sozialtherapie statt Strafvollzug*). La sociothérapie n'est pas, selon lui, une méthode *spécifique*, mais bien une méthode *substitutive*, qui concourt à une meilleure resocialisation des prisonniers. Cette méthode doit, selon lui, s'étendre à la prison entière, de façon à ce que la prison devienne un milieu « qui ne serait pas hostile à la thérapie » (*nicht therapiefindliches Milieu*), et il formule, dans cette perspective, des recommandations qui concernent tant l'organisation spatiale de la prison que les offres d'activités, de travail ou de loisirs ou encore les règles de « rémunération et de récompense ». L'essentiel consiste selon lui à « transformer la relation entre détenus et fonctionnaires pénitentiaires » (Steller, 1977, p. 41). Mais l'objectif est plus ambitieux, comme il l'explique dans une conclusion pleine d'emphase :

« Dans les conditions de vie actuelles en prison, « hostiles au traitement » (*behandlungsfeindlich*), les mesures psychothérapeutiques (telles que la *SothA*) ne peuvent avoir qu'un impact nécessairement réduit ou nul. Formulé autrement : il s'agit de considérer la détention toute entière (*den gesamten Vollzug*) comme une mesure thérapeutique, et non pas d'introduire de la thérapie en prison ». (*ibid.*, p. 116).

Cette conclusion converge avec celle de Karl-Dieter Opp et de Catrin Wenzel, deux psychologues qui publient en 1979 deux recherches empiriques sur la sociothérapie⁴². Catrin Wenzel propose une analyse consciencieuse de l'unité socio-thérapeutique de la prison berlinoise de Tegel : analyse organisationnelle, étude coûts-bénéfices et suivi de 1503 personnes libérées entre 1971 et 1974. Elle explique dès l'introduction l'objectif de son analyse : il s'agit d'améliorer le « rayonnement de la *SothA* et la restructuration de la prison de Tegel » pour faire de cette dernière une « prison orientée vers le traitement et la prise en charge » (p. 3).

Il y a cependant loin de la coupe aux lèvres et ces ambitions réformatrices ne conduisent ni à une généralisation des unités *SothA* dans tous les établissements pénitentiaires allemands (il n'y en a que vingt jusqu'en 1998), ni *a fortiori* à la transformation espérée du fonctionnement pénitentiaire. En effet, les initiatives sont rapidement freinées au point que certains commencent à critiquer, face au manque de moyens, la fonction d'alibi que semblent jouer ces unités. Le directeur de la *SothA* de Hohenasperg démissionne ainsi en 1979 en signe de protestation face à une 'institution totale', qui,

⁴² Dont les titres, respectivement « prison et resocialisation. Réflexions théoriques, résultats empiriques, recommandations pratiques » et « structure organisationnelle et mission de traitement en prison » révèlent une nouvelle fois les ambitions réformatrices.

sous couvert de guérir, rend en fait encore plus malade. » Il ressort du témoignage qu'il publie dans le *Spiegel* du 6 août 1979⁴³ « qu'en dépit de l'objectif juridique et officiel de resocialisation, les pratiques archaïques demeurent, pratiques sur lesquelles la loi de 1976-1977 n'a guère de prise ».

Peu soutenues par la droite chrétienne-démocrate, les unités *SothA* sont de plus en plus critiquées pour leur inefficacité au sein du courant « *mainstream* » de la criminologie allemande (Baumann, 2006) : les échecs (*i.e.* les récidives) prouvent que tous les détenus ne sont pas « aptes au traitement » (*behandlungsfähig*). Le doute s'installe dans la pensée criminologique allemande : il semble que pour certains détenus, rien ne fonctionne. Certains criminologues allemands semblent alors importer la doctrine américaine du *nothing works*, qui se forme après la publication par le sociologue américain Robert Martinson d'un article qui remet en question l'efficacité des programmes de réhabilitation⁴⁴. Ce manque de volonté politique explique, pour Immanuel Baumann, que soit abandonnée l'idée d'inscrire la *SothA* dans la liste des « mesures de réhabilitation et de sûreté⁴⁵ ». En effet, ce projet suppose la généralisation d'un dispositif devenu coûteux tant économiquement que politiquement.

Inaugurées dans l'agitation de la fin des années 1960, les unités socio-thérapeutiques représentent autant une solution de court terme aux émeutes des prisons que l'espoir d'un changement en profondeur de la prise en charge des personnes détenues. Si une vingtaine d'unités s'implantent dans le paysage pénitentiaire allemand, le projet qu'elles incarnent – instaurer en prison une prise en charge psycho-éducative tournée vers la réhabilitation – semble rester lettre morte au-delà des *SothA*. Si ces unités marquent cependant un tournant important pour les prisons allemandes, c'est parce qu'elles accueillent des psychologues, qui vont durablement s'installer dans les établissements (voir chapitre 4).

Les années 1960 et 1970 sont donc en Allemagne aussi des années de réformes carcérales. Les psychologues qui contribuent à donner chair aux idéaux de la « détention de traitement » sont, comme les psychiatres français, nourris par la critique de l'enfermement asilaire et carcéral. Au sein des unités socio-thérapeutiques, ils ambitionnent d'en bouleverser radicalement le fonctionnement. Si les psychiatres ne participent pas vraiment à ce projet, c'est sans doute parce que s'est imposée, depuis la création de l'internement psycho-légal, l'idée que la prison n'accueillait pas de « malades mentaux ». Et si la prison de Grünstadt ouvre également une petite infirmerie psychiatrique pénitentiaire dans les années 1960, celle-ci est décrite par mes enquêtés comme une « prison dans la prison », chargée de prendre en charge les détenus dont le comportement perturbe le quotidien

⁴³ Et intitulé : « Quand la justice fait de nous des geôliers » (*Von der Justiz als Büttel missbraucht*).

⁴⁴ Dans cet article (Martinson, 1974), l'auteur s'appuie sur la méta-analyse de 231 recherches portant sur des programmes de réhabilitation pour conclure que les traitements éducatifs et psychothérapeutiques n'avaient qu'un effet réduit, sinon nul, sur la récidive

⁴⁵ Ces mesures de réhabilitation et de sûreté, décidées par la justice, comprennent comme on l'a vu plus haut l'internement psycho-légal et la rétention de sûreté. Immanuel Baumann ne mentionne pas la résistance des psychologues exerçant en *SothA* contre ce projet, qui aurait donné au juge la liberté d'ordonner un placement en unité socio-thérapeutique. On peut cependant penser que cette résistance a fini d'enterrer un projet qui n'avait de toute façon plus les faveurs du pouvoir politique.

carcéral⁴⁶. Les psychiatres semblent d'ailleurs se désintéresser de tous ces lieux d'enfermement : les hôpitaux psycho-légaux tournent au ralenti dans les années 1960 et 1970.

En 1974, le président Valéry Giscard D'Estaing prononce, lors de la visite d'un établissement pénitentiaire que « la prison c'est la privation d'aller et de venir, et rien d'autre ». Cette phrase servira, pour la critique des prisons françaises, d'étalon à l'aune duquel seront évaluées les conditions de détention, pour montrer que loin de se limiter à une privation de liberté, la prison prive aussi les personnes détenues d'un ensemble de droits fondamentaux (à la famille, aux droits sociaux et politiques, etc.). À la lumière de la comparaison franco-allemande, cette phrase prend cependant une autre signification : elle témoigne du fait que la réforme de la prison passe, en France, par une externalisation progressive des missions qui ne relèvent pas exclusivement de la « privation d'aller et de venir ». Cette externalisation, à laquelle on assiste tant dans le domaine social que scolaire, sportif, culturel ou professionnel, avec l'entrée en prison de nouveaux acteurs en milieu pénitentiaire, est particulièrement frappante dans le cas des soins psychiatriques. En effet, comme on l'a ici montré, l'entrée d'équipes psychiatriques en prison se traduit en France par une « déprise » progressive (Rostaing, 2009) des questions sanitaires et psychiatriques par l'institution carcérale. En Allemagne, cette petite phrase ne trouverait aucun écho, tant la peine est conçue, avec la réforme pénitentiaire de 1977 comme bien plus que la « privation d'aller et de venir ». Elle doit au contraire être un moment de traitement, dont le programme de l'unité socio-thérapeutique constitue l'archétype. En France comme en Allemagne cependant, les professionnels en santé mentale s'installent dans l'institution carcérale. Or il semble qu'à partir des années 1990, leur présence redonne un nouveau souffle à la prison, et plus largement à la pénalité : on observe alors que le contrôle pénal est de plus en plus justifié par la volonté de soigner les personnes désignées comme « dangereuses » par la société, au premier rang desquelles on trouve de nouvelles figures à la croisée du soin et de la peine : les auteurs de violences sexuelles et les malades mentaux auteurs d'infractions graves.

III. 1990-2015 : DES HÉRITAGES INSTITUTIONNELS À L'ÉPREUVE

Les années 1990 ont souvent été décrites comme celles d'un « tournant punitif » caractérisé dans les sociétés occidentales par l'inflation de l'État pénal au détriment de l'État social (Garland, 2001 ; Wacquant, 2004) et par des politiques pénales marquées guidées par l'identification et la neutralisation des risques (Beck, 2001 [1992] ; Feeley, Simon, 1992 ; Cauchie, Chantraine, 2005). On remarque en effet en France comme en Allemagne un retour discret des principes de la « défense sociale », qui se manifeste par l'enfermement croissant de ceux qui sont identifiés comme « dangereux ». Notion « séculaire et mutante », la dangerosité est depuis la fin du XIXe siècle « un opérateur de la politique criminelle et même du droit positif » (Danet, 2009). Mutante, cette notion

⁴⁶ Nous reviendrons dans le chapitre 4 sur cette infirmerie, qui outre sa mission « pénitentiaire », constitue par ailleurs une exception dans le paysage carcéral allemand.

a évolué avec ces différents courants de pensée : mobilisée à la fin du XIXe siècle au nom du déterminisme, elle est aujourd'hui articulée à la question du risque, c'est-à-dire « la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables » (Castel, 1983). L'attention portée au risque de récurrence des « malades mentaux violents » et des « auteurs de violence sur autrui » vient de nouveau mettre à l'épreuve la distinction entre soigner et punir.

1. En France : la prison au cœur de la tension entre soigner et punir

En France, l'épreuve ébranle tout particulièrement l'institution carcérale : confrontée à l'augmentation apparente du nombre de détenus malades, elle est sommée d'apporter une réponse à un problème social considéré comme intolérable. La solution institutionnelle retenue – la création d'unités hospitalières en prison – s'inscrit cependant dans la tendance contemporaine à faire de la peine un temps de traitement de la « dangerosité ».

a) Des fous en prison : le scandale éphémère de la prison « pathogène »

Le scandale des années 2000 fait des personnes détenues des victimes d'un système carcéral dysfonctionnel et pathogène, dont les détenus présentant des troubles mentaux sont la preuve la plus éclatante. En ce sens, les troubles mentaux en prison semblent être devenus une « souffrance que l'on ne peut plus cacher »⁴⁷ et qui nécessite une intervention rapide des pouvoirs publics. Or ces troubles semblent augmenter sans cesse. C'est en tout cas l'idée qui s'impose dans la presse de l'époque : les prisons sont « débordées par l'afflux de malades mentaux »⁴⁸, la prison devient une « carcérale des fous », elle accueille ceux qui ne sont « pas assez fou(s) pour être internés »⁴⁹ mais qui présentent des troubles mentaux pourtant graves.

Le 14 février 2002, l'Express publie un dossier consacré à « la folie sous écrou » dont les sous-titres révèlent l'ampleur du problème : « ici se côtoient le mutique, le fou dangereux et le simplet » ; « le sentiment d'impuissance des surveillants » ; « au bout du compte, c'est souvent « la rue ou la récurrence » ». C'est un « scandale incroyable » explique le journal : « près de 30% des 48 000 détenus français souffrent de troubles mentaux et 10 à 15% d'entre eux sont atteints de pathologies lourdes ».

L'Express, « La folie sous écrou », 14 février 2002

Les statistiques sur lesquelles s'appuie la presse de l'époque sont partielles : jusqu'au milieu des années 2000, on suppose plus qu'on ne mesure l'ampleur des « troubles mentaux » en milieu

⁴⁷ C'est le titre d'un rapport paru en 1995 sur les liens entre précarité et santé mentale : Lazarus Antoine et Strohl Hélène, 1995. « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain. Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, février 1995.

⁴⁸ *Le Monde*, 17 avril 2002, Cécile Prieur

⁴⁹ *Libération*, 15 janvier, Dominique Simonnot, Olivier Bertrand. Voir aussi, le 18 février 2002, Sandrine Cabut, « Vol au-dessus d'un nid de détenus ».

carcéral. L'enquête commandée en 2003 conjointement par le ministère de la Santé et de la Justice vise à établir une bonne fois pour toutes des statistiques représentatives de la population pénale pour pouvoir dresser un tableau fidèle de la réalité carcérale. Elle établit que 27,4% à 35,9% des personnes détenues présentent au moins un trouble psychiatrique grave⁵⁰. Si l'équipe épidémiologique prend mille précautions méthodologiques pour évaluer la prévalence des troubles psychiatriques en prison, l'enquête est bien souvent résumée à un taux, mentionné dans un rapport intermédiaire remis par l'équipe scientifique à l'occasion d'un colloque « Santé-Justice » sur les 10 ans de la réforme des soins en prison, en 2004 : « 75% de personnes détenues présenteraient un trouble psychiatrique⁵¹ ». Ce taux s'impose dans la presse et les différents rapports associatifs ou officiels sur le sujet. Cet usage des statistiques montre bien que celles-ci viennent en appui à l'indignation morale : le paradigme qui s'impose à cette époque est celui de l'iniquité que représente l'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux. Sans doute ce chiffre permet-il, dans une stratégie médiatique⁵² ou de dénonciation politique⁵³, de nourrir le scandale.

Encadré 4 Un nouvel épisode du scandale des prisons

Il est devenu classique dans la chronologie contemporaine de l'institution carcérale française de considérer l'année 2000 comme une année de césure (Salle, 2009 ; Bérard, Chantraine, 2013 ; Bouagga, 2015), au cours de laquelle s'ouvre une période d'indignation autour des dysfonctionnements des prisons françaises. Au début de l'année 2000, l'espace médiatique frémit d'indignation face aux prisons françaises. Détonateur de ce scandale, la publication par Véronique Vasseur d'un livre (Vasseur, 2000) qui raconte l'accablant quotidien de médecin à la prison de la Santé et dresse un état des lieux catastrophique de la situation carcérale. L'ouvrage rencontre un succès de presse important, vraisemblablement lié à l'exposition médiatique importante du « docteur » Vasseur qui, par son rôle de témoin oculaire (l'ouvrage est écrit à la première personne) et par le fort pouvoir symbolique dont est investie sa profession, réussit toutes les « épreuves de crédibilité » qui permettent à son témoignage d'obtenir une « validité publique » (Salle, 2009, p.211). En effet, comme le rappelle Grégory Salle, l'ouvrage ne révèle rien qui n'ait été mis au jour par d'autres canaux : par exemple, une visite du Comité de Prévention de la Torture en 1996 à la prison de la Santé dessine un tableau assez proche de celui du *Médecin-chef à la Santé*. Depuis 1992, l'Observatoire International des Prisons, rejoint dans cette entreprise en 1999 par l'association Ban Public, s'attelle à dénoncer les dysfonctionnements de l'institution carcérale. Sans compter que la plupart des couleurs de ce sombre tableau font déjà partie depuis des décennies de la palette des critiques de la prison.

Mais l'ouvrage entraîne un « sursaut parlementaire » : aux articles documentés de journalistes succèdent rapidement deux commissions d'enquête de l'Assemblée Nationale (2000) et du Sénat (2000) sur les conditions de détention en France, qui déboucheront sur un ensemble de préconisations visant à remodeler l'institution carcérale. « Humiliation pour la République », la prison est au cœur du scandale : sont passés en

⁵⁰ L'annexe 5 détaille les résultats des enquêtes épidémiologiques françaises et allemandes.

⁵¹ C'est le chiffre indiqué dans un premier bilan disponible sur internet www.cabinet-ferly.com/documents/doc_463.rtf - Les prévalences les plus exactes sont cependant celles de l'article scientifique publié dans la revue BMC Psychiatry (Falissard et al., 2006).

⁵² Un article du *Monde*, s'appuyant toujours sur cette enquête épidémiologique titre même en 2013 : « 80 % des détenus présentent au moins un trouble psychiatrique » (13-04-2013 par Franck Johannès).

⁵³ Les chiffres provisoires de 8 hommes sur 10 et 7 femmes sur 10 présentant un trouble mental sont par exemple cités dans le rapport de l'Observatoire International des Prisons de 2005, ou dans un entretien avec Christiane de Beaurepaire paru dans l'Express : « Prison, le cri d'alarme d'une psychiatre » (15-06-2006, par Delphine Saubaber).

revue par les deux commissions les conditions de détention (l'hygiène, l'accès aux activités, au travail, aux soins) dans un contexte de surpopulation croissante ; le manque de personnels tant pénitentiaires que socio-éducatifs qui rend caduque l'un des objectifs de la peine de prison, la réinsertion ; les aspects juridiques, l'absence de contrôle extérieur des procédures et décisions pénitentiaires au risque de laisser régner dans les coursives un arbitraire contraire à l'État de droit. La prison toute entière semble passer une épreuve de conformité. La charge est morale, dans le sens où c'est l'institution carcérale toute entière qui est jugée mauvaise, défectueuse voire nocive : s'impose dans le débat l'idée que la personne détenue est victime de la prison (Bouagga, 2015). Victimes parmi les victimes, les détenus présentant des troubles mentaux graves n'ont pas leur place en prison.

« L'ère de déploration carcérale » (Salle, 2009, p.243) cède rapidement le devant de la scène publique à d'autres « problèmes sociaux », celui de la sécurité notamment, dès les élections présidentielles de 2002. En ce sens, l'indignation publique des années 2000 s'inscrit dans la longue liste des scandales qui ont émaillé l'institution carcérale depuis sa création, ravivant un élan réformateur dont l'objectif serait de créer enfin les conditions d'une « bonne peine de prison », mais que l'on peut, avec Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, suspecter de réveiller un temps le « mythe fondateur de la prison » comme un « arrière-plan moral indispensable à l'autojustification de ceux qui gèrent le système » (Faugeron, Le Boulaire, 1991, p.35).

Plusieurs hypothèses complémentaires sont avancées pour expliquer l'augmentation apparente du nombre de personnes malades en prison : elle résulte d'évolutions concomitantes de la justice et de la psychiatrie.

Du côté de la justice, l'accélération des procédures (Bastard et al., 2015) aurait sa part de responsabilité à plusieurs titres : le recours plus fréquent à la procédure de la comparution immédiate, la correctionnalisation d'un grand nombre d'affaires⁵⁴ et la commission d'avocats d'office débordés entraînerait l'incarcération de personnes malades pour des délits souvent mineurs, comme s'il était finalement moins coûteux pour la justice de laisser les justiciables exécuter ces courtes peines plutôt que de recourir à une expertise. Ainsi, pour Jean Bérard et Gilles Chantraine (2008), « l'accélération du train de la justice ordinaire [...] concerne le plus souvent les auteurs d'une délinquance visible, de rue, qui sont eux-mêmes dans une situation de marginalité. [...] 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. »

Par ailleurs, une réforme du Code pénal modifie le cadre juridique de l'irresponsabilité pénale au début des années 1990, en introduisant une nuance entre l'abolition et l'altération du discernement :

L'article 122.1 vient se substituer à l'ancien article 64 du Code pénal de 1810 et introduit une distinction entre l'irresponsabilité pénale et l'altération du discernement : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son

⁵⁴ Selon l'annuaire statistique du Ministère de la Justice de 2010, les comparutions immédiates sont passées de 5,71% des affaires pénales poursuivies en 2001 à 6,75% en 2007, tandis que le pourcentage d'affaires renvoyées devant le tribunal correctionnel a augmenté de 68 % des individus mis en examen en 2001 à 76% en 2007, alors que ce taux était resté stable entre 1990 et 2001.

discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

Code pénal entré en vigueur le 1^{er} mars 1994

Cette modification du code pénal a deux conséquences sur la pratique : d'une part, le nombre de personnes déclarées « irresponsables pénalement » en raison d'un trouble mental diminue⁵⁵ ; d'autre part, la sévérité pénale semble plus forte à l'égard des personnes pour lesquelles une altération du discernement a été identifiée. Le rapport du Sénat sur l'état des prisons françaises (2000) indique ainsi : « Certaines juridictions ont vu (dans cet article) l'opportunité d'appliquer une peine plus lourde. » La responsabilité reviendrait notamment aux jurys populaires, tentés de punir plus sévèrement les personnes présentant de graves troubles psychiatriques : « Du fait de sa présentation ou du contenu de son discours, d'une attitude totalement liée aux symptômes de sa maladie, le schizophrène va impressionner défavorablement le jury de la Cour d'Assises », explique ainsi une psychiatre (Brahmy, 2005). Sans doute peut-on penser avec Serge Portelli que « tout concourt aujourd'hui à réduire dans la pratique le champ d'application de l'article 122.1⁵⁶ ». Si la preuve statistique de cette sévérité pénale n'est pas apportée⁵⁷, on peut toutefois remarquer que les statistiques judiciaires montrent une augmentation régulière des prononcés de longues peines en France depuis la mise en application du code pénal de 1994. On peut donc penser avec Marc Renneville que le trouble mental est « devenu, dans les faits comme dans le droit, une 'circonstance aggravante' » (Renneville, 2004, p.433).

Mais les juridictions sont influencées dans leurs décisions par les travaux des experts psychiatres que certains (voir Pradier 1999 par exemple) rendent principaux responsables de l'alourdissement des condamnations. Les usages de l'expertise sont sans doute plus complexes (Dumoulin, 2000 ; Cartuyvels, Sicot, Wyvekens, 2009) et la décision judiciaire résulte d'une co-construction de l'autorité entre le juge et l'expert (Bensa, Fernandez, Lézé, Leroy, 2010). Toutefois, Caroline Protais (2011) a mis en évidence une tendance, chez une partie des experts psychiatres, à plaider en faveur de la responsabilité des justiciables présentant de graves troubles psychiatriques, notamment pour des raisons théoriques liées à l'évolution de la place du malade dans la relation de soin. En effet, il serait difficilement compatible de donner au malade plus d'autonomie dans la relation clinique tout en continuant à pratiquer l'irresponsabilité pénale. Cet argument clinique

⁵⁵ Il passe ainsi de 611 personnes (0,80% des personnes mises en examen) en 1989 à 140 personnes (soit 0,39% des personnes mises en examen) en 2010. Voir annexe 3 pour une présentation détaillée de ces statistiques.

⁵⁶ La réforme de l'article 122.1 semble donc avoir le même effet indésirable que l'introduction, en 1905, de la circulaire Chaumié. Celle-ci visait également à nuancer la stricte dichotomie de l'article 64 du code pénal de 1810 et prévoyait une atténuation de responsabilité « chaque fois qu'une anomalie psychique liée à la commission de l'infraction est constatée ». Marc Renneville constate que les médecins chargés d'expertiser ces délinquants refusent bien souvent de délivrer ce qu'ils considèrent être des « brevets d'impunité ». La circulaire a donc pour effet d'aggraver les peines des personnes dont la responsabilité est atténuée. Elle est d'ailleurs retirée peu de temps après son adoption (Renneville, 2004).

⁵⁷ Aucune information n'est, à notre connaissance, disponible sur la fréquence et les circonstances dans lesquelles l'altération du discernement est prononcée. On ne sait pas non plus dans quelle situation elle joue comme une circonstance aggravante plutôt que comme une circonstance atténuante.

s'inscrit pour Caroline Protais dans une « grammaire de la responsabilité » dont on trouve par exemple une illustration dans les écrits de Jean-Luc Roelandt⁵⁸ :

« On peut avoir des troubles psychotiques, dépressifs, addictifs et être responsable de ses actes. À moins de considérer d'emblée les personnes ayant des troubles psychiques comme des humains à part, non-citoyens, vraiment autres. » (Piel, Roelandt, 2001). Il ajoute en 2009 : « Les personnes ayant des troubles psychiques sont des citoyens qui ont les mêmes droits que l'ensemble de la population dite « saine ». La responsabilité en est un ». (Roelandt, 2009).

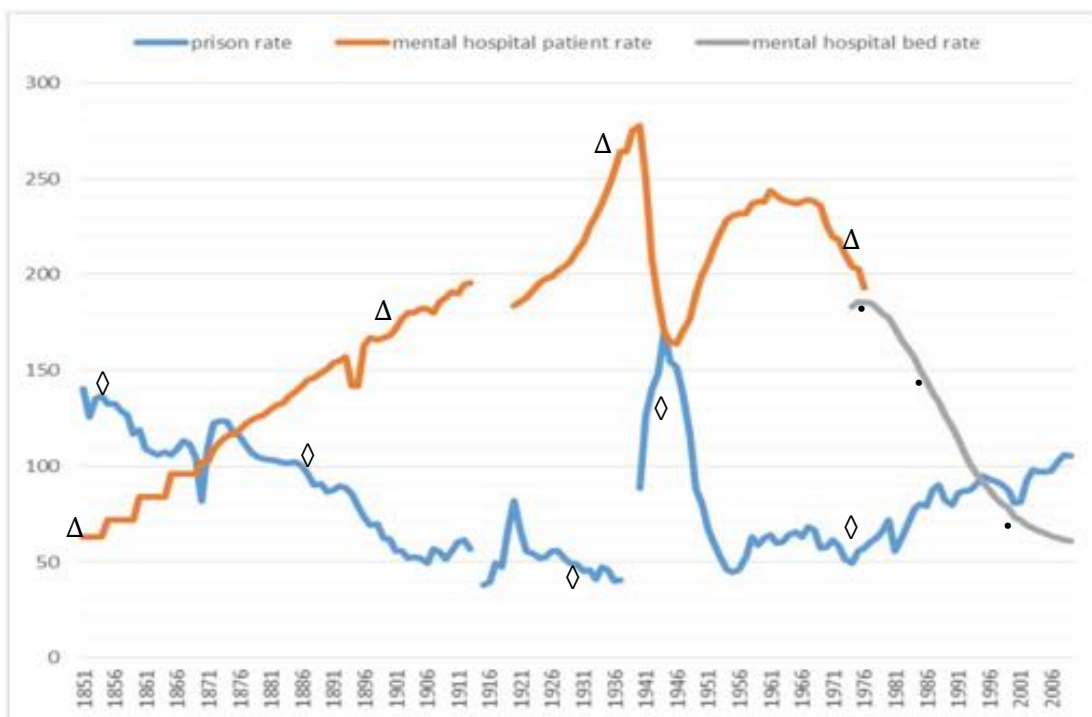
Cet argument ontologique est parfois suspecté d'être « l'habillage, par des motifs pseudo-théoriques, de considérations nettement plus pratiques » (Brahmy, 2005) : les experts, exerçant souvent dans les hôpitaux psychiatriques, tenteraient ainsi de s'épargner, et d'épargner à leurs collègues les patients les plus difficiles, qui risquent parfois de bloquer un lit d'hospitalisation pour une longue durée. En effet, et c'est la dernière hypothèse avancée pour expliquer l'augmentation des troubles mentaux en prison, l'ouverture de l'hôpital psychiatrique, que le rapport du Sénat qualifie avec emphase de « révolution psychiatrique » (Sénat, 2000, p.41), s'est traduite notamment par une diminution du nombre de lits et par une prise en charge ambulatoire de beaucoup de malades mentaux auparavant placés en asile⁵⁹. Ces modifications auraient des conséquences sur le public accueilli par la psychiatrie publique – un rapport de l'inspection générale des affaires sociales sur la santé mentale en prison indique ainsi en 2001 : « la population souffrant de précarité et d'exclusion est peu vue par les secteurs de psychiatrie générale, alors qu'elle constitue une part importante des entrants en prison ». Mais cette situation résulte aussi de l'attitude des équipes hospitalières face aux plus marginaux. Pierre Pradier (1999)⁶⁰ leur reproche ainsi de « refuser au nom d'une éthique qui leur appartient, de recevoir dans leur service des malades très sévèrement atteints, renvoyés sans états d'âme dans la vie urbaine, quelques heures après leur admission. Ces malades font, à l'évidence, montre d'un comportement hors normes qui les ramène inéluctablement entre les mains de la police, puis de la justice, enfin de la prison » (Rapport Pradier, 1999). Sans imputer la responsabilité aux équipes psychiatriques, le rapport du Sénat (2000) est empreint du même fatalisme : « La fin des asiles traditionnels laisse aussi de côté les malades mentaux errants ou en situation de précarité, qui suivent leur traitement de manière hasardeuse ». Les conditions matérielles d'exercice de la psychiatrie viendraient, selon plusieurs auteurs, renforcer la tendance à la « responsabilisation » des experts psychiatriques. C'est ce qu'explique déjà le rapport du Sénat en 2000 pour lequel : « Les experts sont ainsi tentés de ne pas déclarer irresponsables des personnes qui seront difficiles à gérer en hôpitaux psychiatriques : dernier maillon de la chaîne, les prisons sont là pour accueillir les malades mentaux ». Elles semblent ainsi prendre « le relais de l'asile pour devenir le lieu de la relégation psychiatrique. » (Bérard, Chantraine, 2008).

⁵⁸ Chef de service de psychiatrie, Jean-Luc Roelandt est connu pour un rapport publié avec Eric Piel en 2001 et intitulé « De la psychiatrie à la santé mentale », dans lequel les deux auteurs plaident pour le développement d'une psychiatrie ambulatoire, ouverte sur la société et demandent la suppression du principe d'irresponsabilité pénale. Caroline Protais montre dans sa thèse comment cette « grammaire de la responsabilité » prend racine dans la critique de l'institution asilaire au cours des années 1970 et 1980 : il semble devenu moralement injustifiable, pour certains psychiatres, de qualifier d'irresponsables des patients, mais surtout de les maintenir enfermés dans des services de psychiatrie.

⁵⁹ Voir encadré supra « l'asile au cœur de la réforme de la psychiatrie »

⁶⁰ C'était déjà le constat de trois psychiatres exerçant en milieu carcéral au début des années 1990 : « l'hôpital psychiatrique ouvert a donc tendance à écarter de lui aussi bien les psychopathes remuants et agressifs que les psychotiques dangereux » (Bénézech, Lamothe, Senon, 1990, p. 2)

Même si le poids relatif de chacune des hypothèses gagnerait à être mesuré de façon plus précise, il semble donc que l'on assiste en France à un transfert de population de l'hôpital psychiatrique vers la prison, sur le mode des vases communicants. Si elle ne permet pas d'expliquer le phénomène, l'étude démographique croisée réalisée par Sacha Raoult et Bernard Harcourt des taux d'hospitalisation, en constante baisse depuis les années 1970 et des taux d'incarcération en hausse sur la même période, a de quoi nourrir l'hypothèse d'un transfert de population entre les deux institutions et poser la question du grand partage des populations déviantes entre prison et psychiatrie :



Graphique I Taux d'incarcération et d'hospitalisation en psychiatrie et nombre de lits en psychiatrie de 1851 à 2006

Notes : Taux (1 pour 100 000) d'incarcération (courbe bleue /◇), et d'hospitalisation en psychiatrie (courbe orange/△) et nombre de lits en psychiatrie (courbe grise/•) de 1851 à 2006⁶¹.

Une dernière hypothèse est avancée, au début des années 2000, pour expliquer la présence en grand nombre de personnes malades en prison : les réformes de santé en prison et le développement d'une offre de soins auraient eu pour effet de cautionner l'incarcération de personnes présentant des troubles psychiatriques graves : en effet, juges et experts peuvent imaginer que ces personnes pourront trouver, en prison, des soins psychiatriques éventuellement plus adaptés que ceux dont ils pourraient bénéficier à l'extérieur. Déplorant ce risque, Gérard Dubret, expert à la cour

⁶¹ Voir (Harcourt, Raoult, 2014, pp.11-22) pour une présentation détaillée des données statistiques mobilisées.

d'appel de Paris explique dans un colloque sur la santé en prison⁶² : « 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 ». À ce titre, la décision prise en 2002 de renforcer l'offre de soins en créant des unités hospitalières en milieu carcéral (les UHSA) apparaît comme une solution institutionnelle paradoxale au problème des « troubles mentaux en prison », qui risque d'attiser le problème que ces unités sont censées résoudre.

b) Les UHSA : quand la prison se referme sur l'hôpital ?

La création d'unités psychiatriques (UHSA) dédiées exclusivement aux personnes détenues apparaît *a priori* comme une solution paradoxale au problème de l'augmentation des troubles mentaux en prison qu'elle est censée résoudre. En effet, en améliorant l'accès aux soins en prison, elle cautionne l'idée que ces personnes malades doivent bel et bien être incarcérées, une idée en contradiction avec le scandale qui ouvre les années 2000. Si le problème des troubles mentaux en prison est avant tout le problème de l'incarcération malencontreuse de personnes malades, la solution la plus évidente au problème consisterait à revoir l'aiguillage des personnes prises dans les filets de la justice. Pourtant, cette solution reste souvent très abstraite et se décline rarement en préconisations concrètes⁶³. On observe au contraire dans les propositions des différents rapports relatifs à la santé mentale en prison une hésitation entre une solution « hospitalière » et une solution « pénitentiaire ».

Ainsi en 2000, le rapport de l'Assemblée Nationale enjoint aux pouvoirs publics de « faire en sorte que les personnes qui n'ont pas leur place en prison ne se retrouvent pas dans le système pénitentiaire ». Pour les députés, c'est alors aux unités « sécurisées » des hôpitaux psychiatriques de prendre en charge ces personnes, qui sont dès lors présentées comme des patients difficiles. Mais le rapport évoque aussi la création « d'établissements spécialisés ». Le Sénat (2000) s'exprime pour sa part contre ces « établissements spécialisés » qui opéreraient « une confusion entre différentes missions », et estime nécessaire de « renforcer les capacités d'accueil des centres hospitaliers spécialisés ». Il s'agit, pour reprendre les termes d'un rapport de 1992 sur l'organisation des soins en milieu pénitentiaire (Gubler, Tcheriatchoukine, 1992), d'éviter que ne se constitue un « système de

⁶² Voir les actes du colloque « Santé en prison : dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? » organisé par le ministère de la Justice et le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille (décembre 2004).

⁶³ Il faut attendre 2011 pour que l'idée de revoir les procédures en amont de l'incarcération ressurgisse, 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.

double exclusion qui appellerait à incarcérer de plus en plus de malades mentaux ». Malgré ces réticences, le rapport du Sénat propose cependant une solution « selon laquelle la juridiction pourrait décider que la peine (des personnes jugées partiellement irresponsables) soit exécutée dans un établissement pénitentiaire spécialisé doté de services médico-psychologiques et psychiatriques appropriés », une solution qui revient au fond à spécialiser certains établissements pénitentiaires dans la prise en charge des troubles mentaux. On retrouve cette hésitation dans le rapport de l'IGAS en 2001 qui appelle de ses vœux une grande réforme de la psychiatrie, qui permettrait de « définir une véritable 'politique de santé mentale' qui fait défaut à notre pays ». Il ne s'agit cependant pas, pour les inspecteurs, de corriger un aiguillage problématique, mais d'améliorer les passerelles entre prison et hôpital afin de « permettre l'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux dans des conditions satisfaisantes ». Le rapport Piel et Roelandt sur la santé mentale suggère une alternative : les psychiatres proposent de dupliquer pour la psychiatrie ce qui a été créé pour la médecine somatique en 2000⁶⁴ : les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI). Cette solution présente à leurs yeux l'avantage de résoudre l'épineux problème des « hospitalisations D398 » - hospitalisations de personnes détenues dans les hôpitaux psychiatriques extérieurs⁶⁵, dont le nombre a été multiplié par quinze pour atteindre environ 1500⁶⁶ hospitalisations en 2003.

C'est cette solution qui est finalement adoptée, dans la discrétion, par une loi d'orientation et de programmation de la Justice⁶⁷ qui annonce, au milieu de réformes diverses, la création d'unités « spécialement aménagées » pour « l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux ». Il est étonnant que le projet soit décidé par le ministère de la Justice alors que les affaires de santé sont gérées, depuis 1986 pour la psychiatrie, par le ministère de la Santé. On peut cependant penser – et le chapitre 3 le montrera – que la présence de personnes malades en détention pose d'insurmontables problèmes à l'administration pénitentiaire, qui a peut-être, par cette loi, tenté d'accélérer la résolution de ce problème. Il faudra cependant près de dix ans pour que les premières UHSA ouvrent leurs portes, à Bron en 2010, à Toulouse et Nancy en 2012, et à Villejuif, Fleury-les-Aubrais, Rennes et Seclin en 2013. Pendant ces années, au cours desquelles est établi un cahier des charges puis une circulaire encadrant le fonctionnement de ces unités⁶⁸, on observe la mise en place d'éléments de communication officiels autour des UHSA, partagés par le ministère de la Justice et de la Santé, qui coopèrent intensivement pour mettre sur pied cette solution hybride. Les UHSA sont

⁶⁴ L'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées a ainsi prévu la création de 8 UHSI (182 lits au total) dans les centres hospitaliers universitaires de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes, Toulouse et le groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) en complémentarité avec l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

⁶⁵ Codifiée depuis 1950 par le code de procédure pénale (article D398) et par le code de la santé publique (article L.3214-4) qui permettent d'hospitaliser sous contrainte les personnes détenues « nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui ».

⁶⁶ Selon les données d'activité des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (voir DREES, 2005).

⁶⁷ Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, aussi appelée loi Perben I du nom du ministre de la justice alors en poste. Ces « unités spécialement aménagées » sont brièvement mentionnées dans l'article 48 de la loi, mais rien n'est dit sur leur fonctionnement. La loi est surtout connue pour avoir décidé de l'édification des Centres Educatifs Fermés et des Etablissements pour Mineurs ou encore l'instauration de la justice de proximité.

⁶⁸ Décret no 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux ; Circulaire interministérielle DGOS-R4-PMJ2-2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

dès lors présentées comme une disposition institutionnelle, qui s'inscrit dans la continuité des réformes de santé entreprises dans les années 1980 et 1990. Les 17 UHSA programmées⁶⁹ sont présentées comme une nette amélioration de l'accès aux soins de personnes détenues qui étaient mal soignées à l'hôpital public : les unités viennent s'ajouter aux soins ambulatoires et aux places d'hospitalisation de jour. Elles constituent un « troisième niveau de soins » pour les personnes détenues, comme me l'expliquent en chœur deux chargés de mission de l'administration pénitentiaire :

Chargé de mission 1 : Toute la négociation qui a été menée lors du copil a été intégrée dans ce plan, dans ce plan stratégique. Il s'agit en très gros, très schématiquement, d'avoir trois niveaux de soins en psy. Le premier étant une prise en charge [...] des soins en santé mentale en ambulatoire. Appelons-le comme cela. Le deuxième niveau, c'est ce qui correspond, aujourd'hui, à certains SMPR. On arrive à ce niveau-là avec un soin un peu plus...

Chargée de mission 2 : Plus intense et avec une hospitalisation de jour.

CMI : Et le troisième, ce sont les UHSA.

CM 2 : C'est-à-dire qu'on trouve au sein du parcours carcéral les trois possibilités qui existent à l'extérieur, prises en charge en ambulatoire, avec des types de prises en charge variés, c'est-à-dire des consultations, des prises en charge en psychothérapie et des centres d'activités thérapeutiques également, si nécessaire. Le deuxième point est l'hospitalisation de jour qu'on trouve à l'extérieur, qui est maintenant réalisée dans les SMPR avec des prises en charge un peu plus cadrées en matière d'activités thérapeutiques. Le troisième niveau est l'hospitalisation sous contrainte ou avec consentement dans les UHSA, qui n'existait pas jusqu'alors puisque jusqu'alors c'était le D-398, uniquement des hospitalisations sous contrainte. Donc, c'est une ouverture en matière de soins.

CM 1 : Et, justement, que tout cela s'articule de la façon la plus fluide possible pour une personne détenue x ; qu'on puisse passer d'un niveau à l'autre en fonction de son état.

Entretien, réalisé le 27 juin 2011 avec deux chargés de mission « santé » de la direction de l'administration pénitentiaire.

Ces éléments de langage se stabilisent dans les documents stratégiques conjoints des ministères de la Santé et de la Justice – le plan d'actions stratégiques 2010-2014 et le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Le premier parle d'une « offre de soins psychiatriques graduée et lisible », tandis que le second titre au moment de décrire le dispositif de soins : « organisation du système de santé : les trois niveaux ». La presse fait également écho à ce discours : les UHSA sont un service « de réanimation sociale au service des plus démunis » explique Pierre Lamothe, chef du SMPR de Lyon dans *l'Humanité*. Tandis que *le Progrès* titre avec optimisme : « les détenus sont des malades comme les autres⁷⁰ » et explique que les UHSA améliorent nettement l'accès aux soins des personnes détenues.

⁶⁹ 14 UHSA sont prévues en métropole et 3 outre-mer. Elles sont construites en deux tranches, une première de 440 lits lancée en 2010 avec l'inauguration de l'UHSA de Lyon et une seconde de 265 lits.

⁷⁰ *L'humanité*, 31 mai 2010, Pierre Lamothe, « Les UHSA ne sont pas des alibis humanitaires » ; *Le Progrès*, 22 mai 2010, Xavier Breuil, « Les détenus sont des malades comme les autres ». Le psychiatre Pierre Lamothe, qui porte l'ouverture de la première UHSA à l'hôpital du Vinatier de Lyon a été longtemps l'un des rares psychiatres en milieu pénitentiaire à se prononcer en faveur des UHSA.

La mise en place des UHSA est donc inscrite dans la continuité des institutions déjà présentes et présentée comme un résultat naturel de « sédimentation institutionnelle » (Lascoumes, 2006). Cette solution institutionnelle a cependant pour effet d'attiser les dilemmes sur lesquels reposent la présence d'équipes psychiatriques en prison et donc de provoquer un certain malaise au sein de ce segment professionnel.

Encadré 5 Des psychiatres au cœur du scandale

Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire participent activement à la visibilisation du problème des troubles mentaux en prison dès le milieu des années 1990. Ainsi, un colloque organisé notamment par Odile Dormoy pose la question des missions de la prison, « en passe de se transmuter en institution soignante » (Dormoy, 1996, p.16). Ces psychiatres sont en effet les premiers consultés par les divers rapporteurs et journalistes qui se penchent sur la question. Ils fournissent les éléments qui viendront alimenter leur analyse indignée. On retrouve ainsi dans les articles et rapports de l'époque les noms d'Evry Archer, Catherine Paulet, Philippe Carrière, Gérard Laurencin, Betty Brahmy, Cyrille Canetti ou encore Christiane de Beaurepaire, psychiatres ou chef-fe-s de psychiatrie en milieu carcéral, qui tous s'alarment de l'augmentation du nombre de personnes malades en prison, mais également des transformations de la prison. Dans son audition devant les députés, Evry Archer explique ainsi : « il s'agit là d'une régression, 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 » (Canetti dans Le Monde du 17 avril 2002). D'autant que 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, offre de travail peu qualifié, 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 (Terra, 2003 ; Albrand, 2009) mais également que les pathologies s'aggravent. Betty Brahmy affirme 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).

Cette mobilisation, qui résulte de l'expérience clinique quotidienne de ces psychiatres, tient aussi à l'histoire de la psychiatrie en milieu carcéral : héritiers des psychiatres militants des années 1960 et 1970, les psychiatres actifs dans le scandale des prisons du début des années 2000 puisent dans des réserves d'expériences et des ressources d'expression qui sont comme une boîte à outils, des répertoires de schèmes, « les matrices d'une compréhension commune » (Cefaï, 1996, p.51). La formulation du problème est liée, pour les psychiatres qui en légitiment les termes, à la façon dont ils conçoivent leur rôle et donc à la façon dont ils s'approprient, en pratique, le problème (Gilbert, Henry, 2012, p.43. Provenant de l'hôpital public et défendant farouchement leur indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, ils se considèrent comme des « psychiatres de liaison⁷¹ » (Michel, 1993, Baron-Laforêt, Brahmy, 1998, Senon, 1998) et refusent de cautionner l'enfermement de leurs patients.

⁷¹ Cette notion est ainsi présente dans la littérature grise de la profession, voir par exemple : David Michel, 1993 ; Baron-Laforet S. et Brahmy B., 1998 ; Senon Jean-Louis, 1998.

Il est *a priori* donc problématique pour ces psychiatres de participer au projet « d'hôpitaux-prison »⁷² que constituent les UHSA. Les médias reprennent en chœur les critiques des psychiatres : ainsi, Catherine Paulet explique dans une tribune du *Monde* (5 septembre 2009) que « la prison ne saurait suppléer aux soins psychiatriques ». Dans un article sur l'inauguration de l'UHSA de Bron en mai 2010, un journaliste de *Libération* conclut en citant un psychologue : les UHSA sont « un outil adapté à la réalité, mais la réalité est devenue désastreuse » ; pendant que *L'Humanité*⁷³ qualifie les UHSA de « bond en arrière ». Ces critiques sont reprises par des instances nationales et supranationales. Ainsi, dans un rapport paru en 2010, le Sénat expose son inquiétude : « il est clair que la création des UHSA aboutirait à une dénaturation des principes de la responsabilité si elle incitait experts psychiatres et juridictions à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale de certains auteurs d'infractions au seul motif que la condamnation pénale est le meilleur moyen d'assurer une prise en charge médicale sécurisée de ces personnes. » De même, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe Alvaro Gil-Robles, dans son rapport sur le « respect effectif des droits de l'homme en France » rendu public le 15 février 2006, émet cependant des réserves sur le projet de création des UHSA, qui « entérinent la prise en charge des détenus présentant des pathologies psychiatriques lourdes par des établissements hospitaliers sous administration pénitentiaire » et risquent par ailleurs de ne pas être en capacité d'offrir une prise en charge effective au « nombre sans cesse croissant de détenus souffrant de pathologies psychiatriques lourdes ».

Les UHSA semblent donc offrir un blanc-seing à l'incarcération de personnes malades comme le regrettent les psychiatres qui y exercent (David, Laurencin, Paulet, 2012). Mais ces psychiatres critiquent par ailleurs la fracture entre psychiatrie publique et psychiatrie de liaison en milieu carcéral qui semble se creuser avec l'ouverture des UHSA : Catherine Paulet, chef du SMPR de Marseille pointe ainsi le risque de « dérive vers une logique de ghettoïsation ». Selon elle, l'histoire du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire « peut aussi se raconter comme une histoire de filière de plus en plus ségrégative qui voit les plus malades, les moins compliants, les plus précarisés converger et revenir inlassablement vers l'ultime asile, la prison. » (Paulet, 2010). C'est aussi pour cette raison que Michel David, actuel président de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en milieu pénitentiaire se demande si la « psychiatrie en milieu pénitentiaire (est) une psychiatrie à part entière ou entièrement à part ? » lors des journées SMPR de Lille en novembre 2013 intitulées : « du traitement de droit commun au traitement d'exception : nouvelles filiarisations ».

En somme, la participation cruciale des psychiatres exerçant en milieu carcéral au scandale et à la problématisation du problème public des « troubles mentaux en prison » peut être lue comme une tentative visant à défendre une identité et un positionnement professionnel gagné au cours des années 1970 et 1980 mais fragilisé par ses paradoxes. Le chapitre 3 montrera, à partir des observations réalisées au sein de la prison de Tourion, comment le projet de création d'UHSA est néanmoins accueilli avec un mélange d'enthousiasme et de résignation, par les équipes psychiatriques exerçant en prison.

Finalement, la solution institutionnelle des UHSA s'inscrit dans la même histoire que celle qui a donné au problème sa visibilité : l'histoire de la réforme des soins en prison. Mais là où le scandale procédait de la dénonciation en règle de l'institution carcérale par des professionnel-le-s qui se sentaient pris au piège des transformations de la prison, la solution institutionnelle valide ces

⁷² Le sobriquet d'hôpitaux-prisons s'impose dans la presse pour décrire les UHSA. Le journal *La Croix* propose ainsi un reportage au sein de l'UHSA de Bron intitulé « dans les couloirs du premier hôpital prison » (19 janvier 2011, Marie Boëton).

⁷³ *Libération*, 21 mai, Olivier Bertrand : « À Lyon, la psychiatrie derrière des barreaux neufs » ; *L'humanité*, 21 mai, Anne Roy : « La prison entre à l'hôpital »

transformations : la prison pathogène peut dorénavant devenir un lieu de soins. Si la réforme s'installe dans le paysage avec tant de facilité, c'est sans doute parce qu'elle s'inscrit dans la continuité des réformes entreprises depuis les années 1980. Mais c'est aussi parce qu'elle entre en résonance avec une transformation plus profonde de la pénalité, qui tend à s'appuyer sur le soin pour légitimer la peine.

c) **Punir pour soigner les « dangereux »**

Les années 1990 sont marquées par une criminalisation des violences envers autrui, et parmi celles-ci des violences à caractère sexuel, et tout particulièrement du viol et de la pédophilie qui émergent alors comme un problème social particulièrement visible sur la scène médiatique, comme le montre une analyse textuelle de la presse (Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016). Cette criminalisation des violences sexuelles, qui résulte de la longue mobilisation des mouvements féministes (Bérard, 2010 ; Debauche, 2011), entraîne une production législative importante afin de créer de nouvelles infractions et aggraver la répression des délits et crimes de nature sexuelle⁷⁴. C'est ainsi pour lutter contre la criminalité sexuelle qu'est mise en place en 1994 la perpétuité dite « réelle », c'est-à-dire une peine de prison incompressible avec une période de sûreté de 30 ans, à laquelle seront principalement condamnées des personnes ayant commis des meurtres accompagnés d'actes de pédophilie, qui apparaissent comme l'une des « nouvelles figures de l'intolérable » de nos sociétés (Bourdelaïs, Dozon, Fassin, 2005). Loin de ces cas rares mais fortement médiatisés⁷⁵, les statistiques pénales indiquent une augmentation importante du nombre de personnes écrouées pour des « infractions à caractère sexuel », qui résulte tant d'un meilleur repérage de ces infractions que de l'allongement des peines prononcées, tout particulièrement dans les milieux sociaux les plus populaires : Véronique Le Goaziou et Laurent Muchielli (2011) mettent ainsi en évidence des effets de sélection sociale très forts en matière de répression des violences sexuelles. Si elles sont environ 1000 en 1980, leur nombre atteint les 8000 en 2011 (Blanc, 2012). Elles représentent 12,8% des personnes détenues au 1^{er} janvier 2015⁷⁶. À l'inverse, on observe une diminution simultanée de la proportion de peines de prison prononcées pour des atteintes aux biens : en 1970, les vols simples ou qualifiés représentaient 57,5% des condamnés sous écrou, en 2010, il atteint 17,7%. Corrélié à ce phénomène, l'âge moyen de la population pénale augmente (les moins de trente ans représentent ainsi 46% de la population écrouée en 2010 contre 65% en 1975) et la durée moyenne des peines s'allonge (de 4,3 mois en 1975 à 9,4 mois en 2010). Il y avait ainsi 372 personnes condamnées à des peines de sûreté en 1982, au lendemain de l'abolition de la peine de mort ; ils sont 506 en 2010 (Marchetti, 2001).

⁷⁴ Alice Debauche propose ainsi dans sa thèse une genèse de la loi n°80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs (Debauche, 2011).

⁷⁵ Véronique Le Goaziou et Laurent Muchielli (2011) ont ainsi confirmé empiriquement la très grande fréquence des liens préexistant entre la victime et l'agresseur – et l'importance toute particulière des viols intrafamiliaux, remettant en cause les peurs populaires autour de l'augmentation du nombre de « prédateurs sexuels » ou de « violeurs d'enfants ».

⁷⁶ Chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2015. Voir aussi le travail minutieux de recueil et de diffusion des statistiques pénales mené par Pierre-Victor Tournier (Tournier, 2011).

Mais la particularité du problème social des « violences sexuelles » réside dans le fait qu'il est traité comme un problème doublement pénal et médical : les infractions commises doivent être punies, mais les auteurs de ces infractions doivent, quant à eux, être traités. La pathologisation de ces infractions s'inscrit dans un phénomène de médicalisation plus large de la sexualité (Bozon, 2013) et s'appuie sur les travaux de psychiatres et psychologues, qui développent une « clinique des auteurs de violences sexuelles » (Doron, 2010, Palaric 2014), incarnée notamment par l'ARTAAS (association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles), créée en 1996 par le psychiatre Claude Balier. Ses travaux insistent sur le mécanisme du « déni » qui conduit les auteurs de violences sexuelles à minimiser leurs troubles et suggèrent l'idée que ces patients d'un type particulier éprouveraient le besoin d'être fortement incités, au besoin par un « forçage de la parole » (Saetta, 2016) pour accepter de se faire soigner. C'est ce que met en place en 1998 la loi « relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs »⁷⁷ qui instaure le « suivi socio-judiciaire », un dispositif de contrôle post-carcéral fait d'obligations et d'interdictions équivalentes au sursis avec mise à l'épreuve mais qui prévoit la possibilité, pour la juridiction de jugement, de prononcer une « injonction de soins ». Cette mesure s'inscrit dans la longue histoire des « obligations de soins » qui remonte aux mesures contre les conduites addictives dans les années 1950 (Renneville, 2010). Elle vise cependant désormais un nouveau groupe, avec des modalités de contrôle renforcées : la loi modifie le rôle de l'expert psychiatre, qui doit désormais évaluer la capacité de la personne à se soumettre à ce suivi, et crée un rôle de « médecin coordonnateur », chargé de mettre en œuvre l'injonction de soins (qui consiste en un suivi dans des structures ambulatoires spécialisées ou non) et d'informer les services judiciaires de sa bonne application.

À la suite de cette loi, l'idée d'une « spécialisation » du traitement des auteurs de violences sexuelles donne lieu à différentes structures spécifiques : vingt-deux établissements pénitentiaires proposent une prise en charge « adaptée » à ce public (Blanc, 2012), tandis qu'en milieu ouvert sont créés des « centres ressources » à destination des professionnels de la santé et de la justice, mais également des unités de soins ambulatoires spécialisées (antenne psychiatrie-justice, dispositif de soins ou encore unités régionales de soins pour les auteurs de violences sexuelles)⁷⁸. Et chaque fait divers dramatique est l'occasion pour le gouvernement, de proposer un renforcement de ces mesures de contrôle et de traitement : ainsi en août 2007 à la suite de l'enlèvement d'un enfant, Nicolas Sarkozy propose de faire des UHSA – présentées comme un outil visant à améliorer l'accès aux soins psychiatriques – un « hôpital pour pédophiles » (voir Collectif Contrast, 2015). Cette loi marque donc un tournant dans les politiques pénales : elle « replie l'un sur l'autre » la peine et le soin, comme le souligne notamment Antoinette Chauvenet : « Autrefois séparés par une morale de la responsabilité, psychiatres et juges se trouvent aujourd'hui réunis par une politique de la prévention [...]. Dire qu'une personne est responsable mais à soigner veut dire une exigence de double garantie

⁷⁷ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

⁷⁸ Voir les travaux de Tristan Renard (Renard, 2013) ou de Sébastien Saetta au sein du collectif Contrast. Voir encore le projet de recherche collective : « Réprimer et Soigner : une étude empirique de l'articulation Santé-Justice pénale » (coordonné par Virginie Gautron) : <http://repeso.hypotheses.org/date-2015-11>

sécuritaire. L'exigence du contrôle social s'entremêlant avec celle du soin, il en résulte pour le condamné un double poids et une double contrainte » (Chauvenet, 2002, p.224).

Encadré 6 La création d'établissements spécialisés pour les « auteurs d'infractions à caractère sexuel »

Si elle est rationalisée par un objectif thérapeutique et criminologique de lutte contre la récidive, la spécialisation de vingt-deux établissements pénitentiaires dans la prise en charge des « auteurs d'infractions à caractère sexuel » répond aussi à un problème d'ordre intérieur pour l'administration pénitentiaire. En effet, au-delà de la question largement médiatisée des risques de récidive, ces infracteurs – désignés dans le jargon pénitentiaire sous le terme péjoratif de « pointeurs » – sont placés au bas d'une hiérarchie symbolique fondée sur l'hexis virile (Lancelevée, 2008). Ils courent donc, dans les détentions classiques, le risque de se faire agresser (Brie, 2012). La mise à l'écart de ce groupe d'infracteurs, qui s'inscrit dans une longue histoire, ne doit donc pas être lue comme le résultat exclusif du développement d'une « clinique des auteurs de violences sexuelles », mais plutôt comme une solution institutionnelle déjà disponible, qui permet de résoudre plusieurs problèmes.

De proche en proche, cette logique de la peine pour soin devient la règle pour traiter de la récidive en général, même si les auteurs de violences sexuelles restent au centre de cette politique de lutte contre la « dangerosité ». Sont introduites plusieurs mesures de contrôle qui viennent s'ajouter au suivi socio-judiciaire créé en 1998 : le « fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes », créé par la loi du 9 mars 2004 ; la surveillance judiciaire⁷⁹, créée par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, mais surtout la rétention de sûreté, introduite par la loi du 25 février 2008, qui permet de maintenir enfermée une personne dont la peine est terminée⁸⁰. Si ces mesures visent toujours en priorité les auteurs de violences sexuelles⁸¹, leur champ d'application ne cesse de s'étendre à d'autres actes criminels : ainsi le suivi socio-judiciaire peut, depuis 2004, concerner les 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.

Cette notion de « dangerosité », au centre des débats publics dans les années 2000 en France comme en attestent les différents rapports commandés par les autorités publiques sur la question (rapports Burgelin 2005 ; Garraud 2006 ; Goujon, Gautier 2006 ; Lamanda, 2008⁸²) autorise 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 » (Burgelin, 2005, p.39 ou Garraud, 2006, p.17), ce n'est souvent qu'une précaution de langage, qui n'empêche pas les

⁷⁹ Prononcée par le Juge de l'application des peines pour une durée maximale égale à celle des réductions de peine dont le condamné a bénéficié, la surveillance judiciaire vise à rallonger la durée d'un contrôle socio-médico-judiciaire sur la personne, et tout particulièrement sur les délinquants sexuels ne bénéficiant pas de libération conditionnelle.

⁸⁰ Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. La rétention de sûreté est destinée aux 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 ».

⁸¹ La loi est en effet publiée en réponse à un fait divers : le viol dans le nord de la France d'un enfant par Francis Evrard, pédophile récidiviste qui venait justement de sortir de prison.

⁸² 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 (voir Cartuyvels, Lancelevée *et al.*, 2012).

auteurs de parler ensuite au singulier de « la » dangerosité, englobant derrière ce concept flou le risque de récurrence des actes jugés les plus intolérables (violences et violences sexuelles) et la violence supposée des individus présentant de graves troubles psychiatriques. Fusionnent ainsi dans ces rapports et ces lois « deux figures fantasmatisques [...] » : le « criminel monstrueux » et le « fou dangereux » (Moreau, Protais, 2009).

Encadré 7 Dangerosité et sécurisation des hôpitaux psychiatriques

Cette activité législative autour de la dangerosité a également des répercussions sur l'hôpital psychiatrique : on remarque en effet en France au cours de la même période un recours croissant à des formes de contrainte, médicale ou physique. Alors qu'augmente le recours aux hospitalisations sans consentement, les services hospitaliers sont dotés de nouvelles chambres d'isolement, de caméras de vidéo-surveillance et de nouvelles unités pour malades difficiles (UMD)⁸³. Ces transformations, analysées notamment par Delphine Moreau (2015) et Livia Velpy (2016), amènent les chercheur·euse à s'interroger à nouveaux frais sur le lien explicitement fait dans certains discours politiques entre troubles mentaux et dangerosité : si un lien statistique existe comme l'ont montré des chercheurs québécois sur la base d'une méta-analyse des recherches sur le sujet (voir Dubreucq, Millaud, 2005), il est cependant loin de pouvoir expliquer les représentations sociales qui entourent notamment la schizophrénie (Angermeyer, Matschinger, 2004). Les personnes présentant des troubles mentaux seraient bien plus souvent victimes qu'auteurs de violences et les variables liées à la présence d'un trouble psychiatrique semblent bien moins prédictives de comportements violents que d'autres variables (alcool, drogues, etc.) (voir Lovell, 2005 ; Velpy, 2009). En outre, une partie de la profession psychiatrique se mobilise contre ces évolutions, comme en témoignent notamment les activités du « collectif des 39 contre la nuit sécuritaire » constitué en 2008 en réaction au « discours d'Anthony » que Nicolas Sarkozy a tenu à la suite du meurtre d'un passant dans les rues de Grenoble par un patient en fugue et aux mesures sécuritaires qu'avancait ce discours (Royer, 2010).

Cette notion, que de nombreux auteurs jugent tout bonnement indéfinissable (Kaluszynski, 2008, Danet, 2008) 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. Ainsi, la surveillance socio-judiciaire est décidée sur la base d'une expertise psychiatrique « qui fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un *traitement* ». De la même façon, les personnes placées en rétention de sûreté seront soumises à un traitement hybride dans le Centre socio-médico-judiciaire, traitement partiellement « médical ». La loi utilise d'ailleurs pour la première fois la catégorie nosologique floue et controversée de « trouble (grave) de la personnalité », indiquant que le trouble est pensé comme « une manifestation aiguë [...] qu'on ne pense pas guérir mais qu'on doit seulement « chroniciser » » (Danet, 2010, p.34). Le soin deviendrait dès lors un auxiliaire de la peine, une nouvelle façon de s'assurer de l'effectivité de celle-ci. Ces rapports explorent la possibilité de développer en France un système « de défense sociale » : ainsi, le rapport de la commission Burgelin (2005) préconise la création d'un « centre fermé de protection sociale », « terminologie rejoignant trois préoccupations majeures de la commission :

⁸³ La première unité pour malades difficiles a été créée en 1910 par Henri Colin à l'Hôpital Paul Guiraud de Villejuif (voir *supra*). Les suivantes ont ouvert respectivement en 1947 (Montfavet), 1957 (Sarreguemines) et 1963 (Cadillac). Il faut attendre les années 2000 et le retour d'une logique de défense sociale pour qu'ouvrent cinq nouvelles unités (Plouguernevel en 2008 ; Monestier-Merlines, Bron et Châlons-en-Champagne en 2011 ; Albi et Sotteville-Lès-Rouen en 2012).

l'absence de toute connotation pénale, la mise à l'écart de la vie sociale, et l'instauration d'un suivi des personnes enfermées » (p.79). Le rapport Goujon-Gautier (2006) propose quant à lui « des unités spécifiques pour les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux », dans lesquelles les personnes détenues « pourraient être accueillies pendant la durée de leur peine et au-delà, si leur état le nécessite ». On retrouve dans ces propositions la confusion portée par la notion de dangerosité, qui désigne d'un même geste un ensemble hétéroclite d'individus que l'on souhaite placer hors d'état de nuire.

Ainsi, une réponse « socio-médico-judiciaire » semble être apportée par le législateur à un ensemble de phénomènes de plus en plus larges, comme si les temporalités de la peine et du soin devaient maintenant se superposer parfaitement dans un principe de prévention des risques, voire de précaution⁸⁴. « Convoqués au dépistage d'une dangerosité individuelle » (Voruz, 2015), les psychiatres sont ainsi invités à répondre, au nom du soin, à une « volonté infinie de sécurité » (Doron, 2009). Pour cela, les professionnels en santé mentale sont incités à se former pour mieux répondre aux attentes de la justice. Le rapport Lamanda (2008) considère la promotion de la « recherche et [de] l'enseignement en criminologie » comme le premier des objectifs à atteindre pour mieux « répondre à la dangerosité ». Le rapport Burgelin (2005) détaille les objectifs de formation : il s'agit de renforcer « des formations initiales et continues communes aux professionnels de la justice et de la santé, en psychiatrie médico-légale, en psycho-criminologie, en alcoologie et toxicomanie » mais également de développer la recherche sur « l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et de ses facteurs », « le suivi de groupes d'auteurs d'infractions pénales » et, entre autres pratiques définies comme « criminologiques », « les pratiques sur le thème de la dangerosité, des thérapeutiques possibles ». En somme, les savoirs psycho-criminologiques donnent à la politique pénitentiaire de précieux arguments pour rationaliser une action tournée vers la « prévention de la récidive ». On peut, avec Fabien Gouriou, Olivier Razac et Grégory Salle (2014) estimer que ces savoirs, indissociables de cet objectif politique, « véhicule[nt] une prétention de rationalisation unificatrice qui promet d'articuler efficacité en termes de sécurité publique et objectivation « scientifique » [et fonctionnent] comme une légitimation polyvalente et passe-partout, [...] un fétiche de la politique gouvernementale ».

Le retour d'une logique de « défense sociale » se manifeste donc en France par un mouvement de renfermement des individus identifiés comme dangereux – malades mentaux auteurs d'infractions graves et auteurs de violences sur autrui. C'est la prison qui est sollicitée pour neutraliser – mais également traiter – ces personnes dont il semble devenu indispensable de se protéger. La dangerosité – et surtout son traitement – semblent alors pouvoir être lus comme un « instrument de politique criminelle » qui légitime « la manière dont (nos sociétés) se débarrassent non pas de leurs morts, mais de leurs vivants » (Foucault, 1994 [1977], p.319 et Voruz, 2014). Si le retour de la défense sociale semblait prospérer tout particulièrement à l'heure des politiques sécuritaires menées par le gouvernement de Nicolas Sarkozy, il est cependant antérieur aux années

⁸⁴ Pour Claude-Olivier Doron, le principe de précaution « absolutise la menace, la rend absolument anormale et intolérable : là où la gestion des risques considère le risque comme une réalité normale qu'il faut essayer de réduire, la précaution le tient pour une monstruosité qu'il faut annihiler ». (Doron, 2009, p.180)

2000 comme l'a montré cette partie. L'éclairage allemand est également particulièrement pertinent pour mettre à distance les analyses qui feraient de réactivation d'un réflexe de défense sociale un effet du tournant sécuritaire sarkozyste : en effet, l'idée que la *peine* doit servir à *traiter* voire à *soigner* trouve aussi un ancrage durable dans le paysage allemand.

2. Interner ou incarcérer ? Les impasses de la double voie pénale allemande

On observe en Allemagne les mêmes phénomènes que ceux identifiés en France : une sévérité pénale croissante à l'égard des personnes présentant des troubles mentaux et une pathologisation progressive des crimes les plus violents, à commencer par les violences sexuelles. Ces phénomènes s'inscrivent cependant dans un paysage institutionnel différent, celui de la double voie pénale, entre internement psycho-légal et détention carcérale. Ils ont pour effet de remettre en question la répartition des individus entre ces deux institutions.

a) Quand la prison devient une annexe de l'hôpital psycho-légal ?

En Allemagne, l'internement psycho-légal, qui était resté à l'arrière plan depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, retrouve dans les années 1980 et 1990 une place centrale dans le paysage institutionnel. Les effectifs de personnes internées en hôpitaux psycho-légaux, restés inférieurs à 3000 personnes depuis les années 1960, augmentent très rapidement à la fin des années 1980 pour dépasser en 2010 les 10 000 personnes⁸⁵. Cette augmentation témoigne du recours croissant à l'enfermement pour les personnes présentant des troubles mentaux.

⁸⁵ Statistiques tirées des recueils du Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik : « Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (*Maßregelvollzug*) », avril 2014. Elles ne concernent cependant que les anciens Länders et le Land de Berlin (i.e. la Saxe, la Saxe-Anhalt, le Brandebourg, le Mecklenbourg-Poméranie Occidentale, et la Thuringe sont exclus de ces statistiques), peut-être parce que, comme le suggèrent les travaux de Norbert Konrad (Konrad, 2001), les pratiques d'internement psychiatriques y sont encore trop spécifiques ? Les données statistiques concernant l'internement psycho-légal sont très incomplètes, ce que déplore ce même rapport, en faisant clairement le lien entre l'absence de statistiques complètes et l'absence d'intérêt pour les mesures d'internement : « *Die geringe Beachtung, welche der Maßregelvollzug in der Bundesrepublik bisher gefunden hat, spiegelt sich in der Datenlage.* » (L'intérêt réduit que l'internement psycho-légal a suscité en Allemagne jusque là se reflète dans l'état des données). Il n'existe ainsi jusque là aucune initiative statistique fédérale et les chiffres ne sont réellement comparables que pour les anciens Länder allemands

Tableau 4 Nombre de personnes placées en hôpital psycho-légal dans les anciens Länder au 1er janvier de chaque année

Date	Personnes placées en hôpital psycho-légal (ex-Allemagne de l'Ouest + Land de Berlin)
01.01.1987	3746 personnes (dont 186 femmes)
01.01.1999	5 883 personnes (dont 314 femmes)
01.01.2005	8 658 personnes (dont 548 femmes)
01.01.2012	10721 personnes (dont 762 femmes)
	dont 63 (internement psychiatrique) : 6687 personnes (dont 504 femmes ⁸⁶)
	dont 64 (centre de désintoxication) : 3524 personnes (dont 195 femmes)

Selon le « deuxième rapport sur la sécurité », recueil statistique du ministère fédéral allemand de la Justice publié en 2006, l'augmentation constante des chiffres de l'internement résulte d'une part du nombre de personnes internées en vertu de l'article §64 (centre de désintoxication) et d'autre part des durées d'internement des personnes placées dans un hôpital psychiatrique en vertu de l'article §63 (internement psychiatrique), qui se rallongent, en raison du durcissement des conditions de libération, en effet la commission systématique d'un expert extérieur doit conclure à l'absence de risque de récidive. Plusieurs études confirment l'allongement de la durée moyenne d'internement (Seifert, 2001, Schalast, Dessecker, von der Haar, 2005) qui est passée de 10 à 14 mois entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000, tandis que le pourcentage de patients ayant accès à une libération conditionnelle a baissé de 65% à 48%. En outre, le nombre de patients condamnés à une peine de prison de plus de trois ans en sus de la mesure d'internement a augmenté de 30% à plus de 50%. Pour les personnes libérées⁸⁷ après un internement psychiatrique (§63), la durée médiane d'internement serait passée de 2,83 ans en 2002 à 5,33 ans en 2006 (Kröniger, 2004, p.32 ; Dessecker, 2008, p.34). En somme, les statistiques reflètent une pratique de plus en plus sévère à l'encontre des personnes internées en hôpital psycho-légal, qui varie cependant d'un Land à l'autre⁸⁸.

Pendant que les hôpitaux psycho-légaux se remplissent, les prisons allemandes, contrairement aux prisons françaises, voient leur population diminuer : les taux d'incarcération connaissent dans les années 1980 en Allemagne, une décrue importante, expliquée notamment par une relative porosité des pratiques des magistrats aux ambitions réformatrices des années 1970 se traduisant par un moindre recours à l'incarcération pour les mineurs et pour les infractions qualifiées d'atteintes aux biens (Kuhn, 1996 ; Salle, 2004). Cette diminution des taux d'incarcération, qui s'interrompt brièvement au moment de la réunification allemande, reprend au cours des années 2000 : les taux d'incarcération allemands sont ainsi aujourd'hui parmi les plus bas d'Europe

⁸⁶ Auxquelles s'ajoutent 510 personnes (dont 63 femmes) internées en psychiatrie au cours du procès en vertu du §126a du *Strafprozessordnung* (StPO).

⁸⁷ Voir annexe 3 pour une synthèse du fonctionnement de ces mesures d'internement.

⁸⁸ Ces variations sont dues d'une part au fait que la réglementation de l'internement psycho-légal est une compétence régionale, d'autre part à l'interprétation par les justices régionales des articles du code pénal (StGB). Les taux d'internement pour 100 000 habitants varient ainsi - selon mes calculs - du simple (11,8 dans le Schleswig-Holstein) au double (18,7 en Sarre, 19,7 en Bavière, 20,3 à Berlin). Certains juristes regrettent cet éparpillement juridique (*Rechtszersplitterung*) qui produit des situations trop différentes d'un Land à l'autre (voir Kammeier, 2007).

(Bauduin, Salle, 2014). Cependant, certains psychiatres exerçant en prison remarquent, entre les murs des prisons, une présence croissante de personnes présentant des troubles mentaux. Leurs études résultent généralement d'initiatives locales et portent sur des échantillons réduits, constitués souvent par les patients suivis par une équipe psychiatrique (Missoni et al., 2003 ; Konrad, 2003 ; Witzel, Bausch-Hölterhoff et Skirl, 2004 ; Dudeck, 2009). Comme le regrettent systématiquement les articles consacrés à la santé mentale en milieu carcéral, les données restent incertaines pour l'Allemagne⁸⁹.

Néanmoins, ces psychiatres suggèrent plusieurs hypothèses pour expliquer leurs résultats empiriques. Pour eux, la présence croissante de personnes malades en prison résulte pour partie des imperfections du tamis prévu par le code pénal allemand, qui doit théoriquement orienter les infracteurs présentant des troubles mentaux vers les hôpitaux psycho-légaux. D'une part, le prononcé des articles 63 et 64 est conditionné à la réalisation d'une expertise, qui doit conclure, pour l'internement psychiatrique, à un lien entre le trouble mental et l'infraction commise et à l'abolition ou à l'amodrissement de la responsabilité pénale, et pour l'internement en centre de désintoxication, à une chance sérieuse de réussite du traitement. Dans ces conditions, de nombreuses personnes présentant des troubles mentaux peuvent passer au travers des mailles du filet : celles qui sont reconnues responsables des infractions commises, celles pour lesquelles l'infraction n'est pas jugée en lien avec le trouble mental, celles dont les symptômes restent discrets pendant la procédure pénale pour se développer une fois l'incarcération prononcée. Une littérature importante existe en Allemagne autour de l'art de l'expertise psychiatrique – et de la prise en charge clinique des personnes internées en hôpital psycho-légal⁹⁰. Cependant, même l'un des psychiatres les plus renommés en la matière reconnaît dans un rapport de la commission européenne en 2007 : « le fait qu'une personne malade (*mentally ill*) soit placée dans une institution pénale ou psycho-légale peut dépendre, dans certains cas, d'une constellation de coïncidences (*coincidental constellations*) » (Konrad in Salize *et al.*, 2007).

D'autre part, une catégorie particulière d'infracteurs échappe totalement au tamis de la double voie : ceux qui n'ont pas l'opportunité, au cours du procès, de rencontrer un expert. C'est le cas des personnes incarcérées pour non-paiement d'une amende (*Ersatzfreiheitsstrafe*⁹¹), dont le nombre a largement augmenté depuis quelques décennies : dans les années 1970 et 1980, entre 5 et 6% des personnes condamnées à une amende en purgeaient une partie sous la forme de « jours-amende » (BMJ, 2006). Au 31 mars 2013, ils représentaient près de 10% des personnes incarcérées (soit 5664 personnes dont 297 femmes) (Statistisches Bundesamt, 2014). Les arguments rejoignent ici ceux avancés dans le cas français : un cercle vicieux fait de précarité, de petite délinquance et d'incarcérations récurrentes se mettrait en place pour ces personnes coupables de petits délits. La

⁸⁹ Pour une synthèse des enquêtes épidémiologiques allemandes voir annexe 5.

⁹⁰ Voir par exemple : Dessecker, 1996 ; Duncker, Venzlaff, 2006, Egg, 2004 ; Müller-Isberner, Eucker, 2012 ; Nedopil, 2000 ; von Oefe, 2011.

⁹¹ Il s'agit d'une contrainte par corps, décidée par la justice, dans le cas où une amende n'a pas été payée malgré plusieurs relances, et si l'infracteur ne semble pas prêt à payer la somme due. L'amende est alors transformée en « jours-amende » d'un montant fixé par la justice (*Tagessatz*). La « peine » est interrompue si la personne paie l'amende exigée.

prison serait finalement une institution de dernier recours pour ces personnes tombées entre les mailles distendues du filet social.

Enfin, des passerelles existent entre l'hôpital psycho-légal et la prison (*Strafvollzug*), car une même personne peut être condamnée simultanément à une mesure et à une peine. Un article du code pénale (§67) sur l'ordre d'exécution de ces décisions de justice (*Reihenfolge der Vollstreckung*), stipule que l'internement doit intervenir avant la peine sauf lorsque le tribunal estime que la peine ou une partie de celle-ci pourrait, selon le code pénal, « améliorer les chances d'atteindre l'objectif de la mesure ». La formulation, ambiguë, autorise en fait la justice à placer en détention, avant ou après une mesure d'internement, une personne dont le comportement serait jugé trop difficile à gérer dans un milieu médicalisé et moins sécurisé qu'un établissement pénitentiaire. S'il n'existe aucune donnée statistique sur ces transferts entre institutions, on note toutefois que l'hôpital psycho-légal multiplie les tentatives pour s'adapter à un public jugé problématique : celui des personnes qui ne sont plus accessibles aux soins (« *therapeutisch nicht erreichbar* ») et qui sont internées pour de longues durées (« *langfristig untergebracht* ») (Stolpman, 2010, p.30) : est ainsi discutée la possibilité de créer des unités longs séjours (« *long-stay Einheiten* ») qui proposeraient une offre de soins réduite mais renforceraient en revanche l'offre de travail et d'activités. Ce projet indique bien que les hôpitaux psycho-légaux cherchent à déplacer une partie de sa « population », à savoir les personnes dont les troubles mentaux (et-ou de la personnalité) semblent incurables. Il n'est donc pas excessif de penser, avec les professionnel-le-s pénitentiaires rencontrés dans les prisons de Grünstadt, que les hôpitaux psycho-légaux pourraient avoir tendance à se délester d'une partie de ce public sur les établissements carcéraux.

La pénalisation de la maladie mentale a donc en Allemagne une incidence évidente sur les hôpitaux psycho-légaux, mais également des conséquences sur le profil des personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires. Si l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison ne produit cependant pas un scandale similaire à celui qu'on a décrit en France, c'est peut-être parce que les conditions ne sont pas encore réunies pour que ce « problème social » émerge sur la scène publique : si le problème se fonde sur des éléments substantiels, les enquêtes sont encore trop partielles pour pouvoir être reçues comme des indicateurs objectifs du problème. En outre, les psychiatres à l'origine de ces enquêtes occupent une position marginale dans le champ : il y a en effet très peu d'équipes psychiatriques dans les prisons allemandes. Or, pour que le problème acquière une certaine visibilité publique, ces « entrepreneurs de cause » doivent pouvoir mobiliser des ressources et des soutiens qui leur permettent de légitimer le problème aux yeux des instances gouvernementales, c'est-à-dire de placer le problème à l'agenda politique jusqu'à ce qu'éventuellement une réponse y soit apportée⁹². Enfin, si la situation des prisons allemandes n'est pas au cœur de l'attention publique, c'est peut-être parce que celle-ci est plutôt occupée par les évolutions de l'internement psycho-légal, suspecté de devenir « une prison comme les autres ».

⁹² « L'apparition d'un problème social résulte ainsi de deux séries de facteurs : des transformations qui affectent la vie quotidienne des individus à la suite de bouleversements sociaux divers et dont les effets diffèrent selon les groupes sociaux ; mais ces conditions objectives ne donnent naissance à un problème social que lorsqu'il lui est trouvé une formulation politique » (Lenoir, 1989, p.88, voir aussi Spector et Kitsuse, 2012).

b) L'hôpital psycho-légal, une prison comme les autres ?

Comme en France, l'Allemagne est le théâtre, au cours des années 1990, d'une préoccupation politique importante pour les auteurs de violences sexuelles, marquée par une effervescence médiatique autour de la figure du « pédophile » et du « violeur ». Sans aucune concertation officielle avec son voisin français⁹³, le législateur allemand décide lui aussi en 1998 de renforcer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. En janvier 1998, la « loi de lutte contre les infractions sexuelles et autres délits dangereux »⁹⁴ prévoit ainsi d'accroître les moyens de contrôle et de traitement de ces infracteurs, perçus comme criminels et malades.

Cette loi a d'abord une incidence sur les prisons, et plus précisément sur les unités socio-thérapeutiques (*SothA*) : en effet, le texte prévoit d'orienter prioritairement les auteurs de ces infractions vers ces unités. Cette disposition légale modifie substantiellement le profil⁹⁵ des personnes détenues dans les unités socio-thérapeutiques : alors que la proportion de personnes ayant commis un « délit sexuel » (*Sexualdelikt*) est inférieure à 20% avant 1997, elle augmente de façon constante par la suite pour atteindre 62,5% en 2008. À l'inverse, les délits contre la propriété passent, sur la même période, de 44,5% à 11%. Par ailleurs, le nombre de places de *SothA* double sur la période (de 888 places dans vingt unités en 1997 à deux mille places dans 47 unités en 2008) et certaines unités sont entièrement consacrées aux auteurs de violences sexuelles. Quant aux mesures de sorties, leur nombre décroît fortement : en 1997, 31% des personnes placées en *SothA* avaient eu au moins le droit à une sortie accompagnée ou à une permission de sortir et 13% étaient en semi-liberté. En 2004, la proportion se réduit respectivement à 17% et à 4% (Egg, Elrich, 2008). La *SothA* constitue donc un chemin de moins en moins sûr vers la liberté, ce qui fait dire à certains de ses commentateurs qu'elle se distingue de moins en moins de la prison classique (Ortmann, 2002).

Mais la volonté de mieux « soigner » les auteurs de violences sexuelles participe également de l'évolution du profil des personnes internées : si la majorité des patient-e-s des hôpitaux psycholégaux étaient internés pour des faits d'atteintes aux biens avant les années 1980, ce sont désormais les agressions qui occupent la première place des délits motivant une ordonnance d'hospitalisation. Selon les statistiques officielles, 15,2% des personnes concernées par l'article §63 (internement psychiatrique) sont internées pour meurtre (*vorsätzliche Tötungsdelikte*), 19% des personnes internées en vertu de l'article §64 (centres de désintoxication) ont commis des « coups et blessures ayant entraîné la mort », alors que, contre toute attente, les personnes internées pour des actes délictueux en lien avec la loi sur les stupéfiants (*Betäubungsmittelgesetz*) ne représentent en 2004 que 0,6% de la population des centres de désintoxication. Par ailleurs, la proportion d'auteurs

⁹³ La concomitance des deux lois laisse supposer que s'opèrent des transferts cognitifs entre les deux pays, qui passent peut-être aussi par la circulation des élites du monde politique mais également médiatique entre les deux pays. Il semble en effet que l'affaire Dutroux ait joué dans les deux pays un rôle décisif dans la préparation d'une loi spécifique sur les auteurs de violences sexuelles.

⁹⁴ *Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998.*

⁹⁵ Les chiffres concernent l'Allemagne fédérale, ils ont été produits par le centre fédéral de criminologie de Wiesbaden (Egg, Elrich, 2008).

d'agressions sexuelles ne cesse d'augmenter : en 2008, ils représentent 25% de la population internée (Müller-Isberner, Encker, 2008).

Les mesures d'internement semblent donc de plus en plus amenées à remplir une fonction de « sécurité publique » – accueillir ceux que la société estime les plus dangereux – plutôt qu'une fonction médicale de repérage systématique des personnes confrontées à la justice et présentant des troubles psychiatriques graves. D'ailleurs, le pourcentage de personnes jugées « irresponsables » diminue : 40% des personnes internées en vertu de l'article 63 ont été jugées « partiellement irresponsables ». En ce qui concerne les centres de désintoxication, seuls 3% sont considérés irresponsables en 2004, 47% partiellement irresponsables, la moitié des personnes internées sont donc considérées comme pleinement responsables de leurs actes. En somme, le critère d'irresponsabilité est désormais loin d'être nécessaire pour un internement psycho-légal. Cette fonction sécuritaire est soulignée dans quelques travaux critiques (Pollähne, 1999 ; Bode, 2004 ; Dessecker, 2009 ; Duncker, Kreutz, 2011) qui reprochent à l'hôpital psycho-légal de ressembler de plus en plus à la prison⁹⁶. Ici et là, des équipes soignantes se mobilisent contre ce qu'elles jugent constituer un dévoiement des principes de l'internement psycho-légal, la sécurité publique (*Sicherung*) passant avant l'objectif de réhabilitation (*Besserung*) (Stoplman, 2010). Ce discours rejoint celui d'un milieu associatif se revendiquant de l'antipsychiatrie, qui porte sa critique à l'encontre de l'utilisation de la contrainte en psychiatrie⁹⁷ et tout particulièrement contre l'arbitraire que constitue selon ces militants l'internement psycho-légal.

Mais la critique dépasse, ces dernières années, le milieu associatif et scientifique. Ainsi en 2013, une affaire déclenche un émoi public important en Allemagne : elle concerne Gustav Mollath, un homme interné abusivement en Bavière pendant six années sur la base d'une expertise réalisée à distance, qui avait, à tort, diagnostiqué une psychose paranoïaque caractérisée par un délire structuré autour de sa femme. Après plusieurs années de combat judiciaire, la justice démontre que les faits dont se plaignait l'homme – et qui avaient été retenus comme des indices de sa paranoïa – étaient avérés. L'affaire mobilise l'opinion publique pendant plusieurs mois (tribunes dans la presse, manifestations publiques) et jette l'opprobre sur le fonctionnement opaque de l'internement psycho-légal, véritable « chambre noire du droit » (*Dunkelkammer des Rechts*) selon l'expression d'un journaliste de la *Süddeutsche Zeitung*⁹⁸. Ces mobilisations trouvent un débouché politique : un projet de réformes de l'internement psycho-légal est préparé pour raccourcir les durées d'internement et en améliorer le contrôle⁹⁹.

⁹⁶ Les titres sont évocateurs : « L'hôpital psycho-légal, entre prison et psychiatrie » (Pollähne, 1999) ; « Concurrence des lieux de privation de liberté » (Bode, 2004)

⁹⁷ Voir le site très documenté de l'association *Zwangspanychiatrie* : <http://www.zwangspanychiatrie.de> : un des logos utilisés par l'association est ainsi un détournement du panneau routier d'interdiction avec pour texte « §63 StGB ». Plusieurs rubriques de témoignages sont intitulées : « J'ai été diagnostiqué de force » (*Zwangspanychiatrie*), « J'ai été traité de force » (*Zwangspanychiatrie*), « J'ai été hospitalisé de force » (*Zwangspanychiatrie*). Le site consacre plusieurs pages à l'histoire de l'internement psycho-légal pendant la période nazie.

⁹⁸ Heribert Prantl, « Fall Mollath ruft nach grundlegenden Reformen », *Süddeutsche Zeitung*, 13 juin 2013.

⁹⁹ Le projet est publié par le parlement allemand le 21 janvier 2016. Il est, à ce jour, encore en discussion.

En Allemagne aussi, on assiste à une certaine confusion entre la peine et le soin, qui se traduit par une certaine confusion sur les rôles respectifs de l'internement psycho-légal et de la prison, mais également par une difficulté croissante à en distinguer les publics : il semble que les prisons accueillent un nombre croissant de personnes malades, tandis que les deux structures se spécialisent dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Quoiqu'il en soit, l'Allemagne retrouve également le chemin de la défense sociale, entre neutralisation et traitement des « dangereux », dont témoigne tout particulièrement le réveil des institutions de « réhabilitation et de sûreté » : l'internement psycho-légal, étudié ici, mais également la rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*)¹⁰⁰.

Si les sociétés françaises et allemandes sont ainsi confrontées aux mêmes problèmes sociaux au cours des années 1990 et 2000, ceux-ci n'émergent ni avec la même acuité, ni aux mêmes endroits en raison des différences institutionnelles mises en évidence dans ce chapitre. La perspective allemande permet ici d'apporter un regard nouveau sur les prisons françaises : en effet, ne pouvant compter sur la présence parallèle d'hôpitaux psycho-légaux (*Maßregelvollzug*), les prisons françaises jouent, de plus en plus, le rôle de deuxième voie pénale. Concernées à la fois par le phénomène de pénalisation des malades mentaux et de pathologisation de certains crimes, elles sont donc placées au centre de la tension entre soigner et punir.

*

Le 27 janvier 2014, l'émission « Du Grain à Moudre¹⁰¹ » de France Culture attire mon attention. Elle oppose Henri Leclerc (avocat et président d'honneur de la Ligue des Droits de l'Homme) à Pascal Clément (avocat, ministre de la Justice de 2005 à 2007). La question des troubles mentaux est soulevée par chacun des invités dans des raisonnements toutefois diamétralement opposés :

Pascal Clément explique : « Dans certains cas, (la peine n')a rien de dissuasif, parce qu'il y a des gens qui sont tellement déséquilibrés, c'est-à-dire le problème de la détention, c'est que 60% de la détention, en France, relèvent de la psychiatrie [...] Je vais vous dire ce que je pense des longues peines : deux ans, c'est trop dans certains cas, un an, c'est encore trop dans certains cas [...] Quand vous avez commis des délits très graves, ou des crimes, le problème n'est plus le même [...] et là c'est au juge de décider à quel moment la société ne prend plus de risque ».

Henri Leclerc rétorque : « Vous me disiez tout à l'heure que 60% des prisonniers [...] relevaient de la psychiatrie... m'enfin que je sache, s'ils relèvent de la psychiatrie, c'est qu'ils ne sont pas tout à fait responsables de leurs actes et s'ils relèvent de la psychiatrie, c'est qu'ils relèvent plus

¹⁰⁰ Entre 1995 et 2010, le nombre de personnes retenues passe de 200 à 500 personnes. Le chapitre 6 reviendra sur la question de la rétention de sûreté et des débats nombreux qui l'entourent, à partir des observations réalisées dans la prison de Grünstadt.

¹⁰¹ Emission à l'occasion de la libération de Philippe El Shennawy, qui devait rester en prison jusqu'en 2032, et qui est en liberté conditionnelle depuis janvier 2014 après avoir passé 38 années en prison.

de la médecine que d'autre chose, où en est la situation actuellement de la psychiatrie pénitentiaire ? Elle est dans une situation dramatique et lamentable. Voilà le problème des prisons et non pas dans les longues peines et dans la construction de prisons. »

Dans les propos de Pascal Clément, le problème réside avant tout dans le traitement des « gens déséquilibrés », qui justifie l'incarcération dans le cadre d'une politique de réduction des risques de récidive. Pour Henri Leclerc, ces troubles témoignent surtout des lacunes de la psychiatrie en prison et de la nécessité pour la prison d'améliorer encore l'accès aux soins psychiatriques des personnes détenues. Si les points de vue – sécuritaire d'un côté, humanitaire de l'autre – s'opposent, les interlocuteurs s'accordent cependant sur un taux aussi arbitraire qu'élevé de personnes détenues présentant des troubles mentaux, mais également sur l'idée que c'est à la prison de prendre en charge ces « troubles mentaux » aux contours incertains.

Dans cet échange, une alternative semble oubliée : que ces 60% pourraient, pour une partie d'entre eux au moins, ne pas avoir leur place en prison, idée qui semblait pourtant avoir la force de l'évidence au tournant du millénaire en France¹⁰². Si cet échange témoigne de la permanence du problème social des troubles mentaux en prison en France, il montre que ce problème constitue la pointe émergée d'un nouveau mouvement de défense sociale identifié en France et en Allemagne. Derrière le scandale des troubles mentaux en prison en France, la question qui est aujourd'hui posée aux institutions françaises est une question ancienne, qui hante les relations entre prison et psychiatrie depuis le XIX^{ème} siècle : celle de savoir que faire des personnes doublement étiquetées délinquantes et malades. Cette question a produit au cours de ces deux siècles une abondante réflexion sur la meilleure façon de les prendre en charge, c'est-à-dire, le plus souvent, de les éloigner de la société pour mieux les « traiter ». Cette volonté s'est matérialisée sous la forme d'institutions spécifiques, dont témoigne notamment l'internement psycho-légal allemand. En France, faute d'institutions *ad hoc*, ce sont plutôt des aménagements institutionnels qui se mettent en place : la création des UHSA semble à ce titre constituer, en France, le dernier épisode de ce long feuilleton.

Mais cet échange entre Henri Leclerc et Pascal Clément illustre avec éclat l'ambivalence de ce dernier mouvement de défense sociale : si, pour Pascal Clément, la psychiatrie doit « réduire le risque », Henri Leclerc rappelle qu'elle est une « médecine », qui doit donc soigner. Entre contrôle et soin, entre surveillance et traitement, la question se pose de ce que la prison doit faire aux personnes qui présentent des troubles mentaux, dont les contours sont, on l'a vu, bien incertains. En résulte une tension permanente entre « traitement » et « contrainte », que nous retrouverons dans les prisons françaises et allemandes.

¹⁰² Quelques initiatives locales, comme le projet « alternatives à l'incarcération » mis en place à Marseille, ou encore le recours à la « suspension de peine pour raisons psychiatriques » témoignent de la volonté de certains acteurs de ne pas faire de la prison une solution de prise en charge par défaut pour les auteurs d'infraction présentant de graves troubles mentaux.

CONCLUSION DE LA PARTIE

On observe une dialectique entre la façon d'appréhender les déviances à la croisée de la folie et du crime et les dispositifs institutionnels chargés de les traiter qui rappelle le lien établi par Mary Douglas dans *Comment pensent les institutions*, Mary Douglas (2004 [1986]) entre les institutions – entendues au sens durkheimien de « faits sociaux » – et les processus de classification sociale. Le XIX^{ème} siècle illustre parfaitement cette dialectique : la répartition entre prison et asile, fondatrice du rapport entre dispositif carcéral et dispositif psychiatrique, ne cesse d'être remis en cause avec l'évolution des savoirs autour de la folie du crime, qui constituent un puissant moteur de changement institutionnel. Les nouveaux dispositifs de défense sociale créés dans plusieurs États européens autour des années 1920-1930 signent en ce sens la volonté de retrouver une certaine résonance entre régulation institutionnelle et système de classification sociale.

En Allemagne, le dispositif institutionnel, reposant sur le principe d'une dualité pénale entre internement psycho-légal et carcéral, donne une impression de cohérence : en effet l'histoire de ces institutions constitue toujours pour les acteurs professionnels une solide « province de sens » (Natanson, cité par Laborier, Trom, 2003, p.12), c'est-à-dire un passé toujours pertinent, convoqué par les acteurs dans le cours de leurs activités. Ce découpage institutionnel est éprouvé depuis quelques années, comme on l'a vu dans le chapitre 2, par la similitude des publics accueillis et des fonctions de ces deux institutions : on reproche aux hôpitaux psycho-légaux d'être devenus des prisons. Néanmoins, les critiques que suscite cette confusion institutionnelle sont encore loin de créer une dissonance intolérable sur la scène publique.

En revanche, on peut analyser la situation actuelle en France comme une période de fort désajustement entre le dispositif carcéral et les catégories utilisées pour désigner les groupes sociaux qu'il accueille : cette institution punitive prend en effet en charge certaines populations qui sont avant tout perçues comme malades soit parce qu'elles présentent des pathologies psychiatriques graves, une souffrance psychique importante ou parce que les délits ou crimes commis sont perçus comme autant de symptômes d'un trouble mental. Cette dissonance, au coeur du scandale des prisons au début des années 2000, s'est réduite avec la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui améliorent l'accès aux soins psychiatriques et s'inscrivent dans la continuité d'un aménagement ancien de la prison. Mais d'une part, les UHSA ne résorbent pas

complètement l'indignation, qui rejaillit régulièrement sur la scène publique¹⁰³ et d'autre part, ces nouveaux services hospitaliers intégrés au dispositif carcéral témoignent d'une transformation progressive et impensée du « programme institutionnel » de la prison (Laforgue, 2009) : il semble aujourd'hui que la peine de prison soit implicitement pensée comme un moment de soin.

Si la méthode ethnographique semble ici particulièrement adéquate pour étudier cette transformation en cours, c'est parce qu'elle n'est pas encore stabilisée en un discours institutionnel cohérent mais se manifeste entre les murs dans les interactions entre groupes professionnels. Les prisons françaises apparaissent comme des « institutions plurielles » (Bonny, Demailly, 2012), marquées par d'importantes tensions entre les logiques d'action des groupes professionnels en présence, qui reflètent la difficulté à actualiser le sens et les finalités du dispositif carcéral français. La deuxième partie explorera ces configurations institutionnelles et l'économie des relations entre groupes professionnels au sein des prisons de Tourion et de Grünstadt.

¹⁰³ En avril 2016, un rapport de l'association Human Rights Watch sur la santé mentale dans les prisons françaises dénonce « la double peine » que subissent les auteurs d'infraction présentant de graves troubles psychiatriques incarcérés. Les arguments avancés (prisons pathogènes, manques de moyens psychiatriques) sont identiques à ceux qui étaient mobilisés en 2000 (Human Rights Watch, 2016).

PARTIE 2 : INCARCÉRER POUR SOIGNER ? DES SYSTÈMES PROFESSIONNELS EN TENSION

INTRODUCTION DE LA PARTIE

Entre pénalisation des malades mentaux et pathologisation de certaines déviances, la prise en charge des troubles mentaux en prison soulève de toute évidence la question de l'articulation de missions distinctes (le soin et la peine) et de la coopération de groupes professionnels inscrits dans des dispositifs institutionnels différents (hospitalier, pénitentiaire, judiciaire). Cette articulation problématique entre soin et peine donne en effet lieu à des pratiques très différentes en France et en Allemagne. À partir des ethnographies conduites dans les prisons de Tourion et de Grünstadt, les deux chapitres suivants explorent la façon dont les dispositifs institutionnels hérités de l'histoire sont mis en pratique par les professionnel·le·s au quotidien. Tout particulièrement, l'analyse se penche sur le rôle joué par les professionnel·le·s en santé mentale, entrés récemment et selon des modalités différentes dans les établissements pénitentiaires français et allemands. Ces deux chapitres entendent ainsi décrire la « division sociale du travail » (Strauss, 1992) de prise en charge des troubles mentaux en prison et la pluralité des logiques d'action et des postures professionnelles observées dans les établissements pénitentiaires.

Prenant pour point de départ les observations conduites dans les prisons de Tourion, le « contexte immédiat de l'action », l'analyse prendra en compte « les conditions globales qui pèsent sur l'action et les stratégies d'interaction » (Baszanger in Strauss, 1992, p.11-64). En somme, il s'agira d'éclairer les situations observées au sein de la prison de Tourion à la lumière des politiques publiques et des débats présentés dans le chapitre précédent. Cette partie permettra ainsi de poursuivre la réflexion sur l'évolution des configurations institutionnelles des prisons françaises et allemandes. En France, cette division du travail est marquée par une forte conflictualité entre les équipes psychiatriques et l'administration pénitentiaire et judiciaire, dont les missions respectives entrent en tension (chapitre 3). À l'inverse, le quotidien de la prison de Grünstadt apparaît, comme le montrera le chapitre 4, beaucoup plus irénique. Néanmoins, cette différence importante ne sera pas analysée comme la preuve d'un dysfonctionnement des prisons françaises qui seraient bien avisées de prendre exemple sur leurs voisines allemandes. Elle sera plutôt lue comme un indice des tensions existant en France, et dans une moindre mesure, en Allemagne, autour des finalités institutionnelles de la prison. De ce point de vue, la prison de Tourion sera décrite comme une institution « fragmentée » (Laforgue, 2009) dans laquelle coexistent des logiques d'intervention difficilement réconciliables, tandis que la prison de Grünstadt apparaîtra comme une institution « hybride » (*ibid.*), marquée par une forte psychologisation du traitement pénitentiaire.

CHAPITRE 3 : LA PRISON DE TOURION, UNE INSTITUTION FRAGMENTÉE

Pendant quelques heures en cette journée de printemps, 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. La presse locale titrera le lendemain un article par ces mots : « si d'aucuns doutaient encore de la dangerosité potentielle du métier de gardien de prison, ce dossier devrait finir de convaincre les plus sceptiques ». 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. Brûlé superficiellement à la tête et au dos, il a été transféré au service des grands brûlés de l'hôpital voisin et est en état de choc selon les collègues qui manifestent ce matin-là. Un surveillant dit venir travailler tenaillé par la peur qu'un événement similaire se produise, avec des conséquences plus graves. Une autre estime qu'il y a trop de « cas psy » en prison, ingérables pour les surveillant-e-s. Un dernier, retraité, est venu « prêter main forte aux collègues » et déplore le « malaise qui s'installe dans la profession » dans des prisons surpeuplées et face à des détenus qu'il juge de plus en plus violents.

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 ». Imprévisible, cette agression a relancé selon elle « 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, pour « faute du premier degré ». La directrice m'explique : « on ne pouvait pas faire autrement vu la gravité de l'agression ». Je lui demande si le détenu aurait pu être jugé irresponsable en commission de discipline, chargée d'évaluer la sanction à apporter aux actes déviants. « Tiens c'est une bonne question », répond la directrice, « non je ne pense pas parce que... Ben il n'est pas censé être malade... Et puis les surveillants, ce serait trop dur à avaler pour les surveillants. Il y a vraiment un besoin de punition quand un truc comme ça se produit... Mais il faudrait demander au procureur, je ne sais même pas si c'est possible... En fait non,

si les psy jugent qu'il ne peut pas rester au QD (*quartier disciplinaire*), là il partira en HO (*hospitalisation d'office*), mais sinon, il restera au QD... »

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, « les nerfs ». 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 ». Le prévenu est condamné à dix-huit mois de prison ferme supplémentaires et 1500 euros de dommages et intérêts.

Extraits du journal de terrain, Tourion, 2011

La réforme de l'accès aux soins somatiques et psychiatriques entreprise au tournant des années 1990¹ est considérée avec fierté par les ministères de la Justice et de la Santé : l'affiliation des personnes détenues à la sécurité sociale et le rattachement des soins somatiques et psychiatriques à la tutelle hospitalière, qui signe la fin de la « médecine pénitentiaire », est décrite comme une amélioration notable des conditions de détention. Elle participe par ailleurs de l'ouverture de l'institution carcérale, puisqu'avec elle, des équipes hospitalières psychiatriques et somatiques s'installent de façon pérenne dans l'univers carcéral. La politique sanitaire s'inscrit donc dans un mouvement d'humanisation et de normalisation de la prison : les personnes détenues ont enfin accès aux soins dans de bonnes conditions. Mais cette réforme est aussi la traduction de la volonté politique, analysée au chapitre 2, de faire correspondre le temps de la peine avec un temps de soin et ainsi, de doter la prison d'un programme de traitement cohérent en la transformant en institution « soignante ».

En explorant la prise en charge des troubles mentaux dans la prison de Tourion, ce chapitre montrera que loin de s'organiser en une coopération irénique, elle se traduit par une division du travail méfiante entre les équipes psychiatriques et les administrations pénitentiaires et judiciaires présentes dans la prison. Les transformations récentes de l'institution carcérale et des publics qu'elle accueille concourent à faire des équipes psychiatriques un partenaire incontournable de l'administration pénitentiaire et judiciaire. Face à des troubles mentaux qui questionnent leurs compétences, ces acteurs·trices professionnels sollicitent les psychiatres et psychologues du SMPR pour les assister dans la réalisation de leurs propres missions, qu'il s'agisse de mieux gérer les coursives, de mieux prévenir les risques de suicide ou d'agression ou encore de mieux évaluer les efforts de réinsertion et les risques de récidive. Ces demandes ont cependant pour effet de concurrencer la définition strictement médicale que les équipes psychiatriques donnent à leur mission et produisent un « conflit de juridiction² », c'est-à-dire un conflit autour du mandat

¹ Création des SMPR (1986) et loi sur la santé des personnes détenues (1994) qui transfère au ministère de la Santé la gestion de l'offre de soins médicaux et psychiatriques en milieu pénitentiaire et permet le rattachement des personnes détenues à la sécurité sociale.

² Dans *The system of professions*, Andrew Abbott (1988) développe l'idée que la dynamique des professions serait la conquête et la préservation d'une juridiction, c'est-à-dire d'un espace d'activités autonome et reconnu par les pouvoirs publics. Pour lui, ces juridictions sont reliées les unes aux autres et doivent être étudiées par une analyse écologique (*linked ecology*). Il montre ainsi que les changements (techniques, légaux par exemple) qui affectent une profession provoquent une réaction en chaîne dans le système de professions alentour.

professionnel des équipes psychiatriques. Ce concept, emprunté à Andrew Abbott (1988), permettra d'éclairer d'un côté les tactiques et stratégies déployées par les équipes psychiatriques pour protéger leur territoire professionnel, et de l'autre la façon dont les administrations pénitentiaires et judiciaires tentent d'en déplacer légèrement les contours.

Ce chapitre explorera ainsi ce conflit de juridiction depuis trois fronts observés dans les prisons de Tourion : celui des services psychiatriques, celui de la hiérarchie pénitentiaire et celui de la justice de l'application des peines. Dans une première section, l'analyse portera sur l'utilisation d'un puissant outil professionnel, le secret médical, qui permet aux équipes psychiatriques d'organiser une résistance active face à l'intrusion de logiques considérées comme étrangères au soin. Dépendants de surveillant-e-s dont elles se méfient entre les murs, et d'alliés peu fiables au sein des hôpitaux psychiatriques, les équipes psychiatriques en milieu pénitentiaire investissent les nouvelles unités hospitalières (UHSA) comme une citadelle assiégée mais enfin autonome. Les sections suivantes observeront le même conflit du point de vue de la hiérarchie pénitentiaire puis du juge d'application des peines. Pour les premiers, la position de retrait des équipes psychiatriques complique la gestion des « troubles mentaux » dans les coursives et les risques d'agression et de suicide associés à ces troubles. Plus largement cette posture de non-coopération met à mal les tentatives pénitentiaires de participer à la prise en charge de ces troubles et à développer un *care* institutionnel (Pattaroni, 2006). Pour les seconds, le problème est différent : les juges aimeraient trouver dans les services psychiatriques des informations pouvant les aider à mieux évaluer les personnes détenues qu'elles ont à juger, mais surtout un allié dans le traitement de la récidive. Ce « conflit de juridiction » fragmente la prison de Tourion et y reproduit, comme une fractale, la dichotomie observée à l'extérieur entre prison et hôpital psychiatrique.

Encadré 8 Soins psychiatriques : des disparités régionales et locales importantes

A partir de 1986, 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont créés sur tout le territoire français. En 2016, on compte en plus de ces services qui proposent 380 lits d'hospitalisation de jour, neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui proposent 450 lits. Les nombreuses prisons qui ne disposent pas de service *ad hoc* sont dotées de postes de psychiatres et de psychologues, qui exercent au sein de dispositifs de soins psychiatriques intégrés aux unités médicales (UCSA) – présentes, elles, dans chaque établissement pénitentiaire.

Les effectifs de ces équipes psychiatriques augmentent progressivement, quoique moins rapidement que les effectifs médicaux : le nombre de psychiatres augmente ainsi de 57% entre 1997 et 2012, au même rythme que le nombre de médecins somatiques : en 2012, on compte 311 postes de médecins somatiques et 180 postes de psychiatres. En revanche, du côté des personnels non médicaux, on observe une augmentation de 131% du côté du soin somatique (1473 postes en 2012 contre seulement 60% du côté du soin psychiatrique (631 postes).

Par ailleurs, la couverture des soins médicaux et psychiatriques est marquée par de grandes disparités territoriales. Selon un rapport de la Cour des Comptes sur l'offre de soins en milieu carcéral, la présence de certains personnels de santé (dentistes, médecins généralistes, etc.) varie parfois du simple au quadruple (Cour des Comptes, 2014). Pour les équipes psychiatriques, le rapport indique également des disparités importantes :

Tableau 5 La couverture des soins psychiatrique par territoire

	Taux moyen en ETP (équivalent temps plein) pourvu pour 1000 détenus	Taux régional le plus bas	Taux régional le plus élevé	Pourcentage de postes budgétés non pourvus
Psychiatres	3,16	1,3 (Champagne- Ardennes)	6,94 (Guadeloupe)	16%*
Psychologues	5,22	2,26 (Pays de la Loire)	7,84 (Picardie)	7%
Infirmiers psychiatriques	7,75	4,58 (Aquitaine)	15,69 (Alsace)	8%

* Si 16% des postes de psychiatres budgétés ne sont pas pourvus, c'est, selon un rapport du Sénat (2010) en raison de la faible attractivité de cette « activité réputée difficile ».

En outre, au sein même de ces régions, les services psychiatriques (SMPR) sont principalement localisés dans les maisons d'arrêt, et donc moins facilement accessibles aux personnes détenues en établissement pour peine. Enfin, comme le note par exemple un rapport du Sénat en 2010, c'est-à-dire peu avant l'ouverture des premières UHSA, les hospitalisations de personnes détenues au sein des hôpitaux psychiatriques constituent l'aspect « le plus critiquable de la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux ». En effet ces hospitalisations sans consentement (en vertu de l'article D398 du code de procédure pénale) ont souvent lieu en chambre d'isolement, parfois avec des entraves non justifiées sur le plan médical. Elles sont en outre souvent trop courtes pour permettre la stabilisation de l'état du patient. Enfin, l'hospitalisation en unité pour malades difficiles (UMD) est compliquée par le faible nombre de places dans ces structures.

Dans les prisons de Tourion, l'équipe soignante s'est étoffée progressivement au cours des années 1990 et 2000, d'abord dans l'ancienne prison de Tourion (Tourion-Centre), proche du centre de la ville, où elle exerce de façon ambulatoire et dans un service d'hospitalisation de jour – une coursive aménagée en service psychiatrique. L'équipe se déploie ensuite dans la nouvelle prison (Tourion-Bretin) qui ouvre ses portes en 2005 : elle y occupe un service³ à l'écart de la détention, constitué de bureaux d'entretien et de réunion. Elle suit enfin le déménagement de l'ancienne prison vers un établissement flambant neuf qui ouvre ses portes à vingt kilomètres de la ville en 2011 (Tourion-Neuville). Enfin, au cours de l'année 2012, une partie de son effectif s'installe dans l'UHSA⁴ qui ouvre près de Tourion-Neuville. Relativement aux prisons rurales de la région, qui n'ont souvent pour tout dispositif de santé mentale que quelques vacations de psychiatrie et quelques postes de psychologues, les prisons de Tourion bénéficient depuis la réforme des soins psychiatriques dans les années 1980, de moyens humains et matériels importants. Ce chapitre montrera que malgré cette situation avantageuse, tout le monde s'accorde dans la prison de Tourion pour regretter une pénurie de moyens.

³ Outre les distributions de médicaments assurées par les infirmières dans les détentions – ou dans un bureau dédié dans le cas des traitements de substitution aux opiacés, les personnes détenues se rendent au SMPR pour des entretiens ponctuels avec les psychiatres, psychologues, et travailleurs-ses sociaux de l'équipe.

⁴ Proche de la prison de Tourion-Neuville, l'UHSA dispose de 60 lits, répartis en trois unités.

I. PROTÉGER LE TERRITOIRE PROFESSIONNEL DU SOIN

Rattaché au service public hospitalier, le service psychiatrique de Tourion est cependant hébergé au sein de la prison et doit répondre aux sollicitations quotidiennes des groupes professionnels présents dans l'établissement, et tout particulièrement à celles de la hiérarchie pénitentiaire et du juge d'application des peines. Pour cela, il mobilise une arme légale puissante, celle du secret médical, dont l'interprétation extensive, dessine une ligne de démarcation morale entre le soin et la peine et permet au service de défendre sa juridiction.

1. Intervenir en territoire étranger : une autonomie limitée

« Locataire » de la prison, l'équipe psychiatrique dépend de l'administration pénitentiaire, ne serait-ce que pour accéder à ses patients. Eloignés des espaces de détention et absents la nuit, les soignant-e-s doivent donc compter sur les surveillant-e-s pour repérer les personnes souffrantes et les ruptures de comportements symptomatiques d'un trouble psychiatrique. Principalement orale dans l'ancienne prison de Tourion, la communication tend à se réduire dans les nouveaux établissements à la circulation d'écrits lapidaires, faxés d'un service à l'autre. À cette coopération difficile s'ajoute la difficulté à travailler avec les hôpitaux psychiatriques alentour, pourtant chargés d'accueillir les personnes détenues en état de crise psychiatrique.

a) Architecture et interdépendance

À Tourion comme ailleurs, la localisation du service a évolué avec les transformations architecturales des établissements pénitentiaires. Dans l'ancienne prison de Tourion-Centre, le SMPR occupe le bout d'une coursive, à quelques grilles des premières cellules de détention. Pour y accéder, il faut traverser le « rond point », centre névralgique de la prison, par lequel tous passent et où tout se sait. Le SMPR se trouve dans l'une des quatre ailes de la prison, réparties autour de ce centre. Le bruit de la prison y est perceptible : on entend des éclats de voix, des bruits métalliques de clefs, des portes qui s'ouvrent et se referment. L'espace d'hospitalisation ressemble d'ailleurs à une coursive normale : deux rangées de dix cellules se font face, séparées par un large couloir. Au contraire, dans les deux prisons modernes de Tourion (Bretin et Neuville), le SMPR est placé dans un bâtiment à l'écart de la détention. Dans ses couloirs blancs se succèdent les bureaux de consultation et, dans la partie d'hospitalisation de jour, les chambres de patients. Dans ces nouveaux SMPR, le calme règne, les échos de la détention arrivent étouffés et il faut identifier les traces matérielles de la présence pénitentiaire pour se rappeler qu'on est toujours en prison : la salle d'attente fermée à

double tour, des uniformes bleus marines aperçus ponctuellement, les espaces grillagés surmontés de filins anti-hélicoptères qu'on aperçoit depuis les fenêtres, les lourdes portes du service et le bruit caractéristique de leur ouverture automatique.

Cette modernisation architecturale améliore le confort du service comme celui du reste de l'établissement : aux couloirs sombres et étriqués se substituent des nefs et atriums baignés de lumière ou à ciel ouvert (et recouverts de filins de sécurité), aux coursives délabrées, des cellules dotées de toilettes, de douches et d'un mobilier plus moderne. Mais ces nouvelles prisons sont également caractérisées par leur grande taille et par une logique de séparation fonctionnelle des espaces. Conçue comme une « ville close, avec un centre-ville et des quartiers » (Milhaud, 2009, p.242), la prison moderne différencie les espaces d'activités des espaces de vie. Cet étonnant idéal architectural d'urbanisation (qui entérine l'idée que la prison pourrait être un lieu de vie normal) entre cependant en contradiction avec l'usage réel de l'espace : ces discontinuités spatiales éloignent en effet les personnes détenues des différents intervenants. Ainsi, à Tourion-Bretin, le SMPR est désormais placé à plus de 300 mètres des bâtiments de détention – plus de 400 mètres à Tourion-Neuville, chaque mètre supplémentaire multipliant le nombre de portes, de grilles ou de sas à traverser.

Ce nouveau cadre architectural suscite une critique unanime : tous regrettent la taille « plus humaine » des prisons d'antan, malgré leurs murs décrépits, leurs cellules vétustes et l'encombrante promiscuité des lieux. Peu avant le déménagement vers Tourion-Neuville, les personnels soignants anticipent les difficultés qu'ils auront dans cet établissement flambant neuf :

« L'impression que c'est tellement découpé que personne n'est responsable de rien, surtout dans le cas de dysfonctionnement... Donc vous allez passer la matinée en disant « je dois voir 5-6 personnes », si elles n'arrivent pas, c'est la faute de personne, c'est pas la faute du surveillant qui est... qui gère les mouvements, parce que lui il a bien fait son travail, il a appelé... mais le suivant, celui qui est en détention, il va dire, c'est pas moi, moi aussi j'ai appelé, j'ai demandé... Et c'est tellement découpé, haché, hachuré, que finalement personne n'est responsable de rien et ça marche pas ! Personne ne peut prendre d'initiative quoi... »

Christine, éducatrice spécialisée, entretien 9 septembre 2011

Le cadre architectural pèse donc sur les relations sociales et professionnelles : l'éloignement des espaces de soins multiplie les obstacles pratiques à l'accès aux soins (Milly, 2003). Mais il a également pour effet de réduire l'interconnaissance (les psychiatres et psychologues de Tourion-Bretin ne connaissent pas les surveillant·e·s d'étage, avec lesquels ils n'ont jamais de contact) tout en augmentant l'interdépendance : les soignant·e·s doivent compter sur les surveillant·e·s pour voir leurs patients tandis que les surveillant·e·s comptent sur les soignant·e·s pour intervenir rapidement lorsqu'ils repèrent une « urgence » (voir *infra*) en détention. Cette situation produit des tensions ou, comme le disent souvent les thérapeutes en appliquant aux relations interprofessionnelles une grille de lecture psychologique, du « clivage ».

Cette spécialisation sociale des espaces alimente une méfiance réciproque : côté SMPR, on soupçonne les surveillant·e·s d'étage d'oublier certains patients ou de ne pas les inciter à se rendre en

consultation, on s'interroge sur la part d'arbitraire qui règne en détention, tout particulièrement dans le quartier disciplinaire, on suspecte les surveillant-e-s qui activent les portes de ralentir volontairement les déplacements des équipes psychiatriques ou de leurs patients. Côté « pénitentiaire », on reproche aux thérapeutes d'ignorer les contraintes spatiales de l'institution, de faire fi de la charge de travail qu'entraînent pour les surveillant-e-s les convocations inopinées ou de mépriser les contraintes de sécurité en vertu desquelles certaines personnes détenues ne doivent pas se croiser. À cette dépendance produite par l'architecture, qui selon Bruno Milly a pour effet de « bafouer l'accès au droit de se soigner » (Milly, 2000), s'ajoute une difficulté à maîtriser le flux des personnes détenues prises en charge par l'équipe psychiatrique.

b) Le tempo carcéral des « urgences » psychiatriques

Pour repérer les patients en demande de soins, les équipes psychiatriques disposent de trois moyens principaux. Le premier est celui des « entretiens arrivants ». Des permanences sont organisées⁵ pour que chaque personne nouvellement incarcérée soit reçue par un psychologue ou un psychiatre du service, qui évalue l'état de santé mentale de la personne détenue et lui propose, au besoin, un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique. Le second repose sur les infirmier-e-s du service, qui participent à la distribution des traitements psychotropes et sont donc en contact quotidien avec les personnes détenues au sein des coursives de la détention. Enfin, les personnes détenues elles-mêmes peuvent, par courrier, demander un entretien avec un psychologue ou un psychiatre du SMPR. Ces demandes sont cependant accueillies avec suspicion lorsqu'elles sont explicitement motivées par une exigence exogène :

« On a beaucoup de courriers qui commencent par : « la juge m'a demandé de venir vous voir ». Donc là, tu as envie de répondre : « ben dites à la juge que je me porte bien ! » Non, je veux dire, ce genre de demande, c'est pas facile et on en a beaucoup, ça pèse sur la file active. Après, c'est pas forcément de gens qui n'ont pas besoin de nous, hein, je dis pas ça, mais c'est juste que la demande vient pas d'eux, après, on les reçoit, pas en priorité, mais on les reçoit, et on travaille une demande plus authentique. »

Sylvie, psychologue, entretien 15 septembre 2011

A ces demandes indirectes du juge d'application des peines (que nous étudierons dans la troisième section) s'ajoutent les signalements effectués par les personnels de surveillance qui allongent la liste des patients potentiels du service. Ces signalements, réalisés par fax depuis le début des années 2000 dans un souci de « traçabilité » (Chauvenet, Raimbourg, 2010), procèdent d'une volonté de rationaliser une coopération jusque là principalement orale, conformément aux recommandations d'un rapport sur la prévention du suicide (Terra, 2003). Les formulaires de signalement proposent ainsi une série d'items préformatés que les surveillant-e-s peuvent cocher :

- « a fait une tentative de suicide »
- « déclare ouvertement ses pensées suicidaires »
- « s'est auto-mutilé »

⁵ C'est historiquement l'utilité principale des services psychiatriques expérimentés dans les maisons d'arrêt depuis le début du 20^{ème} siècle : il s'agit dans ces « centres d'observation » d'organiser le repérage des détenus malades.

« a des troubles du comportement (propos incohérents, entend des voix) » ; « a un changement de comportement (ne communique plus, ne se lave plus, se laisse aller ou autre fait notable) »

« a appris une mauvaise nouvelle (décès d'un proche, rupture de visites au parloir) »

« autre »

Journal de terrain, 2 août 2011

Faxés au secrétariat médical du SMPR, ces « signalements », requalifiés sous le terme médical « d'urgences », sont gérés par les psychologues et psychiatres de l'équipe. Chaque après-midi, deux thérapeutes se rendent dans les bâtiments pour recevoir, au rez-de-chaussée, les personnes qui leur ont été signalées. Les listes sont longues et les situations sont parfois loin de relever de l'urgence :

« C'est que... on a des piles de fax comme ça, à la fin tout le monde est signalé... Mais parfois c'est « ah, comportement bizarre » c'est quelqu'un qui est rentré alcoolisé d'un parloir, ils ont pas détecté que c'était juste quelqu'un qui était un peu ivre... Et en même temps à l'inverse, je me souviens d'un patient qui est resté des mois dans sa cellule, il était pas signalé parce que... ben finalement il était pas perturbant... et c'était un grand psychotique... C'est du langage psy, mais il avait des stéréotypies⁶, enfin il s'auto-stimulait en se balançant... il déchirait des petits papiers en mille morceaux. Il délirait complètement depuis des mois. Il était dans sa grotte, la cellule ressemblait plus à rien, enfin il était complètement incurie⁷... et euh... c'était une vraie urgence qui a pas été signalée en fait parce que... C'était pas... Gênant pour la pénitencière. C'est pas qu'ils voulaient le cacher, mais je pense... ça leur posait pas vraiment problème quoi ».

Aldée, psychiatre, entretien 11 août 2011

Pour les psychologues et psychiatres, les « urgences » sont à la fois trop fréquentes et mal ciblées, d'une part parce les surveillant·e·s seraient mal formés pour repérer les troubles, mais d'autre part parce que l'institution aurait tendance à ne signaler que les situations qui gênent son organisation, et non les plus urgentes d'un point de vue psychiatrique. Les soignant·e·s reprochent par ailleurs à l'administration pénitencière d'opérer, avec ces signalements, un transfert de responsabilité qui oblige le service psychiatrique à prendre position sur des questions de gestion « pénitencière ». Une psychologue me montre ainsi quelques-uns des fax reçus par le service :

« Sauf avis contraire de votre part, le détenu X sera doublé en cellule à compter de ce soir » ou encore « la CPU (*commission pluridisciplinaire unique*) du 7·7·11 a décidé le retrait du dispositif de surveillance spécifique (*i.e. surveillance de nuit*) du détenu Y. Veuillez me faire savoir avant ce soir (*souligné*) si vous vous opposez à une telle mesure ».

Journal de terrain, 18 août 2011

Ces signalements enjoignent au SMPR de donner son avis et de respecter l'ultimatum fixé par l'administration pénitencière. Cette injonction se traduit pour l'équipe psychiatrique par un surcroît de travail administratif : les thérapeutes notent leurs observations sur les feuilles de signalement ou produisent un formulaire supplémentaire (feuille d'urgence) qu'ils signent de leur nom et placent dans le dossier médical du patient. Impossible d'échapper à ce transfert de responsabilité, comme me l'explique une psychologue :

« On reçoit un fax et dessus il y a marqué l'objet... Donc moi quand je vois un motif un peu bidon, j'appelle, quelqu'un du bâtiment, je dis : j'ai reçu un fax pour Monsieur X. Et il me répond : ah

⁶ Le terme désigne la répétition continue de mêmes gestes, sans intention significative apparente.

⁷ L'adjectif est utilisé en psychiatrie pour décrire une personne incapable d'effectuer ses soins d'hygiène.

non non, mais il va mieux par rapport à ce matin ! Il va mieux, ne venez pas ! Donc moi je demande : « ben envoyez moi un papier pour me dire qu'il va mieux et que vous me demandez de pas passer. » « Ah non ! Bah alors passez ! ». Alors voilà. Ca veut bien dire que surtout il ne veut pas prendre la responsabilité de dire... après je comprends, c'est compliqué ! Mais du coup, il faut que je passe, parce que moi je ne connais pas ce patient. Sauf que le patient, ben effectivement, entre le matin et l'après-midi il s'est passé un truc, il est en train de lire une BD, il comprend pas pourquoi je viens le voir... et surtout, moi, j'ai encore perdu du temps ».

Sylvie, psychologue, entretien 15 septembre 2011

Ces signalements imposent donc, aux équipes soignantes, des urgences définies par l'institution carcérale et donc les temporalités de l'institution, rappelant que le temps est au cœur d'une « relation de pouvoir » (Bessin, 1999). De surcroît, les psychiatres du SMPR sont invités, dans le cadre de la politique de prévention du suicide (voir infra), à préparer des listes de « surveillance spéciale »⁸ pour les patient-e-s qui présentent selon eux un risque suicidaire. Ils doivent enfin évaluer le risque suicidaire de toutes les personnes détenues placées au quartier disciplinaire. Invités dans ces circonstances à participer au bon fonctionnement de l'ordre carcéral, le SMPR voit son autonomie limitée et son activité rythmée par les préoccupations de l'administration pénitentiaire.

Le secret médical s'inscrit ainsi dans une démarche d'autonomisation professionnelle. Interprété de façon extensive, il manifeste par ailleurs le souci moral de l'équipe de matérialiser clairement la frontière entre le soin et la peine.

2. Le secret médical entre principe éthique et posture morale

Associé à la longue histoire de la profession médicale (Carricaburu, Ménoret, 2004), le secret médical constitue un cadre légal⁹ qui protège fortement l'autonomie acquise par ce groupe professionnel, au point d'en symboliser la frontière (Frison-Roche, 1999). Si le principe du secret médical est clairement énoncé dans la déontologie médicale, la loi est cependant ambiguë sur ces « informations à caractère secret » dont la divulgation est interdite : s'agit-il des informations strictement médicales (diagnostics, résultats d'examen médicaux) ou bien, comme le suggère le conseil national de l'Ordre des Médecins¹⁰, de toute information entendue dans le cadre de la pratique ? À Tourion, la loi est interprétée de façon extensive, car derrière l'obligation déontologique se cache un souci éthique¹¹, celui de protéger le soin, et moral, celui de ne pas participer à l'entreprise punitive.

⁸ Pour les personnes placées sous surveillance spéciale (pour des raisons psychiatriques (risque de suicide), médicales (risque cardiaque par exemple), ou de sécurité (risque d'évasion)), la fréquence des « rondes de nuit » (contrôles visuels à l'œil nu) est augmentée.

⁹ Article 266-13 du Code pénal de 1994 : « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, soit par profession, soit en raison d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». Traduction juridique dans le code de déontologie médicale, article 4, promulgué en décret en 1995.

¹⁰ <http://www.conseil-national.medecin.fr/article-article-4-secret-professionnel-913> (page consultée le 25 février 2015).

¹¹ La distinction entre éthique et morale a fait couler beaucoup d'encre. Elle est ici employée pour distinguer des pratiques, un processus rationnel en vue de bien agir (éthique) et un ensemble de règles normatives absolues (morale).

a) Protéger les patients, protéger le soin

Le secret médical est avant tout associé à l'éthique du soin : pour les psychologues, psychiatres et éducateurs·trices que j'interroge, le secret médical constitue une condition *sine qua none* pour pouvoir soigner en prison, c'est-à-dire dans un univers marqué par le soupçon. Ainsi, une éducatrice spécialisée en addictologie m'explique :

« C'est grâce au secret médical, qu'on peut avoir en face de nous un patient qui nous dit « oui, je consomme actuellement », je consomme tel produit à telle régularité, et qu'on peut du coup aussi faire de la réduction des risques parce qu'on accepte aussi d'avoir des patients qui sont des toxicomanes actifs... Et on peut essayer de faire de la réduction des risques sur ben voilà les... les maladies qui peuvent être transmises et euh... le partage du matériel et les conditions dans lesquelles ils consomment quoi... ».

Fanny, éducatrice spécialisée, entretien 9 septembre 2011

La méfiance entraîne parfois des ruptures de prise en charge que les thérapeutes jugent particulièrement problématiques face à une population en très mauvais état de santé :

« C'est une femme qui est dans un état psychique – et somatique d'ailleurs – catastrophique. C'est simple, moi je pense qu'elle ne survivra pas à sa prochaine sortie, elle est à la rue, avec des varices œsophagiennes (elle m'explique qu'il s'agit d'une pathologie grave liée à la consommation d'alcool). Et voilà, nous faut qu'on renoue le lien, parce qu'elle croit qu'on répète ce qu'elle dit. C'est pas vrai bien sûr, mais c'est pas évident avec elle, il faut être très vigilant et bien lui expliquer notre posture. Elle avait commencé à me parler, mais là elle s'est braquée. »

Sylvie, psychologue, entretien 13 septembre 2011

Il s'agit donc par le secret médical de préserver un lien thérapeutique fragilisé par l'environnement carcéral. Le secret médical est donc autant une contrainte légale qu'une ressource pratique visant à construire l'espace de confiance nécessaire à une relation de soin, dans un lieu qui organise « la dissolution entre domaine privé et sphère publique » (Enriquez, Lhuilier, 2001), et dans lequel la préservation de l'intimité est un challenge de tous les instants (Lancelevée, 2011). Le secret médical permet donc aux thérapeutes de se différencier de ce contexte de méfiance hostile aux soins : il s'agit, et ce dès l'entretien arrivant, de faire comprendre aux personnes détenues que les missions du SMPR n'ont rien à voir avec celles de l'administration pénitentiaire ou de la justice, afin de créer une « bonne alliance » avec les patients. Une éducatrice insiste sur l'importance du secret médical en revenant sur une situation qui l'a affectée lorsqu'elle travaillait auprès de mineurs incarcérés :

« Ils ont voulu vraiment euh... faire une équipe pluridisciplinaire. Ce qui est une *hérésie totale* (elle souligne avec la voix), parce qu'on ne peut pas faire une équipe pluridisciplinaire avec des services et des missions différentes (elle rythme en frappant la table avec son index). [...] C'était un gamin qui avait une problématique alcool, qui avait très bien accroché avec moi, qui était prêt à travailler justement cette problématique alcool. Donc moi je... j'en avais parlé à son éducatrice PJJ. Et en fait son éducatrice PJJ en a parlé au magistrat. Et il a dit : 'mais ça se passe bien avec Mme Garreau du SMPR, eh bien on va lui mettre une injonction thérapeutique de 18 mois'. Sauf que moi, au SMPR, je ne peux pas faire d'injonction thérapeutique ! Donc ce gamin il a eu une obligation de soins de 18 mois par la justice... à cause de... ce qui a été mal interprété par la PJJ. Et bien sûr, je le comprends, il s'est senti trahi. C'est énorme ! Heureusement que c'est arrivé très tôt, et je le donne toujours en exemple aux stagiaires, parce que au final quelque chose qui était vraiment de la dynamique et de l'authenticité du patient, en l'occurrence le jeune qui était vraiment prêt à mettre des choses en place et qui avait

vraiment commencé le travail, eh bien il s'est retrouvé en porte-à-faux à cause de moi : bam 18 mois d'injonction de soin ! ».

Fanny, éducatrice spécialisée, 9 septembre 2011

Rompre le secret médical peut donc nourrir la méfiance, mais son respect est parfois mal compris par les personnes détenues, qui aimeraient voir leur thérapeute attester de leurs progrès :

« Les patients nous demandent parfois de témoigner, mais non, je ne peux rien dire à la juge parce qu'il y a le secret... Ils ont du mal à comprendre... Mais si je commence à soutenir le projet d'aménagement de machin, la juge va comprendre que si je ne suis pas là pour un autre projet, c'est que les soins se passent pas bien... Même en ne disant rien, j'en dis déjà trop. Donc je ne dis rien sur personne à la juge. »

Sylvie, psychologue, 13 septembre 2011

Le secret médical permet de naviguer à contre-courant d'une institution qui cultive pour sa part l'échange d'informations dans un objectif de contrôle et de surveillance. Protéger la relation de soin de tout regard extérieur, c'est aussi éviter que ne s'infiltrent dans cette relation des enjeux extérieurs au soin :

« C'est sûr que si le détenu pense que je vais répéter ce qu'il me raconte à la juge, il va adapter son discours pour obtenir ses RPS (réductions de peine supplémentaire). Et ça pour moi, ça relève de l'évidence, je ne comprends pas pourquoi on continue de nous demander des infos ! C'est vraiment nous mettre des bâtons dans les roues ! Et c'est contre-productif en plus : je pense que tout le monde gagne à ce que la relation thérapeutique soit la plus forte possible, qu'on puisse avancer avec les patients. »

Béatrice, psychiatre, entretien 19 août 2011

Le secret médical prend donc une importance centrale dans une institution perçue comme intrusive. Le secret semble donc s'accompagner d'une réelle « intention de dissimuler » face à « l'intention de dévoiler » de l'institution carcérale (Simmel, 1991 [1908]). Il permet de délimiter l'espace de soins comme le rempart d'une citadelle assiégée. En ce sens, il est fait du secret médical un usage défensif. Cette dimension politique résulte de l'histoire du service et s'inscrit, plus largement, dans l'histoire professionnelle des psychiatres et psychologues intervenant en milieu pénitentiaire.

b) Le secret en héritage

Lorsqu'ils évoquent le secret médical, psychologues, psychiatres et éducateurs-trices l'associent souvent au nom du psychiatre qui a fondé le SMPR de Tourion et est resté à sa tête pendant vingt ans. Le secret médical est inscrit dans l'histoire du service, au point d'en constituer, selon cette psychologue, la « colonne vertébrale » :

« Le professeur Cordier, c'est un homme qui avait une vision très noble du pourquoi on est là, une vision très claire, il était très carré sur le secret médical, ce qui a donné un cap au niveau du service... et les anciens, les piliers du service (elle me cite des noms), ils sont passés à bonne école. C'était une culture qui penchait vraiment du côté de la psychiatrie, du soin quoi. »

Victoria, psychologue, entretien 14 septembre 2011

Cette culture est le produit d'une « scission » qui s'est dessinée entre le « pénitencier et le SMPR hospitalier » comme me l'explique Suzanne, infirmière dans l'établissement depuis le début des années 1980 :

« Monsieur Cordier, il est arrivé avec la création du SMPR, il venait de l'hôpital et il aimait pas trop le mariage pénitencier - hospitalier. Il voulait qu'on garde nos distances chacun, tu vois ? Ça a été une révolution pour nous, parce qu'on avait été habitués à travailler sans médecins, en indépendance et en lien avec les surveillants ! ».

Suzanne, infirmière, entretien 9 septembre 2011

Elément central de cette « culture de service »¹², le secret médical est donc un héritage historique associé à l'un des principes fondateurs du service : l'autonomie professionnelle. Pour les soignant-e-s du SMPR de Tourion, l'histoire de l'indépendance acquise dans les années 1970 par les équipes psychiatriques sur l'administration pénitencier est une histoire vivante et constitue toujours une « province de sens », [...] un horizon dans lequel émergent les appuis de l'action » (Laborier, Trom, 2003).

Cet outil sert donc ici une politique de service. Il est donc fait du secret un usage tactique, dont mes enquêtés soulignent la ruse. Ainsi ils font souvent référence aux certificats¹³ remis aux juges d'application des peines (qui ne mentionnent ni la fréquence, ni la qualité du « suivi SMPR ») pour souligner la finesse de cette manœuvre :

« C'est un acte militant nos certificats ! C'est motus et bouche cousue, on n'indique rien, sauf qu'on a au moins vu la personne une fois. Je crois que dans la prison, ils se comptent sur les doigts de la main les gens qui n'ont pas de certificat. Y'a ça, et puis y'a le verso, tu l'as lu ? (*J'acquiesce, tous les psychologues et psychiatres m'en ont parlé*). C'est explicite, hein, on leur demande de ne pas nous mêler à la justice. On est là pour soigner, pas pour juger. »

François, psychiatre, entretien 15 septembre 2011

Ce stratagème est motivé notamment par la volonté de décourager les demandes considérées comme inauthentiques, en les tarissant à leur source, afin de désengorger un service qui pâtit de « l'insuffisance notoire des ressources sanitaires mises à la disposition de la population carcérale », comme on peut le lire dans la lettre imprimée au verso de ces certificats (voir annexe 8). Le ton de la lettre, qui fait référence aux textes juridiques en vigueur est vindicatif : il s'agit également de donner une leçon de droit aux magistrat-e-s, et ainsi de rappeler l'autonomie professionnelle du service vis-à-vis de la justice.

¹² Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien parlent d'une rhétorique du « choc des cultures » au moment de la réforme des soins en milieu pénitencier dans les années 1990 (Bessin, Lechien, 2000, 183). Au-delà de cette rhétorique, ces relations conflictuelles constituent également un héritage historique comme l'a montré le chapitre 2.

¹³ Cette attestation est demandée par le juge d'application des peines afin de vérifier que les personnes détenues suivent bien un traitement dans le service. La loi du 27 mars 2012 donne raison au SMPR de Tourion : elle oblige en effet les personnes condamnées à une infraction pour laquelle un suivi socio-judiciaire est encouru à « suivre un traitement pendant la durée de leur détention », mais précise que les « attestations de suivi de traitement » ne donneront aucune indication sur le contenu du suivi thérapeutique ou sur les propos tenus par le patient.

Encadré 9 Le secret médical, la déclinaison locale d'une politique nationale

Dans les prisons de Tourion, le service psychiatrique défend une position radicale en matière de secret médical : ainsi, il est rare de voir un représentant du SMPR participer aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU – voir *infra*) auxquelles le service se contente, dans le cadre de la prévention du suicide, d'envoyer une liste actualisée de personnes détenues nécessitant une surveillance spéciale, sans aucune précision supplémentaire. La situation de Tourion s'éloigne ici de la moyenne nationale : en effet, selon un haut-fonctionnaire de la direction de l'administration pénitentiaire contacté à ce sujet : « au 1er mai 2014, 70% des équipes sanitaires participent systématiquement à l'ensemble des commissions pluridisciplinaires uniques organisées au sein des établissements pénitentiaires. Par ailleurs 24% des équipes sont présentes de façon ciblée notamment sur la prévention du suicide. Enfin 6% des équipes ne participent jamais aux CPU (11 unités sur 176 établissements pénitentiaires) ». Cette position radicale peut sans doute être expliquée par le positionnement du chef de service « historique » du SMPR de Tourion, le professeur Cordier, particulièrement engagé sur ce front. Sans doute l'observation d'un autre établissement pénitentiaire aurait-elle permis d'observer des relations moins conflictuelles entre acteurs pénitentiaires, judiciaires et équipes psychiatriques.

Néanmoins, cette défense exacerbée du secret médical est révélatrice d'un positionnement professionnel national : en effet, les instances nationales de régulation des pratiques médicales encouragent les psychiatres à protéger la confidentialité des soins. Ainsi, au moment où je réalise mon terrain dans les prisons de Tourion, les autorités ministérielles de tutelle (ministères de la Santé et de la Justice) préparent une actualisation du « guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire »¹⁴ publié en 2005, qui précise le cadre législatif en matière de coopération entre personnels de santé et personnels pénitentiaires. Un bulletin de l'ordre national des médecins publie alors un dossier intitulé « prisons, menace sur le secret médical » (juillet-août 2011), qui invite les services médicaux à « ne pas se soumettre aux exigences de la détention ». Dans une rubrique « témoignages », le président de l'association des professionnel-le-s de santé exerçant en prison, Patrick Serre, rappelle la « frontière à ne pas franchir » : « on nous demande de plus en plus d'endosser une fonction d'expert, alors que nous sommes des soignants ». Catherine Paulet, présidente de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire est du même avis : « notre objectif est de contribuer à l'état de santé d'un patient – et non d'éviter la récidive », rappelle-t-elle dans un second encadré. Le dossier donne également la parole à Jean-Marie Delarue, alors contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui rappelle que le « combat pour la confidentialité des soins est permanent ».

Par ailleurs, l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), qui représente une partie des services psychiatriques, propose en 2012, à Marseille, lors des « journées SMPR » de s'interroger sur « l'intime à l'épreuve de la transparence ». Sa présidente de l'époque, Catherine Paulet, a d'ailleurs publié de nombreux articles appelant les équipes psychiatriques à la vigilance (Paulet, 2004, 2006 ; David, Paulet, Laurencin, 2012). Son successeur, David Michel, s'emploie, par le biais de la liste de diffusion de l'ASPMP, à informer les adhérents des actions menées auprès du ministère de la Santé et de la direction de l'administration pénitentiaire pour défendre l'indépendance des services psychiatriques et le principe du secret médical. Ainsi, il organise une consultation au moment où les autorités ministérielles tentent d'encadrer le

¹⁴ Circulaire interministérielle n°DGOS-DSR-DGS-DGCS-DSS-DAP-DPJJ-2012-373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

fonctionnement des commissions pluridisciplinaires uniques¹⁵. Ou encore, il s'inquiète de la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion informatisée de la détention¹⁶ qui menace, à ses yeux, l'activité des services : dans un communiqué publié le 3 février 2015, il rappelle que « les professionnels de santé n'ont rien à y inscrire et rien à y lire », ils « doivent impérativement veiller à ce que l'agenda partagé établi par l'Administration pénitentiaire ne permette pas d'identifier le type de consultation à laquelle se rend la personne convoquée par l'unité de soin ». Le psychiatre insiste enfin régulièrement sur la règle qui stipule que « l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ».

Le sujet occupe également les réunions de coordination entre le SMPR de Tourion et les dispositifs de soins psychiatriques ambulatoires disséminés dans les prisons des alentours, dans lesquelles la question de la participation aux commissions pluridisciplinaires est débattue. Le secret médical permet ainsi de clarifier le rôle du SMPR, tout particulièrement lorsque ses missions recoupent celles de l'administration pénitentiaire et que les lignes pourraient paraître brouillées (prévention du suicide notamment comme nous le verrons dans la deuxième section). Ainsi, à propos de la préparation de certains projets de sortie en lien avec les conseiller·e·s pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), une éducatrice m'explique :

« On essaie au mieux de travailler en bonne intelligence, mais faut pas oublier les missions de chacun. Que les conseillers pénitentiaires ont toujours une mission de contrôle, de rapport au magistrat, donc il faut donner les infos sans trop dévoiler ce que nous on a comme éléments. Parce que nous on travaille pour accompagner le soin, pas la peine ».

Christine, éducatrice spécialisée, entretien 9 septembre 2011

Outil de démarcation, le secret médical permet, comme l'indique Christine, de distinguer le « soin », de la « peine », deux ensembles qu'elle présuppose insécables. S'il en va, selon cette éducatrice, d'une exigence professionnelle, le secret constitue aussi un outil de distinction morale. Il s'agit de ne pas mélanger le soin, bon grain, de l'ivraie punitive, de ne pas s'associer à un ensemble de tâches que l'on subsume sous un qualificatif aussi abstrait que péjoratif : *la peine*.

c) Noblesse du soin, sale boulot de la peine

L'idée revient régulièrement dans les échanges avec l'équipe du SMPR que le service constituerait un espace à part, qui se distinguerait par ses ambitions humanistes entièrement orientées vers le bien du patient. Acteur du « soin », le SMPR serait mû par de nobles ambitions :

¹⁵ Circulaire interministérielle N°DGS-MC1-DGOS-R4-DAP-DPJJ-2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

¹⁶ Décret no 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS

« On ne vient pas travailler en prison pour rien hein ! Toutes les personnes qui d'une façon ou d'une autre sont venues travailler en milieu carcéral c'est quand même des personnes qui sont très humaines et qui conçoivent le soin d'une façon noble, à la base. »

Victoria, psychologue, entretien 14 septembre 2011

À la noblesse du soin s'oppose la disgrâce de la peine. Les soignant-e-s dépeignent fréquemment les surveillant-e-s en des termes peu élogieux. Dans les entretiens, il est fréquemment fait référence à des situations suscitant de l'indignation :

« J'ai un patient qui est d'origine thaïlandaise, qu'ils appellent « bol de riz », là je me suis énervée, je l'ai dit à la directrice en nommant les surveillants. C'est quand même ! Je regrette, mon patient a un nom ! Ou alors « allez les Tox ! » C'est ces aspects qui sont euh... qu'on fait pas le même boulot, qu'on parle pas de la même manière, nous on dit « Monsieur », je sais que ça agace les surveillants ».

Sylvie, psychologue, entretien 15 septembre 2011

En outre, les agent-e-s pénitentiaires se trouvent souvent caricaturés à gros traits : on rit de ces « candidats malheureux qui ont échoué au concours de flic », on soupire de les voir si « peu coopératifs, voire carrément tire-au-flanc », on véhicule l'idée qu'ils « n'ont pas choisi ce métier par hasard », laissant entendre qu'il faut une certaine « perversité » pour accepter de surveiller des personnes enfermées. Ces critiques véhiculent un certain mépris, qui se transforme en condamnation morale lorsque sont relatés des brimades ou des actes de maltraitance - aperçus ou rapportés par les patients. Une psychiatre me raconte qu'elle croit avoir aperçu le passage à tabac d'une personne détenue placée au quartier disciplinaire, une autre accuse l'administration d'avoir laissé auprès de ses agresseurs un patient qui s'était fait violer par ses codétenus. L'univers carcéral est donc perçu et dépeint comme un univers de violence, dans lequel certains agent-e-s de surveillance exercent un pouvoir arbitraire.

Si les soignant-e-s insistent sur cette part d'ombre de la réalité carcérale – en rappelant parfois que « tous ne sont pas comme ça », c'est évidemment parce qu'elle a des conséquences sur leur travail : elle augmente la souffrance psychique des personnes détenues. Mais il s'agit également de se distinguer d'une institution jugée malsaine et pathogène. Comme l'explique avec une réflexivité rare un psychologue de l'équipe :

« On est parasité par le côté « sous main de justice » et donc ça... y'a plus de clivages radicaux qui peuvent s'opérer. Comme on est tout le temps avec l'étranger avec un grand E qui représente la Loi et qui n'est pas le Soin, ça questionne beaucoup plus l'identité... Donc par exemple la question du secret médical revient tout le temps sur la table en milieu carcéral. Tu vas voir, après 10 secondes, le secret médical ressort. Ça c'est que l'étranger pose la question de « quelle est mon identité ». Et souvent les soignants vont finir par se rabattre ou caricaturer leur identité au secret médical, pour mettre de la distance : on n'est pas du même milieu. »

Jérôme, psychologue, entretien 1^{er} juillet 2011

Sans doute peut-on dès lors considérer que les soignant-e-s font parfois preuve d'une « approche simpliste » (qui) génère schématiquement une problématique des « bons et des méchants ». (Bessin, Lechien, 2000, p.184). En permettant de valoriser le bon « soin », le secret médical « renforce le prestige social du médecin » (idem, 208) – et de toutes les personnes qui y sont soumises. En somme, le secret serait la botte secrète qui permet aux soignant-e-s de ne pas se laisser

corrompre par le stigmate d'une institution régulièrement frappée d'opprobre en marquant ainsi la limite entre « tâches nobles » et « sale boulot » pour reprendre la distinction opérée par Everett Hughes (1996). Pour certains soignant·e·s, ce « sale boulot » est même un « travail illégitime », dans le sens où la surveillance ne constitue pas une tâche dévalorisée dont il faudrait cependant s'acquitter mais un traitement barbare, reliquat d'une façon de punir indigne de la démocratie.

d) Une tactique coûteuse pour les professionnel·le·s de première ligne

Le secret médical constitue une frontière virtuelle entre « soignant·e·s » et « non-soignant·e·s », qui permet aux psychologues, aux psychiatres et aux éducateurs·trices de justifier leur position de repli vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Cependant, il peut devenir un problème quotidien pour ceux qui travaillent à proximité immédiate du personnel pénitentiaire : les infirmier·e·s. Ces dernier·e·s ont en effet pour mission la distribution quotidienne des médicaments dans les bâtiments de détention en compagnie des surveillant·e·s d'étage, mais également la gestion du quotidien de l'unité d'hospitalisation de jour du SMPR avec les surveillant·e·s présents dans la courserie – chargés pour leur part d'organiser l'accès des personnes détenues aux biens et aux personnes (tabac, cantines, repas, parloirs, courrier) et qui assurent la surveillance de l'unité lorsque l'équipe infirmière est absente (pendant la « nuit », *i.e.* de 18h30 à 7h30).

Sensibles à l'importance de la confidentialité de soins, les infirmier·e·s du SMPR apprennent à tenir les surveillant·e·s à distance. Dans la partie « hospitalisation » du SMPR, les infirmiers se réunissent ainsi à l'écart dans un petit bureau pour discuter des patients. Mais dans l'interaction avec les patients, il n'est pas toujours possible de protéger le secret. Une infirmière me raconte ainsi :

« Justement ce midi, j'ai eu un cas d'un patient qui n'allait pas bien, le surveillant s'est écarté... euh, de façon à ce que je puisse prendre en charge le patient. J'avais des questions à lui poser que je ne pouvais pas poser devant le surveillant parce que ça restait entre le patient et moi, le surveillant n'avait pas à savoir ce qu'il avait à me dire. Donc je l'ai regardé, je lui ai fait comprendre, le surveillant s'est écarté mais en même temps de manière à ce qu'il puisse avoir un œil sur moi parce que à partir du moment où on est avec quelqu'un qui est là pour x raisons, y'a toujours un risque qu'il nous prenne en otage ou qu'il puisse nous agresser, donc c'est pas toujours évident, ça c'est sûr, donc on essaie d'être discrets, de parler tout bas et tout ça, mais on n'est jamais sûrs à 100% quand on donne les traitements que... Sachant que bon, le secret médical souvent c'est le dét... euh, le patient lui même qui se vend... en criant 'moi j'ai pas eu mon Valium, j'ai pas eu mon Temesta, j'ai pas eu...' »

Jessica, infirmière, entretien II août 2011

La difficulté réside, dans cette anecdote dont je retrouve des déclinaisons dans les cinq entretiens réalisés avec des infirmier·e·s, dans la dépendance des soignant·e·s aux surveillant·e·s : l'agent est en effet appelé en renfort, mais simultanément mis à l'écart. Beaucoup d'infirmiers regrettent l'asymétrie flagrante de la coopération. Une jeune infirmière présente ainsi sous la forme d'un dilemme l'obligation professionnelle que constitue le secret médical :

« C'est assez compliqué parce que eux... ils nous répètent les infos que les patients leurs donnent, surtout le soir quand on est partis. Des infos qui à la base sont médicales, et qui les concernent pas, mais bon ils nous les donnent et on les répète aux psychiatres. Après ils vont essayer

de savoir 'pourquoi, qu'est-ce qui se passe', et nous secret professionnel, on n'a pas le droit de dire... Et puis quelquefois ça crée des tensions parce que... par exemple une fois j'ai eu un patient qui avait besoin d'une injection en cellule le soir. Et les surveillants sont venus à quatre, et ils comprennent pas qu'on n'ait pas envie qu'ils soient là à regarder les fesses du patient... tu vois... donc comme on sentait qu'il était pas dangereux, ma collègue a fermé la porte derrière elle et ça la pénitencière l'a très très mal vécu. Et tu vois, moi je suis un peu mitigée des deux côtés, dans ces situations là, j'arrive pas encore à prendre position... Ça va venir avec l'expérience hein... Parce que d'un côté, je comprends que la pénitencière se dise : 'il s'est battu y'a 10 minutes, donc qu'est-ce qui me dit qu'il va pas remonter en pression, et nous on est là pour vous protéger'. Je comprends, que eux aient pas confiance en le patient, pour eux, un patient c'est un détenu, donc même quand il dit : 'je vous promets, je me laisse faire', ils sont plus méfiants... Et puis nous de notre côté, on a ce truc, de 'on est là pour la dignité du patient'. Pour protéger sa pudeur... »

Emilie, infirmière, entretien 19 août 2011

Les infirmier·e·s se sentent tiraillés entre le respect du secret médical et la volonté d'entretenir de bonnes relations avec des partenaires qu'ils fréquentent à longueur de journée. Leur environnement de travail ne leur permet ni de se retrancher derrière les principes inflexibles du service (puisqu'ils travaillent aux côtés des surveillant·e·s), ni de s'en émanciper (car ils sont sous la surveillance de la hiérarchie médicale, qui multiplie les rappels à l'ordre lorsqu'une certaine connivence entre infirmier·e·s et surveillant·e·s s'installe). Si certains disent s'en accommoder, reprenant à leur compte l'idée que le secret médical permet de distinguer les missions de soin et les missions de surveillance, d'autres avouent mal vivre cette situation conflictuelle – l'âge moyen de l'équipe infirmière, très jeune et en poste depuis peu, laisse supposer que cette situation difficile favorise une rotation professionnelle rapide. En poste depuis deux ans, Julie m'avoue qu'elle ne pense pas rester très longtemps au SMPR de Tourion parce que cette configuration professionnelle la fatigue :

« Avec le temps, je me rends compte que finalement, euh... avec les surveillants par exemple, enfin moi j'aime bien parler à tout le monde et puis euh... c'est vrai que je me rends compte que c'est mal interprété quoi, ici euh... quand on parle avec un surveillant, vite on est... c'est mal vu parce qu'on peut croire qu'on divulgue le secret médical et tout ça alors que pour moi c'est pas évident de croiser quelqu'un que je connais depuis deux ans, et de juste lui dire 'bonjour' et 'en revoir' sans échanger une petite parole en plus et ça c'est... ça commence à... C'est ça aussi qui me fera partir parce que j'ai besoin de plus parler... avec les gens avec qui je travaille... là j'ai l'impression aussi d'avoir des barrières à ce niveau là quoi. On m'interdit de discuter de... »

Julie, infirmière du SMPR, entretien 12 août 2011

Dans cet extrait d'entretiens, Julie juge excessifs les usages du secret médical, qui dressent selon elle une « barrière » très contraignante au quotidien. Si elle reconnaît la nécessité d'une certaine réserve, afin de garantir une relation de confiance avec les patients, elle juge cependant excessive la froide distance maintenue face à des surveillant·e·s qui sont malgré tout des collègues.

Ainsi mis au service d'une éthique professionnelle, le secret médical devient un outil de distinction morale lorsqu'il fige la frontière entre les soignant·e·s et les autres. C'est une frontière morale qu'il est cependant coûteux de défendre pour celles et ceux qui sont quotidiennement au contact de « l'ennemi » pénitencière. Le SMPR développe donc face à l'administration pénitencière un ensemble de tactiques, c'est-à-dire de « calcul(s) qui ne peu(ven)t pas compter sur un espace propre, ni donc sur un frontière qui distingue l'autre comme une totalité visible ». Ces tactiques n'ont « pour lieu que celui de l'autre, [...] s'y insinue[ent], fragmentairement, sans le saisir en son

entier, sans pouvoir le ternir à distance » (De Certeau, 1990). Fragiles, ces tactiques entraînent de discrètes divisions au sein de l'équipe psychiatrique. À l'inverse, les UHSA semblent permettre à l'équipe de retrouver un territoire propre.

3. Reprendre la main sur un territoire propre : la stratégie UHSA

Perçu comme fragile, le positionnement de l'équipe semble toujours menacé par l'environnement carcéral et fait l'objet d'un combat toujours recommencé. Dans *De l'autre côté du miroir*, Lewis Carroll décrit la course effrénée dans laquelle Alice et la Reine Rouge se lancent. À Alice, qui remarque que le paysage ne change pas, la Reine répond : « nous courons pour rester à la même place ! » Le SMPR semble, dans sa relation avec l'institution carcérale, confronté à ce même paradoxe.

a) Le paradoxe de la Reine Rouge

La situation des SMPR, plongés au cœur de la vie des établissements pénitentiaires, confronte en effet les équipes psychiatriques à des dilemmes permanents et oblige les soignant·e·s à une vigilance de tous les instants :

« Il faut être vigilant à chaque nouveau patient et puis euh... à chaque nouveau soignant... toujours être vigilant. Y'a rien d'acquis quoi. Quand ça a l'air d'être à peu près propre, l'éthique est respectée, les bonnes pratiques sont respectées, le secret médical est préservé, tout en gardant des rapports aimables avec les surveillants, parce que ça peut pas être la guerre tout le temps... y'a des clivages stériles... Euh... Eh bien, ça c'est jamais acquis c'est toujours à entretenir, à surveiller... ».

Aldée, psychiatre, entretien II août 2011

Malgré cette vigilance de tous les instants, certains ancien·ne·s ont le sentiment d'avoir été progressivement « dépassés » par la situation. Ainsi, Béatrice, qui débute comme psychiatre à la fin des années 1980 à Tourion-Centre, pour ensuite travailler à Tourion-Bretin et devenir, à son ouverture, la psychiatre coordinatrice de l'UHSA, m'explique que les années 1990 ont largement déstabilisé les équipes psychiatriques. La difficulté tient d'abord selon elle à l'afflux de personnes malades. Chargée dès le milieu des années 1990 des traitements de substitution, l'équipe doit désormais prendre en charge un nombre croissant de patients toxicomanes :

« À partir de là, on voyait jusqu'à un tiers de la détention ! Donc c'est l'impression, à un moment, d'avoir bu la tasse... On n'était plus à jour, y'avait un mois d'attente dans les consultations... et tu peux pas travailler comme ça, si t'as pas une certaine réactivité... ».

Béatrice, psychiatre SMPR puis UHSA, entretien 6 février 2015

Le développement des moyens du SMPR semble absorbé par l'augmentation des besoins de soins. Mais à la dégradation de la santé mentale des personnes détenues, s'ajoutent selon elle les règles de sécurité renforcées des établissements pénitentiaires :

« Tout s'est rigidifié parce que la Pénitencière a réalisé son rêve, où tel jour c'est tel bâtiment, tel jour, c'est tel autre bâtiment... hors de question de voir les gens entre deux. Donc ça a interrompu aussi la continuité qu'on pouvait avoir dans les suivis. Il suffit qu'une personne loupe un rendez-vous, et puis tu la revois à 10-15 jours, et ça n'avait pas beaucoup de sens [...] Il est arrivé un moment, à l'ouverture de Tourion-Bretin, on n'intervenait plus que sur des « urgences ». Tu vois, ta file active, tu pouvais plus procéder comme tu le souhaitais, tu étais sans arrêt appelée pour des trucs où la Pénitencière ouvrait le parapluie [...] et on se sent pris au collet, de devoir répondre absolument à tout, en particulier à des demandes qui ne nous concernent pas, tu vois, qui auraient pu être réglées par le SPIP (service pénitencière d'insertion et de probation)... ».

(Béatrice, *ibid*)

L'ouverture des nouveaux établissements marque pour elle une césure dans l'organisation du SMPR, qui s'étoffe progressivement. À l'indifférenciation des rôles du SMPR des premières années (« infirmière, éduc, psy, on faisait tous les entretiens arrivants ») se substitue la hiérarchie classique et rigide d'un service psychiatrique, avec son lot de conflits professionnels :

« On s'est retrouvés avec un énorme établissement, plein de nouveaux venus dans le service, qui ne connaissaient pas grand chose au monde pénitencière, et qui se sont mis à genoux face à la Pénitencière. Donc tu vois, des infirmières qui donnaient les traitements aux surveillants... Des trucs comme ça, incroyable. Et je crois qu'on a perdu la main quelque part. C'est cette continuelle tentative de faire de nous un de leurs services... Même Monsieur Cordier a été dépassé, parce que finalement Tourion-Bretin, il n'y est plus vraiment allé ».

(Béatrice, *ibid*)

Ces conflits professionnels portent notamment sur des désaccords sur la façon de se comporter face à l'administration pénitencière. Ils sont régulés par des discussions d'équipes et par la décision du chef de service – c'est ainsi par exemple que l'équipe du SMPR de Tourion s'est donné pour règle de ne pas participer aux commissions pluridisciplinaires. Néanmoins, cette régulation est coûteuse, et résulte toujours de dissensions internes sur la meilleure façon de se positionner face à l'administration pénitencière. Au moment où je réalise les entretiens avec les soignant-e-s du SMPR, ces variations sont par exemple perceptibles à propos de la question litigieuse des avis rendus à propos des quartiers disciplinaires¹⁷. Gênés par le rôle inconfortable qu'ils sont invités à jouer avec ces avis, qui les amènent indirectement à prendre part à l'activité punitive de l'institution carcérale, les thérapeutes cherchent le moyen de « rester soignants ». Or les moyens diffèrent : François considère ainsi qu'il faut donner un « avis strictement psychiatrique » :

« Voilà, s'il y a un trouble psychiatrique, je lève le QD [i.e. donne un « avis négatif » au maintien de la personne détenue au quartier disciplinaire]. Et à la limite, pour moi, s'il y a levée de QD c'est direction hospitalisation d'office : la personne est malade, elle doit être hospitalisée. Sinon, non, ça ne me regarde pas, c'est du carcéral le reste ».

Entretien François, psychiatre, 15 septembre 2011

Pour Aldée, il faut lever les placements quand la personne tient des propos suicidaires, quel qu'en soit le degré d'authenticité :

¹⁷ Article R 57-7-31 du code de procédure pénale : « La liste des personnes placées en confinement en cellule individuelle ordinaire et de celles présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale. Le médecin examine sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé de l'intéressé. »

« Moi, on m'interroge sur le risque de suicide, je suis pas devin, donc si la personne me dit qu'elle veut en finir, je lève le QD et c'est tout

- Même si tu sens que c'est un peu stratégique ?

- Ah mais c'est pas mon problème, c'est pas moi qui l'ai mis au quartier disciplinaire ! »

Entretien Aldée, psychiatre, 11 août 2011

Enfin, Sylvie pense quant à elle qu'il faut prendre en compte la situation de façon pragmatique :

« Quand je sens que c'est du chantage, j'explique qu'il n'a pas forcément à y gagner. Parce que si on le fait sortir, les surveillants vont lui rendre la vie compliquée en bâtiment. Donc je prends le temps d'expliquer. Mais de toute façon, c'est pas moi qui prends la décision, je ne suis pas médecin. »

Entretien Sylvie, psychologue, 13 septembre 2011

Ces légères divergences traduisent des positionnements différents : François se donne un rôle strictement technique, Aldée fait preuve d'idéalisme et remet en cause l'existence même de cette punition quand Sylvie semble plus réaliste et considère au contraire les conséquences pratiques de son intervention. On retrouve ces positions divergentes dans l'utilisation du téléphone. Certains psychiatres et psychologues refusent par principe toute discussion par téléphone avec un représentant des hiérarchies pénitentiaires ou judiciaires, alors que d'autres utilisent cet outil d'échange informel pour contacter un directeur·trice ou un juge afin de négocier de petits arrangements discrets :

« Moi, j'essaie de pas m'immiscer dans le travail de la pénitentiaire, c'est pas mon travail, moi je fais partie de l'institution médicale. Donc euh... J'oriente la personne, mais je l'oriente à s'orienter. C'est à dire : « Écrivez, dites-le ! ». Voilà. Mais après ça dépend de chaque personne. Y'a des personnalités fragiles, et... alors oui, je peux mais... j'essaie de pas le faire souvent, je peux décrocher le téléphone et dire : « Ce monsieur ça serait bien de le changer de voisinage... pour de la prévention » ».

Entretien Françoise, psychologue, 13 septembre 2011

Ces dissensions produisent des tensions au sein de l'équipe, passées sous silence lors des entretiens enregistrés, mais exprimées dans les discussions informelles. Seule Victoria me parle de ces désaccords, qui sont selon elle le produit de « l'agressivité » qui règne en milieu carcéral :

« Quand ça clashe au sein de l'équipe, ça clashe fort, vite et fort, et donc après c'est plus difficile de gérer le quotidien quand il y a de l'agressivité au sein de l'équipe ».

Entretien Victoria, psychologue, 14 septembre 2011

L'unité affichée par le SMPR, renforcée par la démarcation virtuelle du secret médical, semble donc mise à rude épreuve dans le quotidien carcéral. Ces conditions de travail dégradées expliquent selon Béatrice les difficultés de recrutement des nouveaux établissements de Tourion :

« Qu'est-ce qui peut motiver les internes qui maintenant passent à Tourion à rester ? Parce que des après-midi où tu vois personne, où t'as deux patients, où tu ne vois que les urgences de la Pénitentiaire ? C'est pas comme ça qu'on a envie de travailler.

- Oui, et puis Tourion-Neuville est à 20km de Tourion-Centre !

- En plus oui, donc tu as l'impression que c'est le bout du monde, et... tu pars là bas, tu reviens le soir, tu n'as rien fait de ta journée, et surtout pas de psychiatrie ! C'est épuisant ».

(Béatrice, *ibid*)

Le récit de Béatrice rejoint l'idée largement exprimée par les thérapeutes que la difficulté principale de leur travail en prison tient aux contraintes carcérales. Par conséquent, le SMPR de la prison de Tourion peine à recruter des psychiatres, et doit compter sur les stages des internes de psychiatrie provenant du centre hospitalier régional universitaire¹⁸.

Si le service psychiatrique a du mal à préserver son autonomie dans l'organisation même de son activité en détention, il est par ailleurs confronté à la difficulté de mobiliser les services hospitaliers extérieurs, souvent réticents à accueillir des patients provenant de prison.

b) Des alliés extérieurs peu fiables

Seule modalité d'hospitalisation complète avant la création des unités pénitentiaires psychiatriques, les hospitalisations d'office permettent une prise en charge des personnes détenues dont l'état ne serait plus compatible avec l'incarcération dans les services psychiatriques ordinaires en milieu libre (article D398 du code de procédure pénale). En 2011, lors de mon premier terrain dans les prisons de Tourion, tous les psychiatres du SMPR constatent une difficulté croissante à obtenir l'hospitalisation des personnes détenues, qui sont, selon eux, de plus en plus nombreuses à nécessiter une telle mesure : le nombre d'hospitalisations – d'une durée moyenne de 11 jours – atteint ainsi 206 pour l'année 2010¹⁹ contre 123 en 2007, 80 en 2006 et autour de 50 entre 2000 et 2005²⁰.

Pour pallier ces difficultés, le SMPR de Tourion a créé à la fin des années 2000 un poste de « psychiatre coordonnateur » dans l'espoir de huiler les rouages de l'hospitalisation d'office par un travail auprès des différents acteurs institutionnels impliqués dans sa mise en œuvre : l'agence régionale de la santé et la Préfecture qui traitent la demande et produisent un arrêté préfectoral d'hospitalisation, l'administration pénitentiaire qui organise l'extraction des personnes détenues vers l'hôpital et les hôpitaux d'accueil. Chargée de cette coordination, Mélanie m'expose d'une voix énergique les problèmes qu'elle tente de résoudre. La mauvaise coordination entre les partenaires s'accompagne d'un manque de communication (ainsi, le SMPR n'étant que rarement informé des départs en hospitalisation, il ne peut pas prendre contact avec le service hospitalier) ; à la lenteur des procédures s'ajoute une préoccupation sécuritaire qu'elle juge excessive (il arrive ainsi que la Préfecture tarde voire refuse²¹ de prendre un arrêté d'hospitalisation) ; le prétexte des contraintes architecturales (manque de chambres d'isolement) cache souvent la réticence des soignant-e-s à accueillir des patients jugés « difficiles », qui sont bien souvent soumis à un régime contraignant et renvoyés rapidement, parfois à leur initiative, en prison. En position d'intermédiaires entre ces

¹⁸ Les postes d'infirmier-e-s, de psychologues ou de travailleurs-ses sociaux connaissent quant à eux moins de difficulté de recrutement en raison de la démographie de ces groupes professionnels. En revanche, la rotation est rapide chez les infirmier-e-s. Elle l'est moins chez les psychologues, qui trouvent vraisemblablement des compensations aux contraintes matérielles présentées ici, voir chapitre 5.

¹⁹ Selon les statistiques du greffe de l'établissement pénitentiaire

²⁰ Selon les statistiques du SMPR

²¹ Ainsi, pour l'année 2007, le SMPR décompte 9 « refus » d'hospitalisation. Le chef de service a sollicité le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté pour dénoncer ce qu'il considère être des « entraves au soin ».

différents acteurs, les psychiatres du SMPR voient leurs relations professionnelles se dégrader progressivement face au mécontentement général :

« Donc quand le patient revient en prison après trois jours, on a la secrétaire de l'ARS qui nous dit (*d'une voix pincée*) : 'vous voyez, vous m'avez saoulée pour que le patient parte ? Eh bien il n'a pas de troubles psychiatriques ! Vous voyez tout ce que vous faites, tout ce que vous mettez en œuvre pour ça ?'. Donc on est complètement discrédités auprès de tout le monde... Et surtout de la pénitencière ! Il faut vachement parler avec eux mais quand ils ont un type qui est hyper... hyper malade et hyper violent – je pense par exemple au QD à Tourion-Bretin, où ils avaient mis un mec, ils pouvaient même plus ouvrir la grille tellement il était euh... violent avec eux en tous cas... C'était hyper compliqué, tout le monde était complètement effrayé, c'était une décompensation psychotique avec des traits paranoïdes bien marqués... Donc vous leur dites, 'oui oui, je vais faire ce qu'il faut, je vais m'arranger'. Déjà ça dure 15 jours, le temps que l'ARS et le Préfet trouvent un hôpital suffisamment sécurisé pour que ce soit... bien, donc comme il y a pas de place, on attend et.. ils ont l'impression qu'on ne fait rien... Après il part enfin, mais pour trois jours et il revient ! Mais les surveillants, ils nous bouf-fe-raient (*elle marque chaque syllabe*) ! Enfin ils se disent : 'ils se foutent de nous quoi !' Et nous on est comme eux quoi, instrumentalisés, au milieu ! C'est ça qui est vraiment compliqué c'est que nous on est vraiment au milieu de tout et on ne décide de pas grand chose en fait... »

Entretien Mélanie, psychiatre coordinatrice, 10 août 2011

Le SMPR déploie donc une énergie aussi importante que vaine pour « faire sortir » les personnes détenues les plus malades²². Plus généralement, cette coopération difficile redouble l'impression de l'équipe psychiatrique de se trouver dans une position subordonnée, qui entrave son indépendance. Dans ce contexte, l'adhésion des soignant·e·s au projet UHSA, incertaine lorsque je réalise mon premier terrain dans les prisons de Tourion, s'explique vraisemblablement par le coût de ces tactiques destinées à redonner au SMPR une marge de manœuvre. Unité hospitalière autonome, l'UHSA de Tourion en tant que « lieu circonscrit » peut servir de « base où capitaliser ses avantages, préparer ses expansions et assurer une indépendance par rapport aux circonstances » (De Certeau, 1990). Espace de repli, elle permet de mettre en œuvre une véritable stratégie à l'égard de l'administration pénitentiaire.

c) Les UHSA : une ambivalente stratégie de repli

Lorsque je rencontre l'équipe du SMPR de Tourion en août et septembre 2011, les UHSA ne sont encore qu'un projet incertain : la première unité a certes ouvert à côté de Lyon, mais elle a été portée par un chef de service, Pierre Lamothe, que beaucoup identifient comme un psychiatre dissident, qui a accepté de collaborer avec l'administration pénitentiaire. Le projet de création d'une UHSA près de Tourion inquiète plutôt qu'il n'attire les soignant·e·s : on attend avec méfiance de voir à quoi ressembleront ces unités qui préparent à première vue un mélange douteux du soin et de la peine. Pourtant, deux ans plus tard, une unité hospitalière ouvre près de Tourion. Inscrite dans le dispositif carcéral, l'UHSA semble, qui plus est, tenue à distance par l'établissement public de santé mentale de Tourion, comme en témoigne la difficulté à trouver un emplacement à la nouvelle unité.

²² Un compte-rendu de réunion à l'agence régionale pour la santé indique qu'en 2011, 75% des hospitalisations d'office des personnes détenues dans la région de Tourion étaient inférieures à 10 jours (41% sont inférieures à 5 jours). Si le compte-rendu ne fait pas état de la durée des hospitalisations d'office en milieu libre, les psychiatres rencontrés au SMPR de Tourion sont unanimement d'avis qu'à pathologie égale, celles-ci sont nettement plus longues.

Face à la résistance active d'un hôpital de l'agglomération de Tourion (et du maire de la commune sur laquelle l'hôpital est implanté) les porteurs du projet ont finalement construit l'UHSA près d'un hôpital situé en zone rurale, à plus de 20 kilomètres du centre de la métropole, et à l'extrémité du domaine hospitalier. Pourtant, l'équipe de l'unité, à laquelle je rends visite une première fois en août 2013, est largement satisfaite de l'ouverture de cette unité :

Martine Bodzinska, devenue secrétaire médicale du service s'exclame avec son habituelle jovialité : « bienvenue chez nous ! » avant de m'emmener visiter la structure. Entre son bureau et l'unité, nous attendons le déverrouillage de chacune des trois portes ou grilles par les agent-e-s de surveillance installés dans une cabine au niveau de la porte d'entrée de l'unité. Je remarque à haute voix, alors qu'une des grilles tarde à s'ouvrir : « on est quand même encore en prison ici, non ? ». Sylvie me répond : « arrête, c'est ce que disent aussi les patients. Que c'est comme la prison au fond. Mais non, c'est *l'hôpital* ici, attention ! ». Sur le chemin nous rencontrons deux psychiatres, qui reviennent de l'unité. Le sourire radieux d'Aldée tranche avec le ton désabusé qu'elle avait lors de l'entretien que nous avons réalisé en août 2011. Je le lui fais remarquer, elle me répond : « Non mais à Tourion-Neuville, c'était devenu insoutenable. Là c'est un bol d'air, je fais enfin mon travail ! ».

Journal de terrain, 27 août 2013

Si le projet UHSA s'impose auprès des psychiatres et psychologues, c'est que cette unité leur donne une certaine maîtrise sur le quotidien des soins : ils ne dépendent plus de l'administration pénitentiaire, ni des services psychiatriques hospitaliers de l'extérieur. Contrairement au SMPR d'hospitalisation²³, dans lequel l'équipe soignante n'est présente que pendant la journée, les trois unités de l'UHSA proposent une hospitalisation continue, organisée exclusivement par l'équipe médicale. Rassemblés dans un bureau au niveau de la porte d'entrée, les agent-e-s pénitentiaires surveillent les entrées et sorties, les murs d'enceinte du bâtiment et le long couloir central qui dessert les unités de vie. Echappant à leur regard²⁴, les trois unités disposent chacune d'une vingtaine de chambres, organisées autour d'un patio accueillant un espace télé et un espace de restauration collectifs que jouxte le bureau des infirmier-e-s, dont les larges fenêtres permettent de couvrir l'espace d'un seul regard. Lorsqu'une personne détenue arrive à l'UHSA, elle est escortée par un surveillant-e jusqu'au vestiaire, puis prise en charge par un infirmier-e. À quelques exceptions près²⁵, le patient ne verra plus un seul uniforme bleu pendant son séjour dans l'unité, dont la durée sera fixée par l'équipe médicale, et qui sera rythmé par la prise des traitements psychiatriques et ponctué de consultations et d'activités thérapeutiques (sport, balnéothérapie, musicothérapie, cuisine, etc.). Libérés d'un quotidien de travail conflictuel, les thérapeutes n'expérimentent plus au jour le jour le paradoxe de leur présence en prison. La création des UHSA semble dissimuler, au moins dans les pratiques quotidiennes, les questionnements déontologiques omniprésents dans les services ambulatoires de la prison.

L'équipe psychiatrique des prisons de Tourion est de toute évidence mal à l'aise à l'idée d'être enrôlée dans une mission pénale et tente de tenir à distance toutes les sollicitations qui lui semblent étrangères à sa définition du soin psychiatrique. On retrouve dans ce positionnement,

²³ Entre 200 et 250 hospitalisations par an pour les années 2000 à 2006 (statistiques du SMPR)

²⁴ Des caméras de surveillance sont installées dans les unités, mais ne peuvent être activées par les soignants qu'en cas d'alarme de niveau 3.

²⁵ Parloir, extraction vers l'hôpital pour des soins somatiques ou vers le tribunal, fouille des chambres (sur décision du psychiatre coordonnateur) ou encore intervention d'urgence des personnels de surveillance dans l'unité (voir chapitre 5).

particulièrement fort à Tourion, le poids de l'histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont le professeur Cordier a été un acteur important au niveau local et national. Par différentes tactiques et stratégies, l'équipe psychiatrique cherche à gagner en autonomie professionnelle vis-à-vis de deux acteurs principaux : la « Pénitentiaire », c'est-à-dire hiérarchie pénitentiaire, composée de personnels de surveillance à différents postes et de la direction de la prison de Tourion et la « Justice », représentée en prison par le juge d'application des peines. Comment ces deux acteurs se positionnent-ils face au SMPR et justifient-ils ce qui apparaît comme des demandes illégitimes aux yeux des personnels soignants ? C'est ce que nous allons étudier dans les deux dernières sections de ce chapitre.

II. UNE COOPÉRATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX GÉRER LES PRISONS ?

Témoins de l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux, les personnels pénitentiaires appréhendent ce problème comme une difficulté qui s'ajoute aux contraintes liées à la gestion des personnes détenues, particulièrement importantes dans une maison d'arrêt surpeuplée comme celle de Tourion. Ces troubles mentaux sont en effet appréhendés comme une source potentielle de désordre dans un quotidien déjà très tendu. Considéré comme un partenaire indispensable pour repérer et résorber ce désordre, le SMPR est sollicité par la hiérarchie pénitentiaire pour participer au bon fonctionnement de la prison. Les résistances du SMPR sont reçues avec d'autant plus de perplexité par la hiérarchie pénitentiaire qu'elles jettent le discrédit sur les efforts de l'institution pour tenter « d'humaniser » la peine de prison.

Encadré 10 L'exécution des peines pour cœur de métier

Le terme de hiérarchie pénitentiaire désigne à la fois le corps des personnels de direction et le corps des personnels de surveillance des prisons de Tourion. Le second est organisé en grades (les lieutenant-e-s, capitaines et commandant-e-s pénitentiaires constituent les grades de commandement, tandis que le corps d'encadrement et d'application est divisé en sept grades, du major-e pénitentiaire à l'élève surveillant-e). Recrutés sur concours (ouverts à des candidats de moins de 40 ans) et formés à l'école nationale de l'administration pénitentiaire à Agen, les agent-e-s de la hiérarchie pénitentiaire ont pour mission principale de gérer l'exécution des peines, c'est-à-dire de veiller au bon fonctionnement des établissements pénitentiaires. Longtemps investis dans de nombreuses missions d'intendance et d'accompagnement des personnes détenues, ces professionnel-le-s ont vu leurs missions se resserrer autour d'un « cœur de métier » pénitentiaire à mesure que les prisons externalisaient les missions de soin, d'enseignement, de formation, mais également de restauration, d'intendance, de formation et de travail. La présence d'un gestionnaire privé dans les prisons de Tourion prive ainsi les surveillant-e-s de certaines opportunités professionnelles : ils ne peuvent plus, comme dans les établissements à gestion publique, travailler comme cuisinier, cantinier ou superviser le travail des personnes détenues. Néanmoins, les surveillant-e-s pénitentiaires occupent des postes et remplissent des missions professionnelles variées dans tous les espaces pénitentiaires : depuis le greffe de la prison jusqu'au quartier disciplinaire, en passant par la surveillance des ateliers, des services médicaux, le quartier arrivant ou

les bâtiments de détention. Certains travaillent principalement derrière des ordinateurs ou sur des dossiers (au greffe ou au bureau de gestion de la détention par exemple), d'autres ont rejoint une équipe régionale d'intervention et de sécurité et interviennent en cas de tension dans un établissement pénitentiaire, certains observent les écrans de contrôle et les mouvements dans un guichet aux vitres teintées depuis lequel ils activent les portes de l'établissement, d'autres, les plus nombreux, travaillent dans les espaces de détention. Deux problèmes principaux se posent à l'administration pénitentiaire, dans la gestion de « l'exécution des peines » : un problème de gestion des flux en maison d'arrêt, seuls établissements pouvant enfermer au-delà de leur nombre de places théoriques (Chantraine, 2004 ; Bouagga, 2015 ; Fassin 2015) et un problème de gestion des longues peines dans les établissements pour peine, c'est-à-dire les centres de détention et maisons centrales (Le Caisne, 2000 ; Marchetti, 2001 ; Cliquennois, 2013).

1. Troubles mentaux dans les coursives

La prison regorge d'histoires à dormir debout concernant des personnes détenues présentant de graves troubles psychiatriques. Il suffit parfois de quelques mots ou d'un nom pour faire surgir des anecdotes que tous connaissent et qui semblent constituer la mémoire vive de l'institution autour des troubles mentaux :

Sacha, surveillant, commente mon objet de recherche, un problème vraiment central en détention selon lui. Comme pour en attester, il me raconte deux scènes qui l'ont particulièrement marqué au cours des dernières années. La première est celle d'un homme qu'il appelle Baraoui, enfermé de façon préventive au quartier disciplinaire après avoir agressé un surveillant. « Il était complètement en crise », m'explique Sacha, « il s'est déshabillé, il s'est mis à uriner avant de se rouler dans sa pisse en hurlant » Appelé en renfort (son poste de travail est proche du quartier disciplinaire), il aide les surveillants à maintenir l'homme au sol, le temps qu'une infirmière vienne lui faire une injection. Il m'explique que son uniforme sentait l'urine, que le détenu se débattait tellement qu'il était impossible de lui faire une clef de jambe. « Et le soir, ça me travaillait encore... Ben qu'on en arrive à faire un truc comme ça à un homme, je vous jure, on se demande vraiment ce que c'est notre travail ! C'est pour ça que je suis content d'être au BGD (*i.e.* « bureau de gestion de la détention », un poste administratif, à l'écart de la détention). Même si bon, je suis quand même surveillant, je dois faire des interventions quand même ». La seconde histoire met en scène un homme qui doit être hospitalisé sans son consentement : « c'est un détenu... je ne me souviens plus de son nom... qui devait partir en HO (hospitalisation d'office), et quand il est arrivé dans la cellule au niveau du greffe pour attendre l'ambulance, il était tout calme, mais il a sorti une lame de rasoir qu'il avait cachée sous sa langue. Pourtant, on l'avait fouillé intégralement et on avait déjà retrouvé plusieurs lames sur lui, mais il en avait encore une. Et il l'a mise comme ça – il me montre, contre son cou – en disant : « je me coupe la carotide si vous m'emmenez en HO ». Ah ! On fait comment dans ce cas ? Ben on a parlé avec lui, y'a des gradés qui sont venus, pour lui expliquer que c'était pour son bien, pour qu'il se repose un peu... Mais lui il voulait rien savoir, il disait qu'il était pas fou, qu'il voulait pas partir en HO. Nous pendant ce temps, on nous demande d'intervenir, sympa ! Du coup, on est arrivés par un angle mort, et on a réussi à le plaquer au sol, il avait déjà commencé à s'entailler, mais pas trop fort. On lui a plaqué les mains au sol – il mime la position du détenu – et on a réussi à lui reprendre la lame. Mais bon, c'était chaud ! ».

Son collègue André arrive et entend les dernières phrases de Sacha : « ah oui, c'est le mec qui est parti en HO ça, non, y'a trois ans ? »

Je commente : « ce que tu me dis là, c'est que des fois vous faites le boulot d'un infirmier en fait ?

- C'est exactement ça, acquiesce Sacha, des fois je compare avec mon beau-frère qui est infirmier en psychiatrie, ça y ressemble des fois ! Sauf que nous on n'est pas formés pour ça !

- Oui, puis faut voir le nombre de cas psy ici, ajoute son collègue, pfff ! Quand on nous dit : 'lui c'est ouverture de cellule avec un gradé et deux surveillants, c'est un profil psy', ben on est là : 'ok, d'accord, mais nous on n'est pas psy ! C'est pas notre boulot !' ».

Journal de terrain, 4 août 2011

Sans avoir besoin de chercher loin, chaque surveillant a ainsi une série de souvenirs emblématiques, qui tous interrogent ses missions professionnelles. Les deux « histoires » de Sacha ont en commun de relater un épisode d'une extrême violence, dans lequel une personne détenue semble « prise de folie » et se met en danger au point de devoir être maîtrisée physiquement par les surveillants pour *la protéger d'elle-même*. Les « cas psy » renvoient pour son collègue, à ces détenus au comportement extravagant dont on cherche à *se protéger*, en adoptant des précautions supplémentaires. Dans les cursives, les « troubles mentaux » posent donc problème à deux titres : parce qu'ils peuvent être le signe avant coureur d'une tentative de suicide, et parce qu'ils peuvent produire de la violence. C'est en effet associés à ces deux risques ambivalents, le suicide et l'agression, que les troubles mentaux mettent en jeu le quotidien des surveillant-e-s.

a) Folie et dangerosité : trouble ou stratégie ?

Les deux récits de Sacha sont emblématiques de l'« imprévisibilité » que les surveillant-e-s disent redouter chez les personnes présentant des troubles mentaux. L'attaque à l'huile bouillante présentée en prologue de ce chapitre²⁶ constitue l'archétype de ces agressions imprévisibles. Cette affaire éclaire la façon dont la hiérarchie pénitentiaire appréhende le problème des troubles mentaux en prison : associée à l'irrationalité et l'imprévisibilité, la folie est considérée comme ce qui vient perturber l'interaction et produire des « inconvenances situationnelles » (Goffman, 1973). Mais face à cette folie, l'institution apporte une réponse particulièrement ambivalente : Monsieur Kadar, l'auteur de cette attaque imprévisible, est considéré comme « fou », son comportement est cependant sévèrement sanctionné : il est puni de la sanction maximale par la commission de discipline de la prison en partie pour répondre au présupposé « besoin de punition » des surveillant-e-s. Bien qu'il ne semble pas à sa place en prison, il est néanmoins condamné par le tribunal correctionnel à une nouvelle peine de privation de liberté assortie d'une amende.

La punition disciplinaire et la peine judiciaire ont paradoxalement pour effet de renforcer l'opinion selon laquelle le détenu était capable de discernement au moment de son acte, malgré son apparente folie. C'est l'avis d'un surveillant de cursive qui m'explique quelques temps après l'événement :

²⁶ Pour le lecteur pressé : Monsieur Kadar a agressé un surveillant qui ouvrait la porte de sa cellule en projetant sur lui de l'huile bouillante dans un état de confusion extrême, et à la suite d'une hospitalisation d'office liée à une décompensation psychotique. Il explique son geste, au tribunal, par le fait que l'administration pénitentiaire l'aurait poussé à bout. Il est sanctionné de trente jours de placement au quartier disciplinaire, et puni au tribunal de 18 mois de prison supplémentaires et d'une amende de 1500 euros de dommages et intérêts.

« Je le connais moi ce type, je l'ai eu à l'étage, franchement, c'est de la simulation ! C'est facile, il cherche à montrer qu'il était malade. Il n'est pas malade ! C'est facile, ils savent tous faire ça : faire croire qu'ils sont malades, c'est toujours la bonne excuse ! ».

Jérémie, surveillant, 2 août 2011

Selon ce surveillant, la folie serait ainsi simulée dans le but d'excuser un comportement violent ou d'exercer du chantage sur l'institution. L'explication donnée par Monsieur Kadar lors de son procès : « j'ai été poussé à bout » donne une intentionnalité à son geste et apporte un crédit à cette version du surveillant. Mais le réduire à cette seule dimension stratégique, comme le font les quelques surveillant-e-s qui le peignent en « simulateur », permet cependant de ne pas s'interroger sur la responsabilité collective de cette violente réaction. La folie du geste n'est-elle pas pour partie déterminée par la prison, cette « structure sociale fragile aux effets imprévisibles » ? L'irruption de la violence physique n'est-elle pas favorisée par un univers carcéral qui propose peu « d'espaces de conflictualisation » et de négociation (Chauvenet *et al.* 2008, p.20-45) ? Cette volonté de percer à jour les personnes détenues « simulatrices » rappelle celle des « *prison officers* » étudiés par Lorna Rhodes dans *Total Confinement* (Rhodes, 2004, chapitre 2), qui considèrent les détenus enfermés dans les unités Supermax comme des « *crazy tough guys* » ayant fait le choix d'être mauvais (*the choice to be bad*) et qui justifient ainsi par leur comportement violent les contraintes extrêmes auxquelles ils sont soumis²⁷.

Les surveillant-e-s pénitentiaires associent folie et dangerosité, et considèrent les troubles mentaux comme un risque professionnel majeur : qu'ils soient ou non alimentés par le contexte pathogène de la prison, ces troubles sont une menace de plus pour un groupe professionnel éprouvé par le quotidien d'établissements surpeuplés, comme l'est la maison d'arrêt de Tourion. Mais les troubles mentaux sont également perçus sous l'angle d'un second risque : celui du suicide.

b) Vulnérabilité et risque du suicide

Si elle s'accompagne pour certains d'un véritable souci de l'autre comme nous le verrons plus loin, la prévention du suicide est vécue comme une véritable contrainte professionnelle pour les personnels de surveillance.

²⁷ Le cas de Rachide Boubala, fortement médiatisé ces dernières années, constitue une illustration magistrale de ce bras de fer disciplinaire : condamné initialement en 1997 à trois années de prison pour un braquage il a accumulé les infractions en détention pour des faits de violences et des prise d'otage et est désormais incarcéré jusqu'à 2037. Connu pour tapisser d'excréments les murs de sa cellule, il semble littéralement chercher à « emmerder » les surveillant-e-s pénitentiaires qu'il accuse de multiplier volontairement les brimades depuis son arrivée en prison. Nombre de détenus allongent de la sorte leur peine de prison par des actes violents qu'ils justifient comme une rébellion légitime face à l'injuste discipline carcérale.

Encadré II La prévention du suicide en prison

La prévention du suicide constitue une (pré)occupation institutionnelle de grande importance, comme en témoigne le nombre de rapports, de circulaires et de notes consacrés à la question. Les taux de suicide dans les prisons françaises sont en effet les plus élevés d'Europe (Duthé *et al.*, 2009). La politique de prévention du suicide vise à améliorer le « profilage des populations à risque suicidaire » (les primo-incarcérés, le moment du jugement, les situations de rupture familiale notamment) ainsi que leur suivi grâce à des « recettes techniques » assez anciennes (faire appel aux codétenus, augmenter la fréquence des rondes de nuit, améliorer les contacts avec l'extérieur, etc.) ou plus nouvelles (l'aménagement de nouvelles cellules sans point d'appui pour éviter le suicide par pendaison, la création de cellules dites « de protection d'urgence »²⁸ la distribution de « kits anti-suicide »²⁹, etc.). L'objectif est manifeste dans tous les espaces de la détention, depuis le « quartier arrivant » tout entièrement conçu pour réduire le « choc de l'incarcération », jusqu'aux recoins les plus hostiles de l'établissement : une note d'organisation du 15 juin 1999 sur la prévention du suicide est scotchée dans le bureau des surveillants du quartier disciplinaire, elle indique qu'une radio doit être mise à la disposition des détenus placés au QD pour prévenir le sentiment d'isolement, « comme le recommande la commission Albrand », un des nombreux rapports sur la question du suicide en prison, le plus fameux étant le rapport « Terra » qui a donné son nom aux formations de prévention du suicide proposées aux surveillant-e-s³⁰. (Terra, 2003).

La prévention du suicide est devenue une priorité au début des années 2000, alors que l'institution carcérale se voyait soumise à une dénonciation publique avec la comptabilisation et la publicisation des décès en détention par les associations de défense des droits des personnes détenues (Ban Public, OIP, etc.). Le risque est par ailleurs juridique pour l'administration pénitentiaire, qui peut être condamnée devant la justice à la suite de suicides de personnes détenues (Chantraine, Cliquennois, 2009). À la rubrique « suicides », le site de l'OIP recense ainsi la jurisprudence en matière de suicide en milieu carcéral. Ainsi, en juin 2014, le Conseil d'État a retenu la responsabilité de l'État à la suite du suicide d'un détenu au centre de détention de Loos, « pour une succession de fautes de l'administration pénitentiaire dans sa prise en charge » ; en décembre 2011, « la Cour administrative d'appel de Douai a condamné l'État à indemniser la mère et la sœur d'Olivier Tranquille, qui s'est pendu dans une cellule du quartier disciplinaire du centre pénitentiaire de Liancourt »³¹.

Les surveillant-e-s sont conscients de l'importance de la prévention du suicide, et savent aussi que la survenue d'un décès, outre le choc éventuel de la mort d'une personne côtoyée au quotidien,

²⁸ Selon les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, au 1er janvier 2015, 137 cellules de protection d'urgence (CproU) opérationnelles dans 96 établissements. Depuis la validation de la 1re CproU (mars 2010), environ 1 300 placements ont été recensés. Il n'y a pas de cellule de ce genre dans les prisons de Tourion lorsque je réalise mes observations. Ces cellules sont décrites comme des cellules « lisses », dans lesquelles aucun point d'accroche n'existe. « La cellule est destinée à accueillir les personnes détenues dont l'état apparaît incompatible, en raison d'un risque suicidaire imminent ou lors d'une crise suicidaire aiguë, avec son placement ou son maintien en cellule ordinaire, pour une durée limitée (24 heures), dans l'attente d'une prise en charge sanitaire adaptée. »

²⁹ Ces kits de protection contiennent des draps et des couvertures indéchirables, des pyjamas en papier à usage unique pour éviter les pendaisons, ainsi que des matelas anti-feu. Ils sont cependant critiqués pour leur inefficacité.

³⁰ Selon les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, au 1er janvier 2015, près de 87 % des personnels ont bénéficié d'une formation « Terra » relative à la prévention suicide

³¹ <http://www.oip.org/index.php/component-k2-itemlist-tag/Suicides> (consulté le 10 février 2015).

produira une charge supplémentaire de travail : il leur faudra alors rédiger³² un compte-rendu initial dans la journée puis préparer un compte-rendu précis sous huit jours, avant, éventuellement d'être entendu par la police ou par la justice si une enquête judiciaire est lancée. Ces situations sont peu fréquentes³³ dans un établissement comme celui de Tourion, toutefois tous les surveillant-e-s sont impliqués dans la prévention du suicide : ils sont chargés d'observer les personnes détenues au quotidien et de notifier éventuellement dans un logiciel de partage d'informations (voir *infra*), les attitudes ou comportements jugés inquiétants. Un trombone, attaché aux fiches des personnes repérées comme suicidaires dans les casiers à fiche des bureaux de la détention, permet aux équipes de visualiser rapidement les personnes pour lesquelles le niveau d'alerte est élevé. Pour les personnes repérées comme « suicidaires » et placées sous surveillance spéciale, les agent-e-s en poste pendant la nuit doivent effectuer deux rondes supplémentaires pour vérifier par un contrôle à l'œil et en allumant la lumière de la cellule, que la personne est toujours en vie.

Cette mission est critiquée, notamment en raison de la surcharge de travail bureaucratique qu'elles entraînent (ainsi, l'utilisation du kit anti-suicide s'accompagne d'une fiche justificative³⁴), mais aussi du caractère contre-productif de certaines mesures (hacher le sommeil de personnes qu'on estime vulnérables par des rondes supplémentaires est ainsi une méthode qui pose question). Cette mission de prévention du suicide est de plus considérée comme un gadget face à des personnes que l'on soupçonne de faire des tentatives de suicide par « chantage » :

Le premier surveillant du bâtiment femmes m'a demandé si je pouvais « voir Madame Valery », pensant que cela lui ferait du bien d'être écoutée. Je lui propose donc un entretien : elle me parle avec effusion de larmes de ses soucis - un changement de cellule a eu lieu il y a quelques jours, qui l'a séparée de ses rares amies, décision injuste selon elle qui résulte d'une dispute avec sa codétenue. Les détails confus qu'elle me donne me laissent entrevoir un chagrin d'amour. Désespérée, elle s'est tailladé les bras, qu'elle m'exhibe comme pour témoigner de sa souffrance. Les 45 points de suture sur chacun de ses avant-bras, ainsi que les pensées de mort qu'elle dit avoir (« je veux en finir ») m'alarment et je me rends donc à la fin de l'entretien dans le petit bureau des surveillantes placé dans l'atrium du quartier femmes. Les deux surveillantes, une tasse de café à la main, lèvent les yeux au ciel : « Oh ! Mais Madame Valery, elle commence à me chauffer les oreilles ! Ca y est, elle a déjà obtenu notre attention, on l'a signalée au SMPR, elle est en catégorie 2, ça suffit ! » s'exclame la première. La seconde entreprend de me raconter la « fabuleuse journée de Madame Valery », qui a appelé plusieurs fois les surveillantes en faisant « du chantage au suicide » parce qu'elle voulait changer d'étage. « Elle a fini par nous appeler pour nous dire qu'elle s'était coupée et qu'elle allait se suicider. Mais moi j'étais là, je l'observais à l'œil et en attendant les renforts, et j'ai vu comment elle a passé la corde autour du cou quand elle a entendu le bruit des clefs ». Résultat des opérations : « la lieutenant a décidé qu'elle restait dans sa cellule, même si une psychologue a essayé de négocier son retour au premier étage, et elle a fini par passer la nuit à l'hôpital ». La surveillante conclut : « si elle continue, elle va partir en HO (hospitalisation d'office) et puis c'est tout ».

Le lendemain, je demande au premier surveillant comment s'est résolu le cas de Madame Valery. Il m'explique fièrement : « Je l'ai recadrée ! Je lui ai dit : si vous jouez la mariolle à vous pendre

³² Une note de l'établissement du 24 mars 2011 précise les modalités de compte rendu lors du suicide d'une personne détenue et joint les longs formulaires à compléter, qui supposent une connaissance fine de la personne détenue, de ses fréquentations, mais qui obligent également les surveillant-e-s à lister les moyens mis en œuvre en amont pour repérer et pour colmater le risque suicidaire.

³³ À ma connaissance, 4 suicides sont survenus l'année précédent mon terrain. Au cours de celui-ci, une mort suspecte a eu lieu (un décès par overdose selon les informations qui ont circulé par la suite en détention). À l'échelle nationale en revanche, le taux de suicide est élevé, plaçant la France en tête des États européens (Aubusson de Cavarlay, 2009).

³⁴ 15 février 2011 - Note - rappel des modalités d'utilisation de la dotation de protection d'urgence. Avec évaluation de l'utilisation du trousseau.

et à vous couper, c'est simple, je vous enlève la télé, je vous mets un kit anti-suicide et puis je demande votre transfert. Mais par contre, si vous vous tenez tranquille pendant quelques semaines, je verrai ce que je peux faire pour vous ». Il commente : « On va voir si elle continue à se plaindre avec ça, mais ça m'étonnerait ».

Journal de terrain, 19 juillet 2011

Si les surveillant·e-s sont attentifs à la souffrance exprimée par Madame Valery, ils estiment cependant que cette souffrance est stratégiquement mise en scène pour obtenir ce qu'elle demande – son retour au premier étage. Cette demande est regardée avec suspicion (au premier étage se trouvent la plupart des femmes toxicomanes, on n'ignore pas qu'y circulent des substances illicites) et on se méfie de cette femme qui est jugée « manipulatrice » (elle « exerçait une mauvaise influence » sur sa codétenue). La réponse, paradoxale, témoigne du caractère disciplinaire que peut revêtir la prévention du suicide : on menace la détenue de prendre au sérieux ses tentatives de suicide par une demande d'hospitalisation qui disqualifierait *in fine* la revendication sous-jacente de changement d'étage.

Cette ambivalence entre authenticité de la souffrance exprimée et calcul stratégique (qui viserait selon les cas à attirer l'attention, obtenir gain de cause, tenter de s'évader³⁵ ou à échapper à une sanction disciplinaire³⁶) est toujours présente. Un surveillant du quartier disciplinaire évalue ainsi à 90% les situations de chantage :

« il y a peut-être 10% des gens qui passent ici qui sont vraiment malades, qui ont vraiment un truc qui ne tourne pas rond dans leur tête » m'explique Hervé. Je lui fais remarquer que le placement au quartier disciplinaire fait partie des facteurs majeurs de risque de suicide en prison³⁷ mais il me répond : « Oui, mais c'est parce qu'ils jouent avec le feu. Y'en a qui perdent, c'est comme ça ».

Journal de terrain, 25 juillet 2011

Sans doute cette réponse cynique participe-t-elle d'un besoin de reporter sur les personnes détenues la responsabilité d'un geste trop dérangeant, néanmoins elle nourrit l'idée que leurs comportements seraient d'abord et avant tout calculés. Difficile cependant de donner entièrement crédit à Hervé qui voit de la pure stratégie dans des actes aussi violents que celui de ce détenu qui « s'était enfoncé une fourchette en plastique dans le front, au point que son visage était couvert de sang » ou de celui-là, qui avait « planqué treize lames de rasoir sur lui et sans doute une quatorzième puisqu'il a trouvé le moyen de se couper après la fouille ». Ou de cet autre, qui a « réussi à cacher un briquet et à mettre le feu à la cellule ». Le raisonnement du surveillant omet que ces actes spectaculaires s'inscrivent dans un contexte tout à fait particulier, celui du quartier disciplinaire qui constitue la prison de la prison, un enfermement au carré qui place les personnes détenues dans une position d'assujettissement et de subordination redoublée.

³⁵ En effet, les conditions de sécurité étant souvent moins élevées lors des « extractions » ou à l'hôpital, les surveillant·e-s suspectent certains détenus de vouloir profiter de leur hospitalisation pour s'évader.

³⁶ Les personnes placées au quartier disciplinaire sont systématiquement vues par l'équipe psychiatrique de la prison, qui, face à un détenu présentant un risque de suicide, n'hésite pas à demander la suspension de la mesure disciplinaire.

³⁷ Le rapport Albrand estime en 2009 qu'environ 15% des cas de suicides ont lieu dans cette structure qui ne représente pourtant que « 2% de la capacité totale du parc » pénitentiaire (Albrand, 2009, p.101).

La sociologie carcérale a bien montré comment, dans des relations de pouvoir trop dissymétriques, les personnes enfermées finissent par faire de leur propre corps le lieu d'une résistance contre la domination qui s'exerce sur eux³⁸. N'ignorant pas la dimension stratégique de ces résistances du faible, on peut donc considérer que la manifestation d'une souffrance psychique sous une forme auto-agressive est un moyen d'action d'autant plus efficace que l'institution carcérale se porte garante de la vie des personnes détenues et se donne pour objectif d'empêcher la survenue de la mort.

c) Malades et coupables ? Une confusion morale

Risque professionnel parce qu'il engage la responsabilité des personnels de surveillance, le risque suicidaire produit cependant la même « anxiété taxinomique » (Rhodes, 2000) que le risque d'agression : au-delà des cas extrêmes, qui sont unanimement qualifiés de « maladie » ou de « folie », un nombre important de situations ne se laissent pas si simplement qualifier : lorsqu'elle produit de la violence, la folie est suspectée d'être aussi une stratégie voire un simulacre ; lorsqu'elle s'accompagne de revendications, la souffrance paraît se réduire au chantage. Dans les deux cas, la frontière entre le malade et le coupable se brouille.

Mais cette confusion semble entretenue par le cadre institutionnel même. Ainsi, on place généralement les personnes en état de décompensation psychique (perçues comme malades) dans les cellules du quartier disciplinaire (dont la fonction est de sanctionner) en attendant une éventuelle hospitalisation hors de prison ou en UHSA. Ces cellules disciplinaires jouxtent d'ailleurs les cellules du quartier d'isolement, conçu à la fois pour protéger des personnes particulièrement vulnérables (un détenu atteint de « débilité mentale » y est ainsi hébergé) ou pour séparer de la détention des détenus jugés perturbateurs. Les « fous » et « dangereux » sont ainsi gérés par une même mise à l'écart, dans les mêmes espaces. Vulnérabilité et dangerosité semblent ainsi poser à l'institution un même problème de gestion : ainsi, lors des « entretiens arrivants³⁹ », les lieutenant-e-s pénitentiaires de Tourion sont amenés à compléter une grille dite « d'évaluation du potentiel de dangerosité ». Dans cette grille, qui s'intéresse notamment à la gravité des délits ou crimes commis, on trouve une rubrique intitulée « dangerosité-vulnérabilité, risques liés à des troubles comportementaux », qui regroupe des items variés concernant la santé mentale (présence

³⁸ Nicolas Bourgoïn étudie ainsi les automutilations et grèves de la faim en prison comme des moyens d'expression et de revendication (Bourgoïn, 2001). Johanna Siméant voit dans la grève de la faim un outil de protestation politique (Siméant, 2009). Fabrice Fernandez parle, citant Goffman, d'une « adaptation secondaire désintégrante » (Fernandez, 2009). En prison, une description spectaculaire de ces résistances est menée par Lorna Rhodes, qui décrit les comportements auxquels semblent réduits les détenus placés dans les lieux de déprivation sensorielle que constituent les Supermax (Rhodes, 2004).

³⁹ La maison d'arrêt de Tourion, labellisée RPE (règles pénitentiaires européennes), dispose d'un quartier « arrivant », qui comme son nom l'indique reçoit pour quelques jours les personnes nouvellement incarcérées. Lors de ce séjour, les personnes détenues sont individuellement reçues par un lieutenant-e pénitentiaire, un conseiller-e pénitentiaire d'insertion et de probation et un représentant des services somatique et psychiatrique. Lui sont également présentées l'offre d'enseignement (proposée par l'éducation nationale) ainsi que l'offre de formation et de travail (déléguée à un gestionnaire privé).

d'addictions, automutilations, tentatives de suicide) et le parcours psychiatrique éventuel (suivi psychiatrique, placement d'office, placement en unité pour malade difficile) des personnes détenues. Au-delà de son hétéroclisme étonnant, cette grille révèle de façon éclatante les préoccupations de l'institution pénitentiaire à l'égard des personnes détenues présentant des troubles mentaux.

Cette vaste nébuleuse que constituent les troubles mentaux entraîne donc un questionnement sur la meilleure façon d'interpréter les comportements et de distinguer ce qui relève d'une souffrance psychique authentique et ce qui renvoie plutôt à un calcul stratégique. Les services psychiatriques sont ici considérés comme des partenaires indispensables de la hiérarchie pénitentiaire : leur savoir les place en position d'experts de ces comportements débordants. Ils sont supposés pouvoir distinguer les malades des simulateurs et mesurer les risques que présentent les personnes détenues. Mais les reproches qui sont adressés au SMPR témoignent une nouvelle fois de l'ambivalence des personnels pénitentiaires : on reproche aux psychiatres, de « faire marcher la boîte à pilules », c'est-à-dire de prescrire à tour de bras des somnifères et autres psychotropes qui, en plus de transformer les personnes détenues en « zombies », sont suspectés de donner aux personnes détenues des moyens supplémentaires pour attenter à leurs jours et menacent par conséquent les efforts des surveillant·e·s pour prévenir les suicides. Mais on leur reproche également de prendre trop au sérieux les souffrances exprimées par les personnes détenues, qui relèvent souvent, selon certains surveillant·e·s, d'un « chantage au suicide ». À l'inverse, prêtant aux soignant·e·s un don d'omniscience et une intention malveillante, on estime que le SMPR ne donne pas aux surveillant·e·s les informations qui leur permettraient de se protéger des détenus « malades » :

« Le SMPR, pourquoi ils nous disent pas quand les détenus sont pas stabilisés ? Nous on les protège quand y'a une alarme, faudrait peut-être qu'ils nous protègent aussi quand y'a ce genre de risque. Parce que ça va se terminer par un cas dramatique chez nous, ou alors on les laissera dans leur merde le jour où y'aura une prise d'otage, voilà ».

Jérémy, surveillant, notes de terrain, 2 août 2011

Mauvais partenaire, le SMPR ne serait pas assez soucieux de la sécurité des personnels de surveillance. Mais les griefs envers le SMPR peuvent là aussi s'inverser : s'il lui est reproché d'être trop absent, au point de mettre les surveillant·e·s en danger, il peut également lui être reproché d'être trop présent, au point de saboter leur autorité. Ainsi, nombre de surveillant·e·s jugent inadmissible que les psychiatres puissent selon l'expression « lever les QD », c'est-à-dire attester de l'incompatibilité de l'état de santé mentale d'une personne avec son maintien dans une cellule disciplinaire. Le SMPR s'interposerait dans le face-à-face entre personnes détenues et personnels de surveillance et, prenant parti pour les « détenus », il affaiblirait le pouvoir des surveillant·e·s.

2. Partager le savoir pour mieux prévoir les risques

En recentrant sa mission autour de l'organisation de « l'exécution des peines », la hiérarchie pénitentiaire a développé au cours des dernières décennies plusieurs outils visant à mieux partager l'information relative aux personnes détenues et notamment aux risques que celles-ci présentent

pour l'ordre interne, au point de placer cette gestion des risques au cœur du management des prisons (Cliquennois, 2013). Les commissions disciplinaires uniques témoignent de cet effort : définies par circulaire⁴⁰ comme « le lieu central d'échange institutionnel et de partage d'informations », ces commissions sont censées promouvoir l'instauration d'échanges pluridisciplinaires, en réunissant autour d'une même table les représentants des différents services de la prison. Elles constituent donc un poste d'observation idéal des préoccupations institutionnelles. Lors de ces réunions, l'équipe de direction, aidée des différents « partenaires », est chargée d'évaluer la situation des personnes détenues arrivantes, et de décider de leur affectation « dans le secteur d'hébergement qui lui semble adapté⁴¹ », mais également de suivre l'évaluation de la dangerosité et de la vulnérabilité des personnes incarcérées et d'examiner les parcours d'exécution des peines (c'est-à-dire, l'accès aux activités proposées en détention). Les « troubles mentaux », ou plus exactement les risques associés à ces troubles, occupent une bonne part des discussions, et l'absence de représentant du service psychiatrique est considérée comme une entrave au bon fonctionnement de l'institution.

a) **Pluridisciplinarité et repérage des risques**

Lors des observations conduites à Tourion, j'assiste à cinq commissions pluridisciplinaires uniques. Le premier temps de la réunion est consacré aux « arrivants », la discussion vise ensuite à réviser les listes de personnes soumises à une surveillance particulière, tout particulièrement en raison d'un risque suicidaire. Dans la maison d'arrêt⁴², la commission se penche rapidement sur chaque situation : il s'agit d'aller vite, pour pouvoir gérer le flux des arrivants – entre 20 et 30 personnes chaque semaine, qui resteront pour certaines quelques semaines seulement dans l'établissement.

⁴⁰ Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique

⁴¹ Cet objectif se dessine dans un contexte d'augmentation du nombre de détenus (et du nombre de places de prison avec le programme immobilier lancé par Albin Chalandon, programme 13 000) mais surtout de libéralisation des déplacements des détenus en détention avec l'introduction d'outils électroniques (badges). « Individualiser » l'exécution de la peine en diversifiant les régimes de détention permet, dans le même temps, de réguler les flux et de « restaurer des relations de dépendance et de la discrétionnarité » (Cliquennois, 2012, p.100).

⁴² J'observe quatre CPU dans la maison d'arrêt de l'établissement, et une CPU dans le centre de détention adjacent, qui accueille des personnes condamnées à des peines supérieures à 2 ans, et qui, contrairement à la maison d'arrêt, ne connaît pas de surpopulation chronique. Les contraintes sont donc différentes lors de cette dernière commission, qui se penche surtout sur la question des surveillances spéciales.

Sur un grand écran, est projeté l'onglet « fiche accueil arrivant » du « cahier électronique de liaison », logiciel nouvellement mis en œuvre dans la prison de Tourion⁴³. On y voit la photographie de la personne détenue, prise à son arrivée en prison, des données d'état-civil, ainsi que les quelques impressions rapides laissées par le lieutenant·e qui a réalisé l'entretien arrivant. Le directeur·trice ou le lieutenant·e qui anime la commission lit le nom de la personne détenue puis se tourne vers le premier surveillant qui a, en amont de la commission, pré-affecté les personnes détenues dans l'un des deux bâtiments de la détention. Il se tourne ensuite vers les partenaires de l'équipe pour s'assurer que « tout suit son cours » : le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) a réalisé le premier entretien et contacté la famille ; la SIGES⁴⁴ a bien présenté l'offre de travail et de formation ; le contact est pris avec le responsable local d'enseignement (RLE). L'opération d'affectation s'appuie sur un travail de recueil de données effectué en amont de la réunion, au moment des « entretiens arrivants » qui ont lieu dans les premiers jours de l'incarcération. En CPU, l'échange est parfois très rapide, c'est le cas par exemple pour les personnes détenues réincarcérées dont le nom est familier à l'équipe :

« Le directeur : « alors, Monsieur Prévost Stéphane. Déjà revenu ! Bon. Alors lui, pas de choc carcéral *a priori*... D'autant qu'il a un frère ici, non ?

- Le surveillant du greffe, *derrière l'ordinateur* : Oui, tout à fait. Le lieutenant a noté « RAS ».

- Directeur : Ok. Bon, bâtiment A, avec son frère ?

- Premier surveillant : Oui, c'est ce que j'ai mis.

- Surveillant du greffe (*qui complète la fiche projetée par vidéo-projection sur un écran*) : C'est noté.

Il imprime la notification (« fiche opposable à la personne placée sous main de justice ») qui sera remise à la personne détenue pour l'informer de son affectation.

- Directeur : ok. Rien d'autre ? (*à l'attention des partenaires qui restent silencieux*). Alors on passe au suivant. »

CPU, 19 mai 2011

Dans près des deux tiers des cas observés, l'échange n'est pas beaucoup plus long : la commission entérine une décision d'affectation prise par le premier surveillant du « quartier d'orientation et d'intégration ».

Les personnes détenues sont alors généralement placées en cellule double dans le bâtiment A qui accueille de fait les « clients habituels » de l'établissement, c'est-à-dire, le plus souvent, des

⁴³ Etendu à l'ensemble des établissements pénitentiaires en 2009, le Cahier Electronique de Liaison visait à dématérialiser les données et à améliorer le partage d'informations entre les différents acteurs exerçant en prison. Critiqué, notamment par l'Observatoire International des Prisons qui dénonce un fichier « tentaculaire » qui recense des « données personnelles à caractère sensible » sans l'accord de la CNIL (voir Libération, 13 juillet 2010, « Captifs de la cellule informatique, par Sonya Faure), ce logiciel n'est réellement utilisé que par la hiérarchie pénitentiaire lorsque je réalise mon terrain. Ni les conseiller·e·s d'insertion et de probation, ni les autres intervenants ne contribuent à l'alimenter. Finalement, après délibération de la CNIL en 2011, le « cahier électronique de liaison » est fondu dans l'application « gestion informatisée des détenus en établissement » ; les personnes détenues peuvent, depuis début 2013, accéder, sous condition, aux données contenues dans ce logiciel.

⁴⁴ La SIGES (Société d'Investissement de Gestion Et de Services) filiale de la Sodexho, est une Société Anonyme créée en juin 1985 qui a pris une place importante dans de nombreux établissements pénitentiaires à « gestion mixte » (public-privé), à partir de la loi du 22 juin 1987 qui lance le « programme 13 000 ». Dans la prison moderne de Tourion, la SIGES s'occupe tant de la blanchisserie, du nettoyage, de la restauration et de la « cantine » que de l'offre de formation professionnelle et de travail.

hommes jeunes, souvent issus de l'immigration (Bouagga, 2015 ; Fassin, 2015), prévenus ou condamnés à de courtes peines, souvent pour infraction à la législation sur les stupéfiants, et provenant des zones urbaines sensibles situées dans les communes populaires des alentours de Tourion. Pour ces hommes, le traitement semble routinier, ce qui rappelle tristement la fonction implicite que remplit la prison dans le traitement des illégalismes masculins populaires. Si du point de vue du lieutenant qui a réalisé l'entretien arrivant, il n'y a souvent « rien à signaler », c'est que ces hommes ne posent pas de problème particulier à une institution qui semble avoir été créée justement pour eux. Ce « rien à signaler » souligne à quel point le destin de certains jeunes hommes semble passer de façon inéluctable par la case prison. Mais il manifeste également la priorité de ces commissions pluridisciplinaires : identifier ce qui pourrait, d'une façon ou d'une autre menacer l'ordre carcéral.

Dans un établissement qui accueille en moyenne, en cette année 2011, 650 hommes pour 440 places théoriques⁴⁵, il s'agit en effet avant tout de trouver une place aux arrivants. Les troubles mentaux sont pris dans ce casse-tête des affectations : face à des personnes en grande détresse psychique, ou face à des actes violents apparemment liés à des troubles psychiatriques, la direction pénitentiaire s'interroge parfois sur la conduite à tenir.

b) Troubles mentaux et gestion de l'ordre carcéral

Lors de ces commissions, le directeur·trice doit cependant trancher à distance le sort de personnes qu'il n'a pas toujours vues et pour lesquelles il ne dispose que d'informations rapportées et incomplètes. Il tente donc de mobiliser les partenaires présents pour évaluer de la façon la plus fine possible les risques posés par les personnes détenues. Cette évaluation se corse lorsque des « troubles mentaux » sont en jeu :

Madame Brunefoy est arrivée après un « mouvement obligatoire de sûreté », mouvement programmé à la suite d'une « agression sur une surveillante » (apparemment en état d'hallucination). La jeune détenue a passé quelques jours en hospitalisation d'office avant d'être envoyée dans la prison de Tourion. La lieutenantante du quartier femme explique : « il va falloir la garder à l'œil. Je l'ai mise en cellule seule pour l'instant, j'ai pas envie de retrouver une codétenue en petits morceaux ! Elle a quand-même été amenée par les ERIS (équipes régionales d'intervention et de sécurité) la demoiselle !

- Vous la sentez comment ? *Questionne la directrice.*

- Ben je m'attendais à un monstre vu ce qu'elle a fait, mais elle est plutôt agréable à regarder, *raconte la lieutenantante.* Mais elle a un gros problème d'élocution et on sent qu'il y a un bon potentiel de violence. Tout seul face à elle ? Elle est athlétique quand même. Et elle m'a dit elle-même qu'elle était 'un peu fêlée du casque'.

- Ok, bon alors en cellule seule.

- Ouais, mais je vais lui annoncer avec des pincettes, parce que je vais pas lui dire 'au fait t'es seule en cellule, parce que tu es complètement folle'. »

Journal de terrain, CPU 30 juin 2011

⁴⁵ La courte durée des peines ne laissera, pour beaucoup, pas le temps de s'intéresser aux « autres » questions ou de proposer un travail, une activité ou encore un aménagement de peine.

Il s'agit notamment d'évaluer les risques de violence associés à des troubles mentaux parfois envahissants au point d'interroger les professionnel-le-s sur la capacité de discernement des personnes détenues :

J'assiste en amont d'une commission aux entretiens arrivants réalisés par l'un des lieutenants de l'établissement. C'est au tour de Monsieur Lebon, un petit homme d'une cinquantaine d'années. Il est en détention préventive et va être jugé pour le meurtre de sa femme. Il n'a jamais eu affaire à la justice, ne travaille pas, est reconnu handicapé. Invité à nous expliquer la raison de son incarcération, il nous explique avec grand sérieux, qu'il a tué sa femme parce que des hommes fluorescents se sont introduits dans son domicile et le malmenaient depuis quelques semaines. « Comment sont-ils entrés » ? demande le lieutenant « Sur des mouches volantes » répond Monsieur Lebon. Le lieutenant, visiblement interloqué, marque un arrêt et lui demande s'il serait d'accord pour aller faire un petit séjour à l'hôpital, l'homme accepte, « pas parce que je suis malade, mais parce que je ne vois pas ce que je fais en prison ». Le lieutenant lui demande ensuite si les hommes sont également apparus en prison. « Non non, maintenant ils sont partis », répond l'homme. Le lieutenant m'explique, une fois le détenu sorti : « Je comprends pourquoi la notice du juge indiquait qu'il fallait le maintenir seul en cellule ! Parce que si les hommes fluorescents reviennent, il tuera son codétenu. Mais de toute façon, je pense que le SMPR le gardera pas ici, ils vont l'envoyer en HO ». Je lui demande : « Mais ce Monsieur, par exemple, il va être jugé irresponsable non ? ». Il écarquille les yeux : « Irresponsable ? Oh mais on en a ici, on voit des gens tellement atteints des fois que vraiment, je n'en mettrais pas ma main à couper ! ».

Journal de terrain, 12 mai 2011

Au moment de traiter son cas en CPU, l'homme n'est pas encore parti en hospitalisation d'office. La directrice qui préside la commission tranche : « bâtiment B, cellule seule, on ne va pas prendre le risque de faire les gros titres ». Cette remarque rappelle combien la prévention des violences est soutenue par une volonté d'éviter le discrédit médiatique.

Si ces deux situations sont finalement tranchées rapidement, certains cas soulèvent des interrogations plus tortueuses :

A propos de M. Fakir, que la conseillère d'insertion et de probation décrit comme « délirant, paranoïaque » et qui est parti en hospitalisation d'office dès son incarcération, « juste après notre entretien. Quand je l'ai vu, il était en crise, pas bien du tout », la directrice propose de revoir son cas « lorsqu'il reviendra. En attendant, on le place au A ». La conseillère émet une réserve : « il est fragile quand même... il faudra voir si ça va au A ».

Un autre homme est réincarcéré pour des vols mineurs, le lieutenant suggère qu'il a de gros troubles du comportement. « Il n'est pas agressif, mais il est malade, c'est clair ». La conseillère explique : « Moi il n'a pas voulu me voir en entretien, il était complètement fou, il tapait sur les murs, il m'a montré son ventre en me disant qu'il avait très faim ». La directrice complète : « C'est un SDF apparemment, alcoolique aussi... Un peu effrayant, mais pas dangereux ». La conseillère reprend : « En tous cas, c'est impossible de lui parler ».

Journal de terrain, CPU du 23 juin, 2011 des

Au cours des discussions, des informations médicales circulent et contribuent à construire un portrait collectif : on précise les tentatives de suicide ou les automutilations déjà commises par le passé (« il a fait une TS lorsqu'il a appris qu'il avait l'hépatite C »), les hospitalisations connues en psychiatrie, la consommation éventuelle d'antidépresseurs, d'antipsychotiques, de produits de substitution, voire même les quantités consommées (« 20 mg de méthadone », « 8 mg de Subutex »). Des qualificatifs psychiatriques circulent : « bouffées délirantes », « personnalité de type

psychopathique » ou encore, fréquemment « schizophrène ». Ces informations proviennent du bouche à oreille pour les personnes détenues qui ont déjà séjourné dans les prisons de Tourion, de la lecture éventuelle d'une expertise psychiatrique ou des éléments de l'expertise mentionnés dans le dossier de la personne détenue, de l'appel de la famille par le conseiller·e pénitentiaire ou encore des déclarations faites par la personne aux multiples interlocuteurs qu'elle rencontre au début de son parcours pénitentiaire. L'information est consignée dans le cahier électronique de liaison⁴⁶ et contribue à construire une image partagée de la personne détenue.

c) **Que fait le SMPR ?**

Dans ce contexte, l'absence systématique de ceux que l'on considère comme des spécialistes de l'évaluation de la personnalité interroge les autres partenaires de l'institution, qui semblent ne pas vouloir se satisfaire de cette absence :

Un homme vient d'être transféré d'une prison voisine « suite à une agression sur le personnel ». Derrière son écran, le surveillant lit : « Le lieutenant a noté qu'il dit avoir des troubles psy et qu'il veut partir en hospitalisation ». La conseillère pénitentiaire lit à son tour ses notes, explique qu'il est fragile, que « le lien est difficile avec ses parents », qu'il est « toxicomane ». Selon le collègue qui l'a vu en entretien, les risques « sont autant auto qu'hétéro-agressifs ». Le directeur s'interroge : « Bon, alors on fait quoi ? Le risque hétéro-agressif prime dans ces cas là, non ? ». Il décide : « On va faire un signalement au SMPR : le détenu Dravennes est agressif, pouvons-nous le doubler en cellule ? Sans réponse de votre part, nous le placerons en cellule seul. »

Journal de terrain, 30 juin 2011

Les « signalements » au SMPR sont fréquents, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de réviser les listes de « surveillance spéciale » pour les personnes présentant un risque suicidaire important⁴⁷. La commission dispose pour ce dernier temps de la réunion d'une liste, envoyée par l'équipe du SMPR, qui énumère les personnes à surveiller de près sans aucune autre précision. Ces listes placent la commission dans une position de subordination qui est peu appréciée, comme en témoignent les nombreux signes de désapprobation :

Un chef de détention, étonné de retrouver certains noms sur la liste lève les épaules en commentant : « Alors si le SMPR le dit ! ». Une directrice s'agace : « Le SMPR dit risque sérieux, mais ne dit évidemment pas pourquoi ! ». Elle constate une nouvelle fois une divergence entre l'avis du chef de détention et la demande de maintien du SMPR et réclame, d'un ton énervé, qu'on diminue la fréquence des surveillances, arguant qu'« après tout, le SMPR n'est pas là ». Puis elle se reprend, se

⁴⁶ Ce logiciel informatique est utilisé en détention pour rassembler toutes les informations et observations sur le comportement des personnes détenues. En matière médicale, il consigne toutes les informations connues par l'administration pénitentiaire : les signalements réalisés par les agent·es pénitentiaires, les informations données par les personnes détenues elles-mêmes, mais également les hospitalisations organisées au cours de la peine.

⁴⁷ Appelées dans le jargon pénitentiaire « les CCR », pour « consignes, comportements, régimes », une rubrique du cahier électronique de liaison qui compile des risques hétéroclites (du risque de se donner la mort à celui de tenter une évasion). Si dans les faits, c'est principalement du risque suicidaire qu'il est question dans les discussions, les surveillances renforcées peuvent également avoir pour motivation un risque médical (épilepsie, risque cardiaque, etc.) ou une mesure de sécurité (détenu particulièrement surveillé, risque d'évasion, etc.). Quoiqu'il en soit, cet empilement de risques divers rappelle que la prophylaxie du suicide est au moins autant inscrite dans un souci d'humanisation de la détention que dans une politique de prévention des risques encourus par l'institution.

rappelant sans doute que sa responsabilité serait directement en jeu en cas de problème : « Non, mettez, un délai, lundi. Et moi je notifie au SMPR pour qu'ils aient le temps de réagir ».

Journal de terrain, CPU 23 juin 2011

Les signalements au SMPR traduisent le souci de ne pas porter seuls la responsabilité juridique en cas de suicide. Cette question est palpable dans les discussions : toutes les levées de surveillances doivent ainsi être justifiées par écrit :

Le chef de bâtiment confirme l'opportunité de placer un détenu en catégorie 2, car il le trouve « triste », la directrice répond : « Sa grand mère va mourir, je comprends qu'il soit triste, mais bon, il est pas forcément en crise suicidaire ? » Contre l'avis de la détention et du SPIP, elle le passe en catégorie 1. Puis se tourne vers la détention : « Vous justifiez par contre, hein ? ». Pour un homme qui a été hospitalisé quelques jours en psychiatrie, « vous écrivez qu'on le passe en catégorie 1 parce qu'il revient d'une hospitalisation d'office donc il a eu un vrai suivi médical ». Ou encore, dans le cas d'une jeune femme proche de la sortie : « On ne va pas prendre le risque pour une dernière nuit ! Elle a peut-être peur de sortir ! Vous maintenez ! ».

Journal de terrain, CPU 19 mai 2011

A ce risque juridique s'ajoute une dernière contrainte managériale : la préoccupation de la direction de l'établissement de ne pas mécontenter les surveillant·e·s en poste pendant la nuit et d'éviter les protestations des représentants syndicaux. Cette contrainte transparaît quelquefois : ainsi, lors d'une CPU qui a lieu peu de temps après une grève des surveillant·e·s de la prison, la directrice explique qu'il « faudrait faire le ménage parmi les catégories 2 », et invite ses collègues à identifier les personnes qui pourraient être « redescendues » en catégorie 1.

Ces commissions donnent donc à voir un établissement pénitentiaire débordé par la question des troubles mentaux qui complique l'organisation de la détention de la maison d'arrêt de Tourion. Le service psychiatrique est perçu comme un partenaire indispensable au bon fonctionnement de l'établissement parce qu'on suppose qu'il possède des informations cruciales sur l'état psychique des personnes détenues. Le SMPR est appelé en renfort pour mieux faire tourner un établissement soumis à des contraintes managériales contradictoires. La déception de ne pas pouvoir compter sur le SMPR est donc à la hauteur des espoirs qui sont placés en son savoir. Mais les surveillant·e·s et la direction déplorent également la distance entretenue par le SMPR parce que celle-ci fragilise les efforts « d'humanisation » entrepris par l'administration pénitentiaire.

3. Externaliser la noble tâche du soin, conserver le sale boulot de la peine

Au moment de négocier mon terrain dans la prison de Tourion, le directeur de l'établissement s'épanche sur la « coopération difficile » avec l'équipe psychiatrique dont il ne comprend pas la posture de retrait : comme les soignant·e·s, il entend lui aussi agir dans le bien des personnes détenues. Son discours s'inscrit parfaitement dans la volonté « d'humanisation » de la prison, qui justifie moralement les réformes entreprises par l'administration pénitentiaire au cours des dernières décennies, comme le montre Yasmine Bouagga (2015). Si cette ambition morale est confrontée à des logiques gestionnaires et managériales, comme l'ont rappelé les sous-parties

précédentes, elle contribue aussi à cette mise en concurrence entre les personnels pénitentiaires et l'équipe psychiatrique, dont on critique la vision manichéenne du monde carcéral.

a) **Secrets de Polichinelle, savoirs de coursives**

Le SMPR est, comme nous l'avons vu, suspecté de ne pas partager des informations cruciales pour le bon fonctionnement de la détention. De façon ambivalente, les personnels pénitentiaires remettent cependant en cause l'exclusivité des informations dont dispose ce service et qui constitueraient souvent des « secrets de Polichinelle ». Pendant moqueur au « secret médical », l'expression illustre l'idée que tout « se sait » en prison. L'administration pénitentiaire a en effet accès aux informations consignées dans les dossiers pénaux (et aux éventuelles expertises psychiatriques ou enquêtes sociales réalisées au moment de l'instruction), mais également à toutes celles que les personnes détenues elles-mêmes leur donnent ou qui peuvent être observées dans la grande promiscuité des coursives. Mais l'expression « secrets de Polichinelle » signale que l'enjeu ne se situe pas tant dans le maintien du secret que dans le sentiment d'en être exclu : en refusant de reconnaître à l'administration pénitentiaire le *droit* de savoir, l'équipe psychiatrique la suspecte de vouloir obtenir à des fins malveillantes ces informations secrètes.

Or à ces bruits de couloir s'ajoute un savoir relationnel que l'on peut qualifier de « savoir de coursive ». Certain-e-s surveillant-e-s mettent ainsi en concurrence le savoir du SMPR avec le savoir professionnel plus authentique et plus dense fondé dans la longue expérience du travail pénitentiaire. Un chef de bâtiment de Tourion prison m'explique ainsi : « nous on a quelque-chose que le SMPR n'a pas : on a le temps. Le temps d'observer les détenus. Et ils peuvent faire semblant d'aller mal, mais ils ne peuvent pas dissimuler bien longtemps ». Cette position d'observateur leur permettrait d'accéder à des facettes que l'équipe soignante ne pourrait voir dans l'espace confiné et le temps réduit des consultations mais surtout de discerner une certaine « vérité » des détenus qu'ils fréquentent au quotidien. En plus de cette patiente surveillance, ce savoir de coursive est nourri par les échanges et conversations quotidiennes avec les personnes détenues. Certains agent-e-s entendent d'ailleurs jouer auprès de celles-ci un rôle de confident, voire d'éducateur, comme l'exprime cet agent du bâtiment « hommes » : « c'est nous qu'ils (les détenus) viennent voir en premier quand ils ont des soucis, notre premier travail, c'est d'écouter ». Parmi les surveillant-e-s, nombreux sont d'ailleurs ceux qui font de ces « contacts humains⁴⁸ » la motivation première pour exercer leur travail (voir Benguigui et al., 2008, p.40-41). Ces savoirs de coursive nourrissent donc une attitude de *care*, de souci de l'autre.

⁴⁸ Selon l'enquête longitudinale réalisée par les auteurs à propos de la socialisation professionnelle des surveillant-e-s pénitentiaires, l'importance des « contacts humains » est, en début de carrière, la motivation la plus importante des personnels (pour 40% d'entre eux), avant notamment la diversité des tâches, les responsabilités, la découverte du monde criminel ou le travail en équipe. Après 10 ans d'expérience professionnelle, cette dernière motivation (le travail en équipe) passe en tête, les « contacts humains » restant à la deuxième place (30%).

La concurrence ne porte pas uniquement sur la quantité ou la qualité des informations mais également sur les intentions de ceux qui les collectent : n'étant pas considérés comme des partenaires légitimes du SMPR, les personnels pénitentiaires voient mise en question leur capacité à veiller sur les personnes détenues.

b) Surveiller pour veiller sur ?

Ce « souci des autres » entre en tension avec les autres missions de la prison (contrôle, ordre interne, gestion des flux, etc.) comme nous l'avons montré plus haut dans le cas de l'institutionnalisation de la prévention du suicide. Néanmoins, il est fréquemment mis en avant par les personnels pénitentiaires. Me racontant les tentatives de suicide d'une femme qu'on suspecte de « faire du chantage », une surveillante me dit : « c'est agaçant, parce qu'il faut la gérer, mais aussi parce qu'on a toujours peur qu'elle y passe pour de bon ! ». À propos du SMPR, elle poursuit :

« Je signale souvent des détenues, mais évidemment, à chaque fois, j'essaie d'abord de discuter avec elles. Je me fais du souci, je veux dire, c'est normal, je travaille avec ces femmes toute la journée. Parfois, il m'arrive de passer beaucoup de temps à discuter avant de signaler. Et après, rien, aucun feedback. C'est frustrant, c'est vraiment comme si je n'existais pas, ou comme s'ils pensaient que je n'en ai rien à foutre ».

Chantal, première surveillante, quartier femmes Tourion-Bretin

Même frustration dans les propos d'un directeur stagiaire qui me raconte l'extraction de nuit d'un détenu pour une hospitalisation d'office d'urgence :

« La psychiatre n'a pas pris la peine de prévenir les officiers présents dans l'établissement, alors que c'est notre rôle de directeur de veiller sur la vie des personnes détenues. Je n'ai même pas su s'il avait tenté de mettre fin à ses jours... ».

Jacky, directeur stagiaire, Tourion-Centre

À la volonté de voir reconnues les préoccupations humaines de l'administration pénitentiaire s'ajoute parfois une contestation des méthodes du SMPR, suspecté à son tour de n'être pas assez soucieux des personnes détenues. Dans une seconde anecdote de ce même directeur, le SMPR est ainsi accusé de n'avoir pas su prévenir un suicide :

Une psychiatre est appelée un matin pour donner son avis sur un détenu placé au quartier disciplinaire après avoir jeté sa télévision sur un surveillant et qui lui avait été signalé pour « risque de suicide ». Elle croise le directeur en sortant de l'entretien et lui dit que l'homme est suicidaire, « si vous le laissez au QD, vous aurez son suicide sur la conscience ». Il décide donc de ramener le détenu en cellule. Celui-ci semble mal en point, il passe son temps à pleurer. Vers 17h, ne voyant pas d'amélioration, les surveillants appellent le SMPR, mais malgré l'insistance des agents, aucun psychiatre ne peut lui rendre visite. Une psychologue reçoit le détenu en entretien, mais cela ne suffit pas, l'homme se pend dans la soirée. Le directeur regrette ici un manque de cohérence : justicière le matin, la psychiatre aurait superbement ignoré les inquiétudes légitimes des surveillants dans l'après-midi. « Donc pas de manichéisme, ce n'est pas les gentils contre les méchants ! », conclut-il.

Jacky, idem

Ces propos cherchent à remettre en question la « division morale du travail » qui s'organise en prison entre métiers nobles et non-nobles (Benguigui et al., 1994, chapitre 3). Il y aurait, selon ces différents professionnel-le-s pénitentiaires, une dimension noble dans le travail mené au quotidien auprès des personnes détenues, qui relève également du *care*, c'est-à-dire d'une attention aux besoins des détenus fondée dans un certain souci de l'autre. Cette sollicitude n'est cependant pas distribuée uniformément et tous les surveillant-e-s n'ambitionnent pas de prendre part aux activités de *care* :

Quelques mois avant l'ouverture de la nouvelle prison de Tourion-Neuville en octobre 2011, une formation est organisée pour les personnels de surveillance qui seront amenés à travailler à l'interface entre les espaces de détention et les services médicaux. Quinze surveillant-e-s se retrouvent dans le nouvel établissement fantomatique : l'immense prison, peinte de couleurs vives mais ouverte aux quatre vents « marche à blanc », c'est-à-dire sans accueillir pour l'instant de personnes détenues. Elle résonne des rires de ce groupe, qui s'installe dans une salle des services de santé pour assister à la formation, animée par un psychologue et une psychiatre du service médico-psychologique régional (SMPR). La matinée est consacrée à un travail sur les représentations sociales de la maladie. Dans une ambiance potache, le psychologue formateur propose aux surveillants, organisés en sous-groupe, de lister ce qu'évoque, pour eux, l'expression de « détenu malade ». Les groupes se mettent au travail et après un temps de bavardages et de rires étouffés, le premier groupe, composé de quatre femmes et un homme, lit ses réponses : pour eux, « détenu malade » renvoie à « détenu-patient », « pendaison, suicide, coup de folie », « mal-être », « jeune majeur en échec familial », « dépression ou autre maladie qui doit être soignée ». Invités par le formateur à associer des émotions à ces expressions, le groupe répond : « tristesse, incompréhension, et puis détachement aussi parce qu'on est obligés de rester pro » mais également « impuissance », « on se sent exclus », « frustrant ». Le second groupe, quatre hommes, qui dès le début de la séance se sont regroupés au fond de la salle comme pour protester contre ce retour forcé à l'école, associe à « détenu malade » une constellation de termes péjoratifs et volontairement polémiques : « violeur, pédophile, toxicomane. Et les sentiments, c'est la haine, la colère, le sentiment qu'ils ne seront jamais soignés, enfin jamais guéris » ; « on a écrit aussi état second, les détenus malades, c'est ceux qui sont ailleurs, qui ont pas la lumière à tous les étages ». Ils ajoutent : « on a mis aussi drogués, sous médicaments. C'est pas pareil, mais parfois ils ont le même comportement » et puis « détenu agité ; et là on a mis inquiétude, peur, trouille ». Et enfin : « Y'a aussi fin de vie. Ça éveille de la pitié ça, parce que ça fout les boules de savoir qu'il va finir là ». Après un temps de discussion, le troisième groupe, deux femmes et deux hommes, prend à son tour la parole : « Nous on a mis troubles du comportement ; schizophrènes, psychotiques, et l'émotion : méfiance, le radar, il est en mode... rouge ! Il fonctionne à fond ! ». Un surveillant ajoute, comme pour défier le formateur : « Toxicomane aussi, agresseurs sexuels, là on a mis colère. Et puis bon, on n'est pas des Bisounours, on a mis aussi euthanasie, peine de mort ». Une surveillante poursuit : « détenu malade, ça renvoie aussi à contagion. Tuberculose, hépatite, sida ». Un surveillant du fond commente : « Eh ben heureusement que la maladie mentale est pas contagieuse, sinon on serait tous fous ! » Son voisin renchérit : « De toute façon, on a tous un brin ! ». Toute la salle rit.

Journal de terrain, 1^{er} juin 2011

À la lumière de cette scène, il semble toutefois que le positionnement des personnels de surveillance soit un positionnement fortement déterminé par le genre (voir Malochet, 2005) et les origines sociales. À un pôle « féminin-diplômé » (mais pas constitué exclusivement de femmes), largement assujéti à des savoirs psychiatriques qu'ils ou elles aimeraient mieux maîtriser pour pouvoir participer à l'amélioration de la santé mentale des personnes détenues s'oppose un pôle « masculin-populaire », plus critique et distant par rapport à des savoirs qui discréditent leurs compétences professionnelles. En outre, si ce *care* ne parvient pas à s'institutionnaliser, c'est parce que les services psychiatriques refusent de considérer les personnels de surveillance comme des partenaires.

c) Humanisation de la prison, dévalorisation du métier de surveillant

La présence d'équipes soignantes place les personnels pénitentiaires dans une situation paradoxale : l'accès aux soins somatiques et psychiatriques est érigé en symbole de l'humanisation des conditions de détention, mais les bénéfices symboliques de cette réforme ne retombent pas sur les personnels pénitentiaires. Il suffit de consulter le document de synthèse produit tous les ans par la direction de l'administration pénitentiaire⁴⁹ pour constater le rôle important que joue l'accès aux soins dans la communication officielle : dès la seconde page du document, qui détaille la composition du parc pénitentiaire, un paragraphe décompte les structures de soins, tandis qu'un encadré rappelle le principe de la loi de janvier 1994 (rôle de tutelle du ministère de la santé et affiliation systématique des personnes détenues à la sécurité sociale). Gain de légitimité pour l'institution pénitentiaire, la présence d'équipes soignantes en prison s'accompagne d'un discours sur l'humanisation de la détention, à laquelle les personnels de surveillance sont invités à participer.

Ainsi, l'administration pénitentiaire a entrepris de professionnaliser ces connaissances profanes, tout particulièrement autour de la prévention du suicide. Un programme de formation continue à la prévention du suicide a été conçu⁵⁰, qui concrétise l'une des recommandations du rapport Terra de 2003. Mais au-delà du suicide, on attend des personnels qu'ils développent des « capacités relationnelles » et soient à même de « déterminer les situations de dangerosité et de vulnérabilité⁵¹ ». La promotion d'un rapport rédigé par deux surveillants pénitentiaires sur le travail spécifique mené dans l'établissement de Château-Thierry auprès de détenus présentés comme ayant des « difficultés relationnelles graves⁵² » illustre bien l'importance qu'attribuent les services centraux aux compétences relationnelles de leurs agent·e·s (Falconi, 2009). Une plaquette de synthèse, publiée par le bureau des études et de la prospective de la direction de l'administration pénitentiaire souligne ainsi : « ce mémoire montre une facette trop méconnue du métier de surveillant, celui du souci ou de la préoccupation du public qui est le sien » (*ibid.*). L'équipe de surveillant·e·s de Château-Thierry semble ainsi érigée en exemple du travail relationnel auquel doivent se former les personnels de surveillance⁵³.

Or la présence d'équipes soignantes enrichit certes le spectre des tâches exercées en milieu pénitentiaire (les surveillant·e·s peuvent ainsi travailler au sein des services somatiques et

⁴⁹ Les « chiffres clés de l'administration pénitentiaire ». Edition de janvier 2013

⁵⁰ 20 novembre 2009 - Protocole relatif à la formation des agents à la prévention du suicide en milieu carcéral par l'EPSNF (Fresnes)

⁵¹ Voir la plaquette de présentation de la formation initiale conçue pour la 187ème promotion de surveillant·e·s de prison http://www.enap.justice.fr/pdf/plaquette_formation_svt187.pdf (consultée le 9 mars 2015).

⁵² Longtemps « maison centrale sanitaire », le centre pénitentiaire de Château-Thierry a perdu sa qualité de structure « sanitaire » lorsque s'est organisé le dispositif de prise en charge de la santé mentale. Le 1er juin 1996, une note explique ainsi que la prison accueillera désormais des « détenus qui ont des difficultés relationnelles graves, dont les manifestations s'expriment aussi bien dans le registre du retrait par rapport à la collectivité qu'au travers de conflits répétés avec l'institution pénitentiaire. »

⁵³ Outre la professionnalisation des personnels de surveillance, l'institution carcérale a recruté à partir de la fin des années 1990 un psychologue par établissement pour peine pour mettre en place le « projet d'exécution de peine », un dispositif d'accompagnement des personnes condamnées à de longues peines. Nous reviendrons sur ce dispositif à la croisée du soin et de la peine dans le chapitre 6.

psychiatriques), mais cette présence a pour conséquence de recentrer le travail des personnels pénitentiaires autour des missions les moins valorisées : gestion des flux de patients, sécurité des personnels de santé, surveillances de nuit, etc. Les auteurs du *Monde des surveillants de prison* faisaient déjà ce constat en 1994 à propos des « activités de réinsertion », « introduites ou développées au cours des dernières décennies avec l'entrée en prison de 'professionnel·le·s' [...] Leurs services ont été ajoutés aux activités antérieures comme si on ne s'était pas occupé de ce qui existait avant, et indépendamment de la présence des surveillants » (Benguigui et al., 1994, p.45). Le constat a été étendu depuis aux activités de soins qui viennent questionner un peu plus la « dignité de la position professionnelle occupée » par les surveillant·e·s (Lechien, 2001, p.23). La segmentation accentuée des tâches a donc pour effet paradoxal de dévaloriser le métier de surveillant·e·s tout en revalorisant l'image de l'institution pénitentiaire.

Observant une « dichotomisation » du fonctionnement de la prison, les auteurs décrivent le rôle des surveillant·e·s dans les activités de réinsertion comme un travail « résiduel », marqué par une absence d'autonomie et une forte injonction contradictoire entre le travail prescrit et le travail réel : « la formation des surveillants s'est allongée et le message qu'elle véhicule met de plus en plus l'accent sur la réinsertion, creusant ainsi l'écart entre les attentes professionnelles des surveillants et leurs conditions de travail réelles ». (Benguigui et al., 2008, p.47).

Le refus implicite de la part du SMPR de considérer les personnels de surveillance comme de réels partenaires attise cette injonction contradictoire tout en en déplaçant l'enjeu : désormais sommés de participer au repérage des « vulnérabilités » et à la prévention du suicide, les surveillant·e·s développent des compétences professionnelles qui sont cependant déconsidérées par les équipes soignantes. Refusant d'être réduits « à un rôle de porte-clefs », de nombreux agent·e·s s'empressent de critiquer le mépris qu'ils voient transparaître dans l'attitude du SMPR. « Parfois, ils ne nous disent même pas bonjour » m'explique un surveillant chargé d'activer les portes d'entrée en détention et jouant de ce pouvoir pour sanctionner les « blouses blanches » par une attente plus longue. Un autre affirme plus crûment : « mais y'a pas que le secret médical, y'a aussi que pour les médecins, les surveillant·e·s c'est de la merde. Moi j'ai bossé pendant deux ans au SMPR de (telle prison), c'était comme ça en tout cas ». Même son de cloche du côté de la direction, lorsque le directeur de l'établissement, agacé de ne pas pouvoir associer le SMPR à la création de commissions « violence » qui visent à « débriefer après chaque pic de violence pour voir ce qui a dysfonctionné », s'offusque : « ils nous donnent le mauvais rôle, mais nous on est pas là pour nuire aux détenus ! ». En refusant de considérer l'administration pénitentiaire comme un partenaire légitime, le service psychiatrique rejette l'idée que le soin psychiatrique pourrait participer à un *care* institutionnel plus large, auquel contribueraient les agent·e·s pénitentiaires. Les soignant·e·s opposent aux tentatives de l'institution pénitentiaire et de ses agent·e·s d'humaniser la prise en charge des personnes détenues une certaine méfiance quant à leurs ambitions réelles, toujours ramenées à l'essence supposée de la prison : un lieu de « punition ».

Si l'administration pénitentiaire considère l'équipe psychiatrique comme un partenaire incontournable, c'est avant tout parce qu'elle se trouve confrontée à des situations qui mettent en

échec ses propres compétences et nécessitent un savoir ou des compétences psychiatriques. Cependant, en invitant l'équipe psychiatrique à participer au bon fonctionnement de l'institution carcérale, l'administration pénitentiaire tend à influencer sur l'activité du service psychiatrique. Se dessine dès lors un premier « conflit de juridiction » (Abbott, 1998) qui se manifeste par un désaccord permanent autour des priorités du service psychiatrique mais également par une contestation par les personnels pénitentiaires du monopole de l'équipe psychiatrique dans les activités de *care*. Les relations sont tout aussi tendues entre le service psychiatrique et les juges d'application des peines, acteurs devenus centraux par leur mission d'individualisation des peines. Or pour mieux réaliser ce travail, les juges d'application des peines entendent mobiliser le soutien de l'équipe psychiatrique.

III. UNE COOPÉRATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX JUGER LES DÉTENU·E·S ?

Si le quotidien en prison est d'abord géré par des professionnel·le·s de la hiérarchie pénitentiaire, on observe depuis plusieurs décennies une intervention croissante de la justice pour participer à la mise en œuvre des peines de privation de liberté ou au suivi des personnes condamnées à des peines alternatives à l'emprisonnement avec obligations.

Encadré 12 La place de la justice en prison

Si le quotidien en prison est d'abord géré par des professionnel·le·s de la hiérarchie pénitentiaire, on observe depuis plusieurs décennies une intervention croissante de la justice pour participer à la mise en œuvre des peines de privation de liberté ou au suivi des personnes condamnées à des peines alternatives à l'emprisonnement avec obligations. La justice de l'application des peines, créée en 1958, obtient en effet en 2000 le statut de « juridiction » : les décisions du juge concernant l'aménagement des peines sont désormais prises à l'issue d'un débat contradictoire⁵⁴ au cours duquel le juge reçoit la personne détenue, éventuellement assistée d'un avocat, et entend les réquisitions du procureur. Outre ces décisions relevant de l'aménagement des peines, le juge d'application des peines rend également des ordonnances⁵⁵ visant à ajuster la durée de la peine à la personnalité de la personne détenue (réductions de peine, permissions de sortie). Cette intervention croissante du juge d'application des peines dans le quotidien carcéral s'accompagne d'une « juridicisation » de professions traditionnellement plutôt rattachées au travail social : en 1999, les services socio-éducatifs et les comités de probation et d'assistance aux libérés fusionnent en services pénitentiaires d'insertion et de

⁵⁴ Lors des débats contradictoires (ou tribunaux d'application des peines pour les personnes condamnées à des peines de plus de 10 ans), sont étudiées les demandes d'aménagement de peine déposées par les requérants (placement sous surveillance électronique, semi-liberté, libération conditionnelle).

⁵⁵ Ces ordonnances sont rendues sans débat contradictoire ni défense mais sur dossier à l'issue d'une « commission d'application des peines », qui réunit le procureur ou son substitut, des représentants de la hiérarchie pénitentiaire, du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Lors de ces commissions sont étudiées les demandes de permissions de sortir déposées par les personnes détenues, mais également les éventuelles réductions de peines supplémentaires (RPS – 20 jours par an maximum) accordées aux détenus qui « manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale » et la suppression éventuelle aux détenus les plus indisciplinés des crédits de réduction de peine (CRP – 2 mois par an maximum) automatiquement accordés.

probation (SPIP) dont les missions marquent une « spécialisation juridique » des conseiller-e-s d'insertion et de probation. Yasmine Bouagga montre comment la création de ce service marque une évolution importante du travail prescrit et du recrutement des conseiller-e-s d'insertion et de probation : le profil de ces conseiller-e-s évolue, ils sont de plus en plus issus de filières juridiques, et deviennent progressivement des auxiliaires de justice, chargés de fournir au juge d'application des peines les éléments nécessaires à l'individualisation des peines (sous la forme de rapports et d'avis). (Bouagga, 2012).

L'importance prise par le juge d'application des peines dont les décisions sont cruciales pour les personnes détenues parce qu'elles influent directement sur la longueur des peines réellement exécutées marque pour certains une transformation du mode de gestion des prisons vers un ordre « post-disciplinaire » où la discipline ne serait plus fondée sur la peur du châtimeur, mais bien plutôt sur l'espoir d'une libération anticipée. (Chantraine, 2006 et Piperaud, 2013). La configuration est très différente en Allemagne, où l'administration pénitentiaire conserve une grande autonomie en matière d'aménagement des peines (voir chapitre 4)

À Tourion, cinq juges d'application des peines interviennent régulièrement, une à deux fois par mois dans les établissements pénitentiaires. Comme leurs partenaires pénitentiaires, ils manifestent à grand bruit leur regret de ne pas pouvoir coopérer comme ils le souhaiteraient avec le SMPR. L'observation de deux commissions d'application des peines ainsi que de deux débats contradictoires⁵⁶ et les entretiens réalisés avec les deux juges qui président ces instances (les juges⁵⁷ Sarges et Dubois) nous permettent d'analyser les raisons de leur mécontentement. Il résulte d'une part de la place accordée aux soins dans l'évaluation des « efforts de réinsertion », d'autre part de la difficulté pour ces juges d'accéder à des expertises psychiatriques de qualité, et enfin d'un souci de mieux prévenir la récidive des personnes qui relèvent de leur compétence. Ces trois impératifs professionnels font une fois de plus du SMPR un partenaire incontournable de leur travail, mais nourrissent un second conflit de juridiction autour du mandat professionnel des équipes psychiatriques.

1. Des soins au service de la justice

Chargés d'individualiser la peine pour l'adapter à la personnalité des personnes détenues, les juges d'application des peines accordent une grande importance aux démarches de soins entreprises par celles-ci. Il s'agit en effet pour eux d'évaluer la volonté des personnes détenues de s'amender, c'est-à-dire d'engager un travail sur leur personnalité. Ce travail est considéré comme primordial pour les personnes condamnées pour des faits de violence qui présentent selon ces juges un risque de récidive. En résulte une volonté d'impliquer les équipes psychiatriques dans la prise en charge de la dangerosité criminologique sous la forme de soins pénalement ordonnés.

⁵⁶ Les deux dispositifs dans lesquels interviennent les juges d'application des peines.

⁵⁷ Sur les cinq juges intervenant dans les prisons de Tourion, quatre sont des femmes. Cette proportion illustre la féminisation importante de cette profession, qui occupe une place plutôt basse dans la hiérarchie symbolique des juridictions. Du fait de cette féminisation, il est souvent fait référence dans les détentions de Tourion à *la JAP* et la sévérité perçue par les personnes détenues des décisions de ces magistrat-e-s nourrit des critiques misogynes.

a) Les « efforts de soin », un indice de mérite

Evaluer les « efforts de réinsertion » constitue une des tâches centrales du travail du juge d'application des peines, tant en commission d'application des peines qu'au moment des débats contradictoires comme le montrent le formulaire de décision de « refus total ou partiel d'octroi de réductions de peines supplémentaires » :

« Aucun justificatif de vos efforts », « justificatifs insuffisants concernant (travail, versements, suivi médical, préparation à la sortie) » ou encore « la totalité de la période n'est pas couverte sans explication valable · les efforts sont insuffisants pour l'indemnisation des parties civiles · le suivi n'est pas adapté à la problématique à l'origine des infractions ».

Journal de terrain, 19 mai 2011

Ces motivations pré-formatées, auxquelles la juge ajoute généralement un commentaire manuscrit, font des soins psychiatriques un indicateur des efforts entrepris par la personne détenue pour s'amender. La présence d'un « suivi SMPR » est centrale dans les discussions qui amènent la juge à évaluer le mérite des requérants :

Pour Monsieur Pierre, le conseiller pénitentiaire parle des démarches entreprises pour trouver un emploi, le chef de bâtiment indique : « il est suivi par le SMPR, il suit un traitement de substitution, mais c'est une personne plutôt vulnérable ». La JAP récapitule le tour de table : « il prépare sa sortie et va au SMPR. C'est bon pour moi. On lui met l'entière responsabilité (des RPS) ». Pour Mme Navratilova, « il y a un problème de dépendance alcoolique pour cette dame » dit le substitut du procureur. « Oui, mais elle n'est pas suivie, elle dit qu'elle n'en a pas besoin », répond le conseiller pénitentiaire. La JAP accorde 5 jours de RPS et demande des efforts en matière de soin. De même, Monsieur Brulot est évalué positivement par les partenaires qui jugent qu'il « donne entière satisfaction, mais qu'il n'a pas encore saisi l'utilité des soins ». La JAP hésite : « je ne peux pas lui mettre la totalité des RPS sinon il n'ira pas voir le psy. Bon je mets la moitié en indiquant qu'il doit investir son suivi SMPR ».

Journal de terrain, 19 mai 2011

Si les soins psychiatriques indiquent un effort, ils ne constituent évidemment pas le seul élément évalué :

Pour Monsieur Chapu, la JAP accorde quelques RPS, « mais pas tout, parce qu'il se soigne, mais à part ça, il ne fait rien ! ». Pour un autre homme détenu qui bénéficie d'un « suivi SMPR qui sera sans doute prolongé à sa sortie par un suivi à l'hôpital (du CHRU de Tourion) », la JAP nuance : « oui, mais il ne paie pas les parties civiles ».

Journal de terrain, 19 mai 2011

Par ailleurs, c'est un indice parfois ambigu : avoir un suivi SMPR ne garantit pas que la personne fournit un effort particulier.

Monsieur Serfati a été placé en hospitalisation d'office avant d'être suivi par le SMPR. Le directeur objecte : « un placement en hospitalisation d'office, c'est pas une démarche de soins, on l'a forcé ! C'est sans consentement ! Et puis l'incident, au début, c'est quand même qu'il a jeté un ordinateur sur le psychiatre ! ». Pour un autre homme qui a demandé une permission de sortir pour voir ses enfants, le directeur explique : « Monsieur travaille son caractère impulsif, notamment avec le SMPR, mais il reste très impulsif ! ». La JAP s'interroge : « Ce serait pas mal qu'il voie ses enfants avant de sortir. Mais bon, je vais quand même rejeter ». Elle lit ce qu'elle a ajouté au bas de l'ordonnance de rejet : « rejet, manque de travail quant à votre remise en cause au vu de votre fin de peine proche ». Et

commente : « il a l'air vraiment agressif ! Pour moi, la PS (permission de sortir) doit rester une récompense ! ».

Journal de terrain, 7 juillet 2011

A l'inverse, il arrive que des personnes justifient les efforts entrepris sans s'appuyer sur un certificat du SMPR :

En débats contradictoires, la juge lit dans le dossier remis par un conseiller pénitentiaire que la requérante « s'est sevrée⁵⁸ toute seule depuis son arrivée ». Elle commente : « c'est bien ça ! Ça témoigne de votre volonté de changer ! ».

Journal de terrain, 17 août 2011

L'indication « suivi SMPR » revient fréquemment lors des débats contradictoires et des commissions d'application des peines, sans que soit forcément précisée – ou connue – la nature de ce suivi : la personne a-t-elle vu un psychiatre pour ajuster un traitement ? Un psychologue pour une thérapie au long cours ? Une infirmière pour un traitement de substitution ? Une éducatrice spécialisée pour un projet d'hébergement dans une structure socio-médicale ? Si les juges d'application tentent, comme nous le verrons plus loin, d'obtenir des informations plus précises sur le contenu de ce « suivi SMPR », ils aimeraient surtout pouvoir en définir les priorités : il s'agit avant tout selon eux d'intervenir auprès des cas les plus lourds, c'est-à-dire des personnes condamnées pour des faits de violences sexuelles.

b) Ordonner des soins pour limiter la récidive

Le « suivi SMPR » est considéré comme un indice, certes ambigu, des efforts de réinsertion entrepris par les personnes détenues. Dans la perspective des juges Dubois et Sarges, les soins psychiatriques participent – ou devraient participer – au traitement pénal, c'est-à-dire à un travail sur les délits et crimes qui ont entraîné l'incarcération. Ainsi, il est fréquent, en commission d'application des peines, d'entendre le juge s'étonner d'un suivi SMPR qu'il juge superflu, ou au contraire, d'une absence de suivi qu'il estime problématique.

A propos de Monsieur Kuru, qui a fait « des démarches partout, y compris au SMPR 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 ».

⁵⁸ Un commentaire qui suscite des soupçons d'exaspération du côté des psychiatres et psychologues spécialisés en addictologie, pour lesquels le sevrage est dangereux pour les personnes détenues. En effet, le risque d'overdose à la sortie, est d'autant plus risqué.

Considérés comme un outil de lutte contre la récidive, les soins psychiatriques peuvent parfois être le révélateur d'une dangerosité supposée :

Madame Jaffard, une femme incarcérée pour deux ans en raison de divers délits (chèques sans provision, escroqueries, conduite malgré l'annulation de son permis, etc.) demande en débat contradictoire un placement à l'extérieur. La juge rend compte des avis rendus par la détention – défavorables en raison de petits vols de café, de sucre et d'altercations – et par le SPIP. Celui-ci se dit également défavorable, notant que l'hébergement n'est pas finalisé (sa mère refuse de l'héberger) et que la jeune femme n'a aucune promesse d'embauche du restaurant dans lequel elle dit vouloir travailler. Mais le rapport mentionne également deux hospitalisations d'office qui ont eu lieu dans les derniers mois et qui contribuent, sans plus d'explication, à justifier la position défavorable du conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation.

Journal de terrain, 17 août 2011

Dans cette situation, les hospitalisations d'office, dont on ne connaît pourtant ni le contexte, ni les motivations, sont étonnamment mobilisées comme un argument en défaveur de la demande de placement à l'extérieur, comme si ces hospitalisations d'office témoignaient d'un comportement débordant qui risquerait d'échapper au contrôle de la justice si la peine de la jeune femme était aménagée. À l'inverse, lorsque les soins se passent bien, il arrive que soit questionnée la pertinence de réduire la durée de la peine.

À propos de Monsieur Buttin, un jeune homme incuriqué, qui pose en détention un problème d'hygiène permanent – il est placé dans une cellule éloignée de ses codétenus en raison de l'odeur fétide que dégage sa cellule – le conseiller d'insertion et de probation parle du gros travail de collaboration entre le SMPR et le SPIP pour préparer sa sortie. Le substitut du procureur, après avoir rappelé la nature des faits (exhibitionnisme devant des écoles maternelles), se demande : « faut-il lui donner les RPS ? Est-ce qu'on veut vraiment le faire sortir plus tôt ? Il est prêt son projet ? ». Les RPS lui sont finalement accordées lorsque la juge est certaine que le projet sera prêt à temps.

Journal de terrain, 9 juillet 2011

Dans ce cas, il semble donc que l'utilité des soins soit évaluée dans une perspective de sécurité publique : il s'agit de corriger un trouble qui aurait conduit l'individu à commettre le délit ou le crime, ou en tout cas de s'assurer que des moyens de supervision et de contrôle ont bien été prévus à sa sortie de prison. On retrouve ici l'idée que la durée de la peine devrait être ajustée à la durée nécessaire au traitement de la personne (voir chapitre 2, section 3). Certes, on pourrait arguer que dans le cas de Monsieur Buttin, repousser la sortie peut également être bénéfique pour lui : en effet, si le projet de sortie n'est pas finalisé, on peut craindre qu'il ne réussisse pas à trouver la place d'hébergement et l'accompagnement dont il a besoin. Mais ce n'est pas seulement le « bien » du détenu qui est recherché : ainsi, on accorde la moitié de ses RPS à un détenu présentant de graves troubles psychiatriques et sans domicile fixe, sans que personne n'objecte que sa date de libération, très proche, ne laissera peut-être pas le temps aux équipes du SMPR et du SPIP de lui trouver un hébergement.

Cette lecture instrumentale des soins psychiatriques n'est pas une interprétation erronée des textes législatifs : elle est explicitement indiquée par le code de procédure pénale qui illustre à l'article 721.1 (encadrant les réductions de peine supplémentaires) la façon dont une personne

détenue peut faire montre « d'efforts sérieux de réadaptation sociale » : « en justifiant de progrès dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation », « en s'efforçant d'indemniser les victimes », « en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ». Fidèles à l'esprit de ce texte, les JAP considèrent donc les soins psychiatriques en milieu carcéral à l'aune des soins pénalement ordonnés en milieu libre, pour lesquels ils assurent d'ailleurs le suivi judiciaire. Le « suivi SMPR » est donc envisagé comme une mesure judiciaire au même titre que les obligations ou injonctions de soins⁵⁹. Le terme « d'ordonnance », utilisé pour désigner la notification remise aux personnes détenues à l'issue des commissions d'application des peines, prend ici un sens tout à fait révélateur de la concurrence qui s'établit entre les médecins et les juges dans le diagnostic des besoins de soins. Ces « ordonnances » traduisent une volonté implicite de prioriser les situations jugées importantes au regard de la justice, dans la perspective d'une réduction des risques de récidive des actes jugés les plus graves.

2. Savoir pour mieux juger

Au-delà de la question du mérite, le juge fonde ses décisions sur la connaissance de la personnalité des détenu·e·s. Or les JAP n'ont, comme nous l'avons vu plus haut, aucune information en provenance des équipes psychiatriques, que l'on suppose pourtant particulièrement compétentes pour évaluer cette personnalité. Ils doivent donc s'appuyer sur les informations partielles qu'ils peuvent recueillir pour prendre leurs décisions.

a) Des informations partielles sur les soins

Les juges d'application des peines doivent prendre des décisions à distance, sur la base d'un dossier (en commission d'application des peines) ou à l'issue d'une courte audience avec la personne détenue (en débats contradictoires). Ils tentent donc, lorsque cela est possible, de s'appuyer sur la connaissance qu'ils peuvent avoir des personnes détenues, car, comme me l'explique la juge Sages en entretien :

« Il y a quand même un volant de personnes qui reviennent assez souvent, faut le reconnaître, donc euh... Et puis il y a aussi des détenus qui étaient sur mon secteur du milieu ouvert donc au final, le monde de la délinquance habituelle est pas un monde très étendu, donc on tourne quand même souvent autour des mêmes familles ou... du même quartier, donc y'a des noms comme ça qui reviennent effectivement assez souvent. Ça permet de se faire une idée ».

Entretien juge Sages, 18 août 2011

⁵⁹ Voir chapitre 2 : les obligations de soins et les injonctions de soins font partie d'un ensemble de mesures dont la juridiction de condamnation ou le juge d'application des peines peut imposer l'observance. Si l'obligation de soins remonte aux années 50 (obligation de soins dans le cas de l'alcoolisme) l'injonction de soins a été créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire et met en jeu un nouvel acteur, le médecin coordonnateur, chargé de faire le lien entre le juge d'application des peines et les médecins soignants.

Mais lorsque le juge a une expérience moindre du territoire, comme la juge Dubois, ou ne connaît pas les personnes dont il étudie le cas, il doit s'appuyer sur d'autres informations. Lors des débats contradictoires, la personne détenue est donc fréquemment interrogée sur la qualité de son suivi SMPR : « ça vous a apporté quelque chose ce suivi ou pas spécialement ? », « et vous le voyez tous les combien le psychologue ? », « c'est qui votre psychiatre ? », « vous y allez pour un traitement au SMPR ou pour discuter ? ». Souvent, la personne détenue, ou son avocat, donne d'elle-même les détails qui pourront légitimer sa demande d'aménagement de peine.

Un requérant, incarcéré pour conduite en état d'ivresse explique : « oui, ça se passe bien [au SMPR]. J'ai compris que l'alcoolisme était du fait que j'ai pas su gérer ma rupture. Mais maintenant ça va mieux ». Un autre homme (condamné pour vol aggravé en récidive, qui demande un bracelet électronique) explique : « je vois la psychologue toutes les semaines, mais pas pour des cachets ou quoi, mais pour discuter de mon cercle familial, parce qu'on peut pas trop en parler en prison ». La juge traduit : « vous avez un besoin d'extérioriser, c'est bien ». Un avocat commis d'office qui demande un placement en semi-liberté pour son client condamné pour violences conjugales, plaide : « Monsieur Béry serait complètement en accord avec une obligation de soins, il a une vraie volonté de se soigner et d'ailleurs il n'a pas attendu la sortie pour aller voir un psychiatre. Ce ne serait donc pas vraiment une contrainte, mais bien plutôt une opportunité pour Monsieur ».

Journal de terrain, débats contradictoires, 17 août 2011

Les démarches de soins sont présentées comme des indices de la bonne volonté de ces personnes détenues, ce qui témoigne de l'intériorisation par ces requérants de l'obligation d'entreprendre un travail sur eux-mêmes.

En revanche, en commission d'application des peines, les juges doivent émettre un jugement à distance, sur la base du dossier pénitentiaire et des commentaires de l'administration pénitentiaire. Ces commentaires sont parfois positifs (« suivi très bénéfique » ; « elle prend son traitement, on ne voit plus du tout l'agressivité qu'elle avait au départ »), parfois négatifs (« il ne va pas très souvent au SMPR » ; « suivi SMPR pour un traitement de substitution, mais on a retrouvé des produits dans sa cellule »). Mais les informations sont souvent jugées incomplètes par les juges, dont les questions sur les évolutions de la personnalité de tel ou tel détenu tombent parfois dans le vide. La juge Dubois commente une réunion de CAP en entretien :

« La CAP que vous avez observée, je ne sais pas ce que vous en avez pensé, mais je l'ai un peu mal vécue parce que j'étais pas du tout satisfaite de ce que le SPIP pouvait me dire en fait... À plusieurs reprises j'ai posé des questions et la conseillère pénitentiaire, comme c'était pas ses dossiers, elle pouvait pas me répondre. Et... je sais pas comment font les autres JAP, mais moi si je pose une question et qu'on peut pas me répondre, je vais pas mettre ce qu'on me demande ! Si on me demande la totalité des RSP et qu'on n'est pas capable de répondre à une de mes questions, je vais pas dire 'tant pis, je m'en fiche !' Non ! Je suis désolée, j'ai besoin de plus de précisions ! La détention qui ne peut pas saquer quelqu'un, comment je peux le savoir ? Je peux pas ! Moi écouter ce qu'on me dit comme parole d'évangile, je peux pas ! C'est impossible, je suis magistrat, c'est moi qui signe l'ordonnance à la fin ! ».

Entretien Juge Dubois, 18 août 2011

Le jugement à distance place la juge dans une situation de dépendance à l'égard de l'administration pénitentiaire et du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Les propos de la juge Dubois illustrent la relation de vassalité que le JAP cherche à instaurer avec les conseiller-e-s pénitentiaires d'insertion et de probation, considérés comme des auxiliaires de la justice et invités à lui fournir les éléments les plus utiles possibles à la décision judiciaire.

Pour mieux cerner la qualité du « suivi SMPR » ou plus exactement le niveau d'investissement de la personne détenue dans les soins, les juges d'application des peines peuvent, et souvent doivent, s'appuyer sur des expertises psychiatriques. Ces expertises sont d'ailleurs obligatoires dans un nombre important de situations :

« Maintenant, en plus du reste, la loi impose des expertises psychiatriques pour tous les projets de permission de sortie ou les aménagements de peine, de ce qu'on pourrait appeler les maris ou concubins violents... euh, ça fait une population énorme ! Et le tribunal, quand il juge ces gens là n'en demande jamais, donc en fait il nous revient à nous de les faire dès que ces personnes veulent des permissions de sortie ou des aménagements de peine... mais c'est un contentieux qui est énorme ! ».

Entretien juges Sages, 18 août 2011

Cette obligation s'ajoute à celle qui concerne déjà toutes les demandes déposées par des personnes susceptibles d'encourir un suivi socio-judiciaire⁶⁰, une mesure créée en 1998 dans le cadre de la prévention et de la répression des infractions sexuelles, puis élargie à d'autres types d'infractions violentes : les homicides volontaires, les actes de torture et de barbarie, les crimes et délits de violence conjugale ou sur un mineur de moins de 15 ans, les crimes de viols, mais également les actes d'exhibition sexuelle ou encore les destructions, dégradations et détériorations dangereuses. Ainsi, par exemple, une expertise est obligatoire pour un détenu condamné pour exhibition sexuelle parce qu'il avait montré son derrière à des agents de police⁶¹. Cette obligation ralentit le traitement de certains dossiers, et alourdit encore une charge de travail importante, matérialisée par le nombre croissant de dossiers à traiter. Les juges me montrent ainsi dans leurs bureaux les volumineuses piles de dossiers en cours de traitement, résultat notamment de l'allongement des peines, phénomène ancien, accéléré entre 2007 et 2014 par l'instauration des peines incompressibles dites « peines planchers »⁶². Cette tendance à l'allongement des peines a en effet pour contrepartie d'augmenter les demandes d'aménagement et donc la charge de travail des JAP.

⁶⁰ Une circulaire de novembre 2007 demande aux JAP de s'appuyer sur une expertise psychiatrique de moins de 2 ans pour toutes les personnes condamnées à des crimes ou des délits pour lesquels un suivi socio-judiciaire est susceptible d'être encouru.

⁶¹ Circulaire n°CRIM 07-15-E8 du 20 novembre 2007 relative à la première information concernant le décret n°2007-1627 du 16 novembre 2007 renforçant le recours aux aménagements de peines et la lutte contre la récidive et sur les dispositions relatives à l'expertise préalable aux aménagements de peine, et notamment aux permissions de sortir. Cette règle semble avoir été assouplie par un décret du 23 décembre 2014 (n°2014-1582) puisque la nouvelle formulation de l'article 712-21 du code de procédure pénale stipule que l'expertise est nécessaire pour la personne qui « a été condamnée à un suivi socio-judiciaire ».

⁶² L'allongement de la durée des peines de prison est un phénomène multi-causal observé depuis les années 1980, qui résulte tant de la création de peines alternatives (qui écartent de détention d'anciennes peines très courtes) que de la sévérité pénale à l'égard de certains délits et crimes (violences, agressions sexuelles notamment). Les peines planchers, prévues par la loi du 10 août 2007, ou loi Dati, sont des peines incompressibles imposées aux magistrats dans certains cas de récidive. Ces peines ont augmenté significativement le quantum d'emprisonnement ferme (de 8,2 à 11 mois en trois ans). Elles ont été supprimées à l'automne 2014, par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Encadré 13 Une justice aux mains des experts ?

Dans un échange avec Robert Badinter sur l'abolition de la peine de mort, Michel Foucault interprète la présence croissante d'expert-e-s psychiatres et psychologues dans la justice pénale comme le symptôme d'une certaine « angoisse de juger ». Il décrit une « justice qui s'innocente de punir en prétendant traiter le criminel » (Foucault, 1994 (1975), p.290). Depuis 1975, le recours aux expert-e-s – et tout particulièrement aux expert-e-s psychiatres – n'a cessé de croître, tant lors de la phase de l'instruction judiciaire et du procès que lors de la phase post sentencielle. On observe par ailleurs une évolution des questions posées par la justice aux expert-e-s : s'ils avaient pour mission principale d'évaluer la responsabilité pénale et la personnalité des justiciables, ils doivent, avec les dernières lois relatives à la récidive (lois du 17 juin 1998, loi du 12 décembre 2005, loi du 25 février 2008, voir chapitre 2) de plus en plus se prononcer sur des questions concernant le futur, la possibilité d'être traité et guéri, et la prédiction des risques de récidive (Cartuyvels, Sicot, Wyvekens, 2009).

Les relations entre juges et expert-e-s ont suscité un regain d'intérêt sociologique ces dernières années, avec des travaux qui s'intéressent à la place des acteurs-trices technico-scientifiques dans la construction du jugement (voir par exemple Chauvaud, Dumoulin *et al.*, 2003 ; Pélisse *et al.*, 2012 ; Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016). Loin de souscrire à un univoque « pouvoir des expert-e-s », ces travaux analysent la façon dont ces savoirs experts « remettent en question le monopole du droit dans la construction du juste » (Dumoulin, 2000) et constituent un ensemble de ressources et de contraintes pour les magistrat-e-s. La place plus spécifique des expert-e-s psychiatres a elle aussi fait l'objet de travaux empiriques (Renard, Sicot, Saetta, 2009 ; Bensa, Fernandez, Lézé, Leroy, 2010), qui constatent que les magistrat-e-s utilisent les rapports d'expertise comme un réservoir d'arguments qui leur permettent de construire une « vérité judiciaire » (Saetta, 2011) fondée sur une « construction morale » du justiciable (Fernandez, Lézé, Strauss, 2011). Mais les juges sont soumis à des contraintes matérielles importantes : malgré l'obligation légale croissante de recourir à une expertise psychiatrique, le nombre d'expert-e-s psychiatres inscrits sur les listes des Cours d'appel a plutôt tendance à diminuer (Pélisse *et al.*, 2012) et les magistrat-e-s éprouvent une difficulté importante pour se constituer un réseau d'expert-e-s de confiance (Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016, chapitre 4). Au cours des années 2000, plusieurs rapports sur la dangerosité ont demandé aux pouvoirs publics de mieux réguler la formation des expert-e-s psychiatres en améliorant l'offre de formation en « psycho-criminologie » (Cartuyvels, Lancelevée *et al.*, 2012).

Or, si les expertises sont nécessaires dans un nombre important de situation, il est pourtant difficile de recruter des experts. Les juges Sages et Dubois m'expliquent que les psychiatres acceptant de réaliser des expertises post pénales sont rares : il faut trouver des experts qui acceptent de se rendre en prison, une activité chronophage, mais également d'être rémunérés parfois plusieurs mois après la réalisation des expertises. Les difficultés de recrutement sont également liées au climat de suspicion qui pèse sur les expertises et au risque judiciaire qu'encourent ces experts :

« En théorie, on peut aussi recourir à des experts qui ne sont pas inscrits sur la liste. Enfin... la théorie, elle est jolie, mais à part ceux qui sont inscrits sur la liste des experts, y'en a aucun qui veut faire des expertises ! ». Surtout pas après l'affaire Bonin, « vous en avez entendu parlé, ça a fait les gros titres ici ». Elle me raconte l'histoire : « c'est... un détenu pour viol, qui avait violé une joggeuse, qui l'avait frappée mais pas... enfin voilà, qui l'avait essentiellement violée, qui sort en libération conditionnelle. C'était quelqu'un qui avait tout respecté, il avait fait des soins, enfin son dossier était très bon, il avait un travail, etc. Il sort en libération conditionnelle, en suivi socio-judiciaire, donc il y avait des expertises, qui étaient favorables, qui disaient que cette personne avait bien pris conscience, etc. donc il sort, il est suivi, mais extrêmement suivi par le SPIP, par le médecin coordonnateur, par le

médecin traitant, enfin... C'est quelqu'un qui est compliant (*qui adhère*) à tout, il va à des groupes de parole, il fait tout. Et... tragiquement, il viole et il tue une jeune fille, un an après sa sortie de prison. »

Entretien Juge Sages, 18 août 2011

Pour la juge Sages, le procès de l'homme incriminé, dont le résultat est « écrit d'avance » (« il va prendre le maximum, ça ne fait aucun doute, perpétuité avec 22 ans de période de sûreté »), sera « le procès des experts. Comme Outreau. On va leur dire : comment avez-vous pu dire qu'il ne présentait aucun danger ? Parce que certains ont vraiment écrit ça noir sur blanc ». Dans une logique de bouc-émissaire, la justice aurait, selon les deux JAP, tendance à incriminer les experts, un contexte qui favorise une plus grande pusillanimité : « ça a provoqué une vive inquiétude, ce qui fait que maintenant, les experts ont adopté une position sur les cas difficiles où ils se mouillent plus quoi... Il vaut mieux écrire que tout le monde est dangereux... au moins vous avez pas de problème hein⁶³... ». Difficultés financières, judiciaires et éthiques concourent à décourager les psychiatres de se porter candidat au rôle d'expert. En conséquence, il arrive fréquemment qu'un dossier soit ajourné faute d'expertise récente ou parce que le compte-rendu d'expertise n'est pas encore arrivé.

Monsieur Wallie a ainsi dû attendre près d'un an pour pouvoir présenter sa demande de placement sous surveillance électronique. L'homme a été incarcéré après révocation d'un sursis avec mise à l'épreuve, sursis prononcé à la suite de violences conjugales, et révoqué parce qu'il a violé l'une des obligations de son sursis (ne pas s'approcher du domicile de sa victime). L'expertise estime qu'il n'a « aucun trouble psychiatrique » et que le risque de récurrence est réduit. En entretien, la juge Dubois, qui présidait l'audience, commente :

« J'adore ce genre d'expertise où la seule information que je peux trouver, c'est qu'il n'y a pas de maladie mentale. Ça m'aide beaucoup ! Vraiment, est-ce que ça valait le coup d'attendre un an pour ça ? Non ! Alors j'imagine l'agacement du détenu qui a perdu un an de sa vie... moi je suis très réservée sur cette nécessité des expertises... parce que si on les réservait à des cas particuliers, les experts auraient peut-être plus de temps... »

Entretien Juge Dubois, 18 août 2011

A l'inverse elle me cite le cas d'une autre personne détenue, condamnée pour des faits d'escroquerie et présentant, selon les propos rapportés par la conseillère d'insertion et de probation, un grave trouble bipolaire :

« Par exemple, moi pour Monsieur Bachir, j'aurais besoin d'une expertise. Parce qu'il part dans tous les sens, vous avez vu, ça fuse ! Et je pense qu'il a la capacité de recommencer ! Il est tellement halluciné... Ben lui je sais qu'il est malade, psychiatriquement, il est atteint de troubles de bipolarité, et je me dis que dans une crise de... de bipolarité aiguë... il est capable de refaire exactement la même chose quoi ! Là ce serait intéressant ! Mais voilà, l'expertise n'est pas obligatoire, et si je désigne quelqu'un, il est possible qu'il arrive en fin de peine avant que l'expertise soit arrivée... »

Entretien Juge Dubois, 18 août 2011

⁶³ C'est une critique fréquemment avancées dans les travaux sur le risque, tant en médecine que pour la justice : le développement d'outils de mesure du risque (dont font partie les expertises psychiatriques auxquelles on demande explicitement de « mesurer le risque de récurrence) vient rencontrer un principe de précaution et augmente ainsi mécaniquement le nombre de « faux positifs », c'est-à-dire de « fausses alarmes » pour éviter de laisser filtrer un « faux négatif » (le cas de l'affaire Bonin par exemple ; mais la question a été très bien étudiée en matière de dépistage prénatal, voir Vailly, 2011).

Les juges regrettent d'être contraints par la loi à commissionner des expertises dont les résultats ne les aideront ni à évaluer la personnalité du justiciable, ni à décider de son sort. La plupart des expertises sont selon eux, faute de temps et de moyens, de piètre qualité. La juge Sages ironise :

« Dans la majorité des cas, je ne sais pas si vous en avez lu, moi je peux les écrire ! Enfin je devrais pas dire ça mais... j'y trouve rarement quelque chose quoi... Enfin si, il y a quelques experts qui fouillent, mais eux ils mettent un temps... qui est incroyable ! Et en détention c'est pas possible ! Nous on est dans la rentabilité, faut pas se leurrer ».

Entretien Juge Sages, 18 août 2011

Les informations étant selon elles de piètre qualité, ces juges aimeraient pouvoir compter sur les équipes psychiatriques présentes dans les prisons de Tourion et regrettent de ne pas pouvoir s'appuyer sur leur connaissance des personnes détenues.

b) Un idéal de coopération inatteignable

A ces expertises insatisfaisantes ou trop stéréotypées, les juges préféreraient substituer un échange d'informations utiles et vivant avec le service médico-psychologique régional, informations d'appoint qui leur donneraient une image plus exacte des personnes qu'ils ont à juger, et leur permettraient de rendre une justice plus juste :

« Moi ce que j'aimerais vraiment c'est qu'on sorte un peu des formules type, et que par exemple quand un psychiatre expert me dit qu'il faut des soins, eh ben qu'il me dise quels soins ! Il y a des choses faciles, par exemple, quelqu'un qui est schizophrène, qu'on me dise, voilà il lui faut un traitement médical, ou une piqûre, enfin voilà. Mais alors quand c'est écrit, 'il faut des soins...' parce qu'après faut expliquer aux gens, en disant, 'il vous faut des soins... mais des soins de quoi ?' »

Entretien Juge Sages, 18 août 2011

Or nous avons vu plus haut que les équipes psychiatriques considéraient comme étrangères à leurs missions ces préoccupations judiciaires – ou plus exactement ces incitations aux soins formulées par les juges d'application des peines⁶⁴ qui ont pour effet d'allonger la file active de demandes jugées « inauthentiques » car motivées en premier lieu par la volonté de répondre aux attentes de la justice. Afin d'enrayer cette mécanique judiciaire, le SMPR remet, comme nous l'avons vu, des certificats non circonstanciés aux juges, qui ne précisent ni la fréquence ni la qualité du suivi et permettent à l'équipe psychiatrique de retrouver une certaine latitude face à ce qui est perçu comme des « pressions » de la justice. Ces certificats laissent les juges d'application dubitatifs : le juge Dubois considère cette coopération santé-justice comme une « coopération loupée », et la vit comme « une charge de plus dans (s)on travail ». Le juge Sages connaît les raisons avancées par le SMPR pour ne pas communiquer d'informations (« ils redoutent de se faire instrumentaliser par la justice, ça j'ai bien compris ») mais regrette tout de même de ne pas pouvoir travailler comme elle le faisait avec les pédopsychiatres lorsqu'elle était juge des enfants :

⁶⁴ Nous verrons en effet au chapitre 5 que les équipes psychiatriques se saisissent de la question de la dangerosité, qu'elles reformulent cependant en des termes médicaux.

« On avait des cas très difficiles et on était vraiment... tous les deux les mains dans le cambouis, et y'avait de la communication et moi... en tant que juge, moi qu'on me dise que la personne présente telle pathologie, avec des noms bizarres... moi ça ne me dit rien, moi simplement, qu'on me dise ce qui est le mieux, le plus adapté, où est-ce qu'on se trompe ou pas... enfin vous voyez, des choses comme ça ! C'est ce que j'essaie d'expliquer au SMPR. C'est... je ne sais pas, est-ce que c'est compatible, est-ce que cette personne a la conscience suffisante, ou je sais pas, s'il est toxicomane, est-ce que dans les soins il est assez avancé pour ne pas replonger... mais non ! Là y'a pas de négociation possible ! Ils sont... très très fermes là-dessus. Ils nous répondent : « faites des expertises ! » ».

Entretien juge Sages, Tourion, 18 août 2011

Comme les professionnel·le·s pénitentiaires, les juges ne comprennent pas une position de retrait qui a pour conséquence de compliquer leur tâche face à des situations qu'ils jugent ne pas relever de leur domaine de compétence. Les équipes psychiatriques sont donc perçues comme partenaires incontournables pour la bonne réalisation de leurs propres missions professionnelles. En d'autres termes, leur travail ne pourrait être « bien fait » que si les équipes psychiatriques acceptaient d'y coopérer. La juge Sages, à Tourion depuis le début de sa carrière, m'explique qu'elle connaît pourtant bien certains psychologues et psychiatres⁶⁵ et qu'elle a plusieurs fois mis en place des réunions de concertation, qui n'ont cependant rien amélioré aux relations de travail quotidiennes. Elle m'explique que certains cas entraînent des négociations discrètes :

« En détention, le SMPR qui est une antenne hospitalière avec des médecins considère, enfin considère, sont couverts par le secret médical, et donc ils estiment ne pas devoir nous donner d'informations sur le suivi et la nature du suivi et il faut savoir que même le fait de donner des attestations a été un... un combat, une dure lutte, parce que certains considèrent que même dire que quelqu'un est suivi au SMPR, c'est déjà donner une information médicale qui déjà les fait sortir du secret médical en quelque sorte. Je dirais donc qu'il y a la position officielle qui est celle-là, donc secret médical, pas d'information... Si quelqu'un va au SMPR, on ne sait pas du tout ce qu'il y fait. On sait pas s'il suit un traitement, s'il va voir quelqu'un pour discuter, si vraiment il a une pathologie avérée. Position officielle. Par contre, c'est vrai que dans des cas lourds, importants, il nous arrive avec certains médecins d'avoir des discussions, je dirais euh... de médecin à juge, où là il nous arrive de discuter de situations particulières... mais c'est vraiment sur des situations avec des pathologies très importantes ou des gens qui... qui leur inspirent des inquiétudes vraiment vives, c'est quand même assez rare, je dirais que de façon globale, au niveau médical, sauf à faire des expertises, sinon on n'a aucune information. »

Entretien Juge Sages, 18 août 2011

Parmi ces cas lourds, elle cite sans entrer dans le détail des cas de « pathologie psychiatrique très importante pour laquelle la sortie doit forcément être aménagée, avec un accueil dans une structure spécialisée ». Elle se félicite de ces coopérations ponctuelles, qui permettent selon elle de mieux préparer les sorties de prison des personnes détenues les plus malades mais également de prévenir les risques de récidive et de suicide :

⁶⁵ Je l'aperçois d'ailleurs un soir en compagnie d'une partie de l'équipe psychiatrique lors d'une représentation théâtrale qui a lieu dans la ville.

« C'est arrivé aussi sur une personnalité... qu'on définirait de psychopathique avec des antécédents de viols très lourds et qui était sortant, et pour lequel il y avait beaucoup d'inquiétude parce qu'il était sans domicile fixe, enfin vous voyez, c'est un peu dans ce genre de situation un peu particulière. Ou c'est arrivé que des médecins m'appellent pour des femmes qui allaient vraiment très mal, parce qu'ils savaient qu'il y avait des demandes d'aménagement de peine, pour aussi appuyer des demandes. Mais c'est assez rare... la plupart du temps, y'a vraiment pas de communication avec le SMPR. Et il y a pas d'information ! »

Entretien Juge Sages, Tourion, 18 août 2011

Si la juge Sages espère pouvoir développer ces partenariats, elle sait que cet idéal de coopération est largement inatteignable. Elle m'explique qu'à défaut de pouvoir compter sur les équipes psychiatriques, elle espère que les « programmes de prévention de la récidive »⁶⁶, qui se mettent alors timidement en place dans les services pénitentiaires d'insertion et de probation de Tourion, permettront aux juges de trouver l'aide qu'ils ne parviennent pas à obtenir de la part des équipes psychiatriques. Les observations réalisées à Tourion en 2011, alors que ces programmes n'ont pas encore été expérimentés en milieu carcéral, ne permettent pas d'analyser ce dispositif. Cependant, on peut penser qu'il résulte, pour partie au moins, du refus des équipes psychiatriques de se positionner en partenaires de la justice dans sa mission de prévention de la récidive.

Les observations réalisées dans les espaces de la justice de l'application des peines au sein des prisons de Tourion permettent d'analyser les stratégies mobilisées par les juges pour forcer la coopération avec les équipes psychiatriques. Si les juges Sages et Dubois semblent avoir renoncé à la possibilité de recueillir auprès du SMPR les informations qu'elles jugent nécessaires pour exercer leur pouvoir décisionnaire de magistrates, elles ne se contentent cependant pas des quelques appels téléphoniques discrets que peuvent ponctuellement réaliser les soignant·e·s. Les commissions d'application des peines et les débats contradictoires permettent également à la justice de peser indirectement sur l'activité du service psychiatrique, en enjoignant les personnes détenues condamnées pour des faits en lien avec un trouble présumé de la personnalité ou du comportement à faire des « efforts de soins ». Ce faisant, les acteurs du monde judiciaire contribuent à imposer discrètement aux services psychiatriques la prise en charge des personnes condamnées pour les faits les plus graves ainsi qu'une mission de prévention de la récidive⁶⁷. Un second conflit de juridiction se dessine donc ici dans la mesure où les juges d'application des peines tendent à modifier les contours du territoire d'activités de l'équipe psychiatrique en l'obligeant à prendre en considération des problèmes qu'elle considère *a priori* extérieurs à son mandat professionnel.

*
**

⁶⁶ Les « programmes de prévention de la récidive », développés de façon expérimentale depuis 2007, sont décrits comme des « programmes éducatifs [...] visant, dans une perspective proprement criminologique, à travailler collectivement sur le passage à l'acte délictueux et ses conséquences pour la victime et la société » (Brillet, 2009). Mis en œuvre par les conseiller·e·s d'insertion et de probation, ils prennent la forme de groupes de parole en milieu ouvert et en milieu fermé destinés à des personnes condamnées pour le même type de délits ou de crimes. Financés par la direction de l'administration pénitentiaire, ces programmes ont été réalisés en partenariat avec l'association française de thérapie des violences sexuelles et familiales, présidée par le psychiatre Roland Coutanceau, expert psychiatre à la cour d'appel de Paris. Bien qu'il se présente comme « non-thérapeutique », ce dispositif articule de façon inédite un objectif de traitement et de contrôle, comme nous le montrerons dans le chapitre 6.

⁶⁷ Nous verrons au chapitre 5 comment ces incitations se traduisent dans les pratiques de soins psychiatriques.

Cette plongée au cœur du quotidien des prisons de Tourion a montré combien les équipes psychiatriques de Tourion étaient considérées comme des partenaires incontournables dans une institution confrontée à des « troubles mentaux » dont les contours varient cependant au gré des préoccupations professionnelles des différents acteurs présents en prison : appréhendés par la hiérarchie pénitentiaire à partir des débordements qu'ils peuvent produire, les « troubles mentaux » qui inquiètent les juges d'application des peines sont plutôt ceux qui portent l'indice d'un risque de récidive qu'il s'agit de réduire par un travail sur la personnalité. Les équipes psychiatriques sont invitées à participer aux nombreux dispositifs de partage d'informations qui ambitionnent l'exercice d'un contrôle plus fluide, basé sur le repérage et la prévention des risques (de suicide, d'agression, de récidive, etc.). Elles sont d'autre part incitées à mettre en œuvre un travail sur les personnalités et les comportements des personnes détenues, qui permettrait de résorber les débordements au sein de la prison, mais également de prévenir les déviances futures. En somme, du fait de leur connaissance réelle et fantasmée⁶⁸ des mécanismes psychiques, les services psychiatriques sont placés au cœur d'un projet post-disciplinaire caractérisé par une gestion actuarielle des risques et une responsabilisation des individus (Chantraine, 2006).

Or les équipes psychiatriques revendiquent une certaine autonomie dans la définition de leur territoire professionnel. Nécessairement impliquées dans la division du travail de prise en charge des personnes détenues, ces équipes se positionnent cependant en retrait, comme pour indiquer qu'elles ne sont que locataires d'une institution dont elles ne soutiennent pas le projet. Le secret médical leur permet de tracer une frontière virtuelle entre soignant·e·s et non soignant·e·s, tandis que l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Tourion matérialise cette extra-territorialité. Si cette frontière peut occasionnellement devenir poreuse, elle est cependant défendue avec une virulence particulière dans les prisons de Tourion, en raison de l'intransigeance du chef de service historique du SMPR de la prison. Mais elle renvoie à un « conflit de juridiction » qu'illustre parfaitement cet article publié par trois chefs de service, Gérard Laurencin, David Michel et Catherine Paulet :

« Depuis le début des années 2000, une orientation sécuritaire dévolue à la psychiatrie en milieu carcéral prend le pas sur la dimension thérapeutique. L'indépendance professionnelle et le secret professionnel médical sont battus en brèche. Les soignants devraient devenir des prestataires de services pour l'administration pénitentiaire ou la justice. Au lieu de prodiguer des soins, leur collaboration est requise pour aider à la gestion du parcours d'exécution des peines en évaluant la « dangerosité » et les risques de récidive et en prodiguant d'illusoires thérapies pour lutter contre la récidive. Peut-on penser que la psychiatrie en milieu pénitentiaire et au-delà, l'ensemble de la psychiatrie, saura résister à l'injonction qui lui est faite de neutraliser plutôt que de soigner ? »

(Laurencin, Michel et Paulet, 2012)

Les équipes psychiatriques, campées dans une posture défensive, apparaissent archaïques aux yeux des autres groupes professionnels dans une prison où tout circule dorénavant grâce à une coopération pluridisciplinaire appuyée sur des outils informatiques communs et la dématérialisation

⁶⁸ Alain Ehrenberg a bien montré les fantasmes qui se développent autour de la psychiatrie, une « discipline (qui) s'est toujours caractérisée, et se caractérise toujours, par le fait qu'elle est à la fois une médecine comme une autre et autre chose que la médecine du fait de la spécificité de son objet : l'esprit humain, que nos sociétés considèrent comme le lieu de la vérité de l'homme ». (Ehrenberg, 2004, p.82).

des dossiers. La distinction opérée par Gilles Deleuze entre « sociétés disciplinaires » et « sociétés de contrôle » semble ici heuristique : au contrôle fluide et sans frontière disciplinaire que cherchent à instaurer les autorités judiciaires (typique d'une « société de contrôle »), les équipes psychiatriques opposent une lecture très territoriale et segmentaire du pouvoir (caractéristique au contraire d'une société « disciplinaire »). En tentant malgré tout de défendre leur autonomie professionnelle, les équipes psychiatriques affirment une logique d'intervention distincte de celle des acteurs pénitentiaires et judiciaires : ils refusent de se laisser impliquer dans le « professionnalisme expert »⁶⁹ (Le Bianic, 2011, p.805) auquel les incitent ces acteurs. En conséquence, une ligne de fracture se dessine au sein de la prison de Tourion, que l'on peut, à ce titre, qualifier « d'institution fragmentée » (Larforgue, 2009). Si cette fragmentation est si mal acceptée, c'est, enfin, parce qu'elle a une forte dimension morale : en refusant de devenir les bons partenaires de la justice et de l'administration pénitentiaire, les équipes psychiatriques résistent à l'idée que le soin psychiatrique pourrait être mis au service d'un programme institutionnel de traitement des personnes détenues et laissent les autres groupes professionnels seuls face à l'angoisse de juger et à l'inconfort de punir.

⁶⁹ Thomas Le Bianic oppose ce « professionnalisme expert » (*expert professionalism*), en vertu duquel les professionnel-le-s doivent produire une expertise certifiée en réponse aux besoins organisationnels dans un environnement incertain à un « professionnalisme de service social » (*social service professionalism*), préoccupé par le fait d'aider les individus en fonction de leurs besoins (Le Bianic, 2011, p.805)

CHAPITRE 4 : LA PRISON DE GRÜNSTADT, UNE INSTITUTION HYBRIDE

Ce matin, j'assiste à la commission de suivi de la peine (Vollzugsplankonferenz) de Monsieur Celik. L'homme a demandé une permission de sortir afin de participer dehors à un atelier de gestion de l'agressivité (Anti-Agressions Training). Chargé de statuer sur sa demande, le sous-directeur réunit dans son bureau, situé au rez-de-chaussée du bâtiment de détention, les différentes personnes impliquées dans la prise en charge du détenu : Tobias, son chef de groupe¹ accompagné d'une stagiaire, l'un de ses animateurs de groupe² et une experte psychologue. La pièce est spacieuse, décorée de plantes vertes ; du thé et des petits gâteaux nous attendent sur la longue table rectangulaire que préside Monsieur Schumacher. Le tour de table commence, le chef de groupe, un jeune travailleur social, décrit l'homme comme une personne calme, qui ne fait pas parler de lui (unauffällig). Il a repris ses études et passé un diplôme d'allemand, il travaille comme auxiliaire (chargé de nettoyer les coursives), et est apprécié par ses codétenus. Sa femme vient régulièrement le voir, la relation est décrite comme « sereine et pleine d'amour ». Monsieur Celik a, de plus, accepté l'expulsion volontaire du territoire allemand – il partira de son plein gré à la fin de sa peine pour un an d'interdiction du territoire. La surveillante reprend et confirme : c'est un homme très sympathique, qui ne pose aucun problème en détention.

Vient alors le tour de l'experte, mandatée par le sous-directeur pour un « examen approfondi » du détenu. En effet, celui-ci a commis un délit en prison – il a frappé de plusieurs coups de ciseaux un codétenu, fait perpétrer selon la justice en état de légitime défense, pour lequel il n'a donc pas été puni, mais qui a entraîné son transfert vers un régime de détention moins libéral. Cet examen approfondi doit permettre d'éclairer la personnalité de l'homme et ainsi d'aider la commission à prendre sa décision. Or la psychologue dresse de Monsieur Celik un portrait qui diverge radicalement de celui du chef de groupe. Retirant ses lunettes d'un geste grave, l'experte commence par une série de mises en garde et de considérations méthodologiques : elle a observé les choses d'une perspective différente (*Vogelperspektive*), sans connaître le quotidien de Monsieur Celik, mais elle s'appuie sur sa longue expérience en psychologie légale (elle a travaillé pendant dix ans en hôpital psycho-légal (*Maßregelvollzug*) et travaille désormais en milieu ouvert). Elle a vu Monsieur Celik pour deux entretiens d'une heure et a utilisé des tests de personnalité « validés scientifiquement » (MMPI II - Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Elle décrit Monsieur Celik comme une personne froide, que l'on ne peut pas atteindre émotionnellement, avec lequel on ne peut pas discuter en profondeur. Il est, selon elle, bloqué sur le plan émotionnel, incapable d'empathie. Elle utilise les termes de « sadisme », décèle chez lui un « trouble de la personnalité antisociale » (dissoziale Persönlichkeitsstörung) et pense qu'il souffre d'une forme aiguë de paranoïa. Elle explique ses troubles par son enfance perturbée : vers 6 ans, son retour au pays lui aurait fait perdre ses repères (*Verwahrlosigkeit*). Grandissant dans un environnement viril, il aurait souffert d'un complexe d'infériorité du fait de sa petite taille et aurait développé une personnalité impulsive et des crises de colère agressives (*Wutausbrüche*). Son intelligence « supérieure » lui aurait permis de s'intégrer rapidement lorsqu'il revient en Allemagne à la majorité. C'est d'ailleurs cette faculté d'adaptation qui lui permettrait de respecter le cadre en prison. Mais ses délits – des vols avec violence – révéleraient un sadisme sous-jacent : en effet, pour intimider des victimes, toujours féminines, il imite des scènes

¹ Pour rappel, le chef de groupe (*Gruppenleiter*) a pour mission, dans le Land de Grünstadt, de gérer le quotidien d'une coursive et les demandes des personnes détenues (voir lexique).

² Pour rappel, l'animateur-trice de groupe (*Gruppenbetreuer*) est un surveillant-e pénitentiaire qui travaille sous l'autorité du chef-fe de groupe.

d'exécution. D'ailleurs, le nombre de coups de ciseaux (4) lors de la bagarre en détention l'interpelle : elle voit dans ces quatre coups la preuve d'un plaisir sadique pour la violence. Le portrait qu'elle dresse est assez sombre et la psychologue juge qu'un atelier de gestion de l'agressivité n'y changerait rien : selon elle, on ne peut rien faire, il n'est pas accessible à la thérapie (*behandlungsfähig*). Elle prédit d'ailleurs que l'homme reviendra en prison, et juge qu'il sera « un bon candidat pour la rétention de sûreté ».

L'exposé de l'experte jette un froid. La surveillante s'interroge : « je ne sais pas quoi dire... ». L'homme lui paraissait sympathique, sauf peut-être qu'effectivement, il a du mal à s'arrêter quand il est énervé. Tobias secoue la tête : « j'ai l'impression de découvrir une autre personne ». Sa stagiaire s'exclame : « c'est fou ! Qu'une personne puisse sembler aussi sympathique et être en réalité un homme aussi dangereux ! ». Le sous-directeur, éducateur spécialisé de formation, trouve cette expertise éclairante. Elle témoigne bien de la grande différence entre l'observation superficielle (*oberflächige Beobachtung*) et la discussion approfondie (*tiefer Auseinandersetzung*) avec les détenus. Reprenant l'un des éléments de l'expertise, il explique que la prison peut avoir un effet protecteur sur des individus désorientés comme Monsieur Celik, qui aurait apparemment un comportement totalement différent à l'extérieur. L'experte, désormais appuyée sur le dossier de sa chaise, joue avec ses lunettes, et répond aux commentaires des uns et des autres : « oui, c'est typique d'une telle personnalité le besoin d'être constamment félicité » ; « oui, il y a du sadisme dans ses réparties, il sait appuyer là où ça fait mal ». Le sous-directeur conclut, avant d'accueillir le détenu : « cette demande de permission de sortir est prématurée, je pense que nous sommes tous d'accord ».

Journal de terrain, Grünstadt, 11 octobre 2010

En France, la réforme de la santé en milieu carcéral intervenue au début des années 1990 marque un tournant important : présentée comme une grande loi interministérielle, elle crée un dispositif de prise en charge sanitaire sinon unique, au moins avant-gardiste en Europe. Pourtant ni cette réforme, ni la lame de fond de « l'humanisation » des prisons dont elle est censée témoigner, ne trouvent d'écho en Allemagne : ce qui, en France, est unanimement perçu comme un net progrès, y est ignoré, tant par l'univers carcéral que par ses commentateurs habituels. C'est ainsi avec perplexité que les professionnels de Grünstadt accueillent mes explications sur « l'entrée de l'hôpital en prison ». Les prisons françaises ont en effet, aux yeux de mes interlocuteurs, une mauvaise image, celle d'établissements insalubres, surpeuplés et violents, au point que des travailleurs sociaux balaient d'un revers de la main l'idée d'un voyage d'étude en France, « parce qu'il n'y a rien à apprendre là-bas ! ». Sans doute cette appréciation tient-elle à la réception allemande de la crise des prisons françaises au début des années 2000, étudiée dans le chapitre 2. De toute évidence, en tout cas, la réforme allemande ne s'inspire pas, dans le domaine carcéral, de la situation française.

Le récit allemand autour de la peine privative de liberté (*Strafvollzug*³), dont on trouve de nombreuses variations dans les manuels qui leur sont consacrés (voir par exemple Laubenthal, 2011), considère généralement l'année 1977 comme une année de césure : elle voit en effet l'entrée en vigueur de la loi pénitentiaire allemande, une loi fédérale visant à unifier le traitement carcéral dans le pays. Rien d'étonnant à ce que l'histoire officielle des prisons allemandes épouse les contours de la législation : elle est principalement écrite par des juristes, pour nombre d'entre eux cette loi donne pour la première fois à l'emprisonnement « un fondement légal présumé solide » (Salle, 2009). Mais si la loi de 1977 est regardée avec fierté, c'est qu'elle est généralement considérée comme une loi

³ Terme juridique allemand qui désigne tout à la fois le système pénitentiaire et ses procédures (on parle ainsi de *Strafvollzugsgesetz* pour la « loi pénitentiaire ») et qui marque l'influence de la réflexion juridique sur le système pénitentiaire allemand : le terme de *Vollzug* et ses différentes déclinaisons (*offener Vollzug* – milieu ouvert ; *Justizvollzugsanstalt* – établissement pénitentiaire ; *Vollzugsplan* – plan d'exécution des peines) sont en effet préférés pour désigner les prisons, au terme plus concret de *Gefängnis* (traduction littérale du terme français « prison »).

inédite, ambitieuse, qui marque la fin de la prison disciplinaire et augure l'avènement d'une prison humaine et efficace, fondée sur une prise en charge rapprochée des personnes détenues : la « détention à visée de traitement »⁴. Si la prison modèle esquissée par les débats parlementaires des années 1970 ne s'est que timidement incarnée dans des réalisations concrètes (Baumann, 2006 ; Salle, 2009), il serait cependant excessif d'enterrer d'un geste critique la réforme de l'institution carcérale qu'elle a induite. En effet, le concept de « détention de traitement » s'est largement installé dans le paysage pénitentiaire et dessine dans les prisons allemandes une écologie professionnelle tout à fait différente de celle que nous avons décrite en France, dans laquelle les missions relevant du soin, du traitement et celles relevant du contrôle et de la surveillance semblent bien plus entrelacées.

Ce chapitre entend analyser cette écologie professionnelle marquée par la place centrale occupée par les psychologues au sein des dispositifs de la « détention de traitement ». Occupant dans l'institution pénitentiaire allemande des positions inédites d'un point de vue français et intervenant à des moments cruciaux du parcours pénal des personnes détenues, les psychologues pénitentiaires influent sur les tâches prescrites aux autres groupes professionnels, tout particulièrement aux travailleurs sociaux « chefs de groupe », chargés de l'accompagnement quotidien des détenus. La scène qui ouvre ce chapitre illustre le pouvoir de conviction de la psychologue : alors qu'elle va à contre-courant des positions des agent-e-s pénitentiaires qui suivent au quotidien Monsieur Celik, l'expertise de la psychologue parvient en quelques minutes à modifier le regard que ces agent-e-s portent sur le détenu. Cette scène a suscité un étonnement important – j'ai alors l'impression que le discours de l'experte a agi comme un charme ou un philtre aux effets puissants. Elle témoigne cependant de l'importante présence de psychologues dans les prisons de Grünstadt et de la diffusion de savoirs psychologiques qui concourent, comme le montrera ce chapitre, à une certaine psychologisation des pratiques des autres groupes professionnels. Contrairement à la prison de Tourion, dans laquelle un clivage fort se dessinait entre professionnels en santé mentale et agents pénitentiaires, ce clivage est marginal dans la prison de Grünstadt : s'il existe aussi des espaces de soins psychiatriques et psychothérapeutiques qui échappent au partage d'informations pénitentiaire, leur position est néanmoins fragile et menacée par l'hégémonie de ce programme institutionnel hybride, à mi-chemin entre le soin et la peine.

Afin de décrire l'écologie professionnelle de la prison de Grünstadt, nous reviendrons dans un premier temps sur la spécificité de l'institution carcérale allemande que constitue la présence importante de psychologues qui occupent désormais des postes clés dans l'établissement pénitentiaire. Cette présence résulte des réformes menées dans les années 1970 et de l'introduction du concept de « détention à visée de traitement », qui organise également l'espace de la prison. Deux unités dédiées aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques s'inscrivent en marge de cette

⁴ *Behandlungsvollzug* en allemand. Le terme est construit à partir du substantif *Behandlung* qui signifie littéralement « traitement », « prise en charge ». Tout comme le substantif français « traitement », il ne s'agit pas d'un terme médical, mais de nombreuses acceptions renvoient au domaine médical : on parle ainsi de « ambulante-stationäre Behandlung » pour parler d'une prise en charge « ambulatoire ou stationnaire » ; de « medikamentöse Behandlung » pour parler d'un traitement médicamenteux, etc. Le *Behandlungsvollzug*, littéralement « détention à visée de traitement », est un concept inventé dans les années 1960 dans le cadre de la réforme pénitentiaire allemande. Pour simplifier la lecture, je choisis de le traduire par « détention de traitement ». Je conserve cependant les guillemets pour indiquer qu'il s'agit d'un terme issu du jargon pénitentiaire allemand.

« détention de traitement ». Ces exceptions sont un grain de sable dans les rouages du « traitement pénitentiaire » et en questionnent les principes en opposant au traitement carcéral pluridisciplinaire un espace de soins protégé par le secret médical. J'explorerai dans une seconde section les ressorts et limites de la « psychologisation » portée par le « traitement pénitentiaire ». On observe en effet que la psychologie devient, par la diffusion d'outils façonnés par les psychologues, un savoir de référence. Accueillie avec ambivalence par les personnels non psychologues qui assurent aussi cette prise en charge, cette psychologisation, tout en leur donnant de précieux outils pour organiser leur travail quotidien, questionne en effet leur mission professionnelle et des résistances se dessinent çà et là de la part de travailleurs sociaux qui entendent défendre la spécificité de leur métier. Dans la prison pour femmes, les psychologues participent, au même titre que les autres professionnel-le-s à une prise en charge rapprochée des femmes détenues, qualifiée de « familiale », dans laquelle les frontières professionnelles semblent se brouiller.

Encadré 14 Remarques méthodologiques

La démonstration s'appuiera principalement dans ce chapitre sur les terrains réalisés dans la prison pour hommes et pour femmes de Grünstadt, ainsi que dans l'unité psychiatrique de la ville. Au cours de ces terrains, ont été réalisés de nombreux entretiens semi-directifs avec les professionnels en présence, l'observation du quotidien de certains de ces professionnels, ainsi que l'étude de quelques dossiers pénitentiaires que me confient ces acteurs. Deux précautions de lecture s'imposent cependant ici : la première concerne la comparaison franco-allemande, la seconde de la généralisation de l'analyse ici présentée.

Les observations menées dans la prison pour hommes⁵ de Grünstadt se sont concentrées sur deux bâtiments de la prison, qui accueillent exclusivement des personnes condamnées à des peines longues (supérieures à 2 ans) voire très longues – le dernier étage du second bâtiment accueille une unité de rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*). Les conditions d'entrée sur le terrain exposées dans le premier chapitre expliquent que l'enquête se soit concentrée sur un établissement accueillant des personnes condamnées à de longues peines par la façon dont mes interlocuteurs ont réinterprété en termes criminologiques l'objet de la recherche. En effet, pour le ministère de la justice du Land et pour les directeurs-trices de l'établissement pénitentiaire, étudier la gestion des troubles mentaux en prison signifiait nécessairement s'intéresser à la personnalité des criminels condamnés pour les faits les plus graves. Mais il faut désormais en expliciter les conséquences pour l'analyse : le quotidien observé dans les bâtiments de la prison de Grünstadt n'a pas grand-chose à voir avec celui de la maison d'arrêt dans laquelle a été réalisée la majeure partie des observations menées à Tourion. À Grünstadt, les contraintes liées à la surpopulation carcérale (gestion des flux, placement en cellule) ne sont pas centrales – elles ne le sont de toute façon que rarement en Allemagne dans un contexte de diminution des taux d'incarcération depuis la première moitié des années 2000 (voir annexe 3) – mais il s'agit bien plus, comme dans les établissements pour peine français, d'organiser le temps parfois infini des peines purgées. Nous verrons d'ailleurs dans le chapitre 6 que le traitement pénitentiaire psychocriminologique trouve dans ces établissements pour peine un terreau propice à son enracinement, puisqu'il permet justement de rythmer ce temps long.

Par ailleurs, si la loi pénitentiaire était, jusqu'au début des années 2010, une compétence fédérale, la gestion des établissements pénitentiaires (et notamment la formation et le recrutement des personnels)

⁵ En revanche, les observations conduites dans la prison pour femmes de Grünstadt concernent des femmes condamnées à tous types de peines.

relevait elle des ministères régionaux de la justice, tandis que la pratique pénale variait fortement d'une région à l'autre. Ces variations sont désormais inscrites dans les textes législatifs : la réforme du fédéralisme (*Föderalismusreform*), entamée en 2006 a, en effet, conduit à un transfert de compétences vers les régions en matière pénitentiaire. Or le Land dans lequel ces observations ont été réalisées fait plutôt partie des régions les plus « progressistes » d'Allemagne (voir Dünkler, 2003 ; Dünkler, Geng, 2007). Ainsi, par exemple, le pourcentage de condamnés en milieu ouvert dépasse dans ce Land les 25% (alors qu'il est par exemple de moins de 10% dans les Länder les plus conservateurs comme la Bavière, la Rhénanie Palatinat ou la Thuringe). De façon révélatrice, la récente loi pénitentiaire de ce Land reprend mot pour mot l'article 2⁶ du texte législatif de 1977 qui énonce les objectifs de la peine de prison et donne la priorité à la réinsertion sociale – synonyme d'une vie responsable et exempte de nouvelles infractions – des personnes détenues, tandis que le Land de Bavière, entre autres, a choisi d'inverser l'ordre des missions, et de placer en tête l'objectif sécuritaire de « protection de la société contre la récidive ». L'analyse menée dans ce chapitre n'est donc pas généralisable à l'ensemble des prisons allemandes. Je soulignerai, lorsque je les connais, les spécificités locales. En l'absence d'enquêtes ethnographiques similaires à celle que j'ai réalisée, les points de comparaison s'avèrent cependant limités.

I. LA PRISON POUR TRAITEMENT ?

La réforme pénitentiaire des années 1970 s'est appuyée sur le concept d'une « détention à visée de traitement », comme nous l'avons vu au cours du chapitre 2. Les années 1970 voient ainsi ouvrir au sein de la prison de Grünstadt, une unité socio-thérapeutique tandis que la prison se dote, dans les années 1980, d'un service d'expertise ainsi que d'une unité d'orientation, chargés d'évaluer la personnalité des personnes incarcérées. Mais loin de se résumer à ces services spécifiques, la notion de « détention de traitement » sert de référence à l'ensemble de l'espace carcéral, à l'exception des services de soins psychiatriques et psychothérapeutiques, qui parviennent difficilement à défendre une logique d'intervention concurrente.

1. Orienter, évaluer, accompagner : des psychologues aux postes clefs

Le « traitement pénitentiaire » constitue un objet spécifique de l'action publique. Il est inscrit dans l'organigramme du ministère de la justice régional et un bureau y est consacré, que dirige Madame Hardt, psychologue de formation. La notion de « traitement pénitentiaire » (*Behandlungsvollzug*) recouvre plusieurs dimensions que me décrit Madame Hardt lors d'un entretien en novembre 2012. Elle est ainsi chargée de superviser les unités socio-thérapeutiques (*Sozialtherapeutische Anstalten*), le service criminologique (*kriminologischer Dienst*), l'unité

⁶ §2 *Aufgaben des Vollzuges* : « im Vollzug soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel). Der Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten.

d'orientation (*Einweisungsabteilung*). Elle intervient plus directement lors de désaccords concernant les évaluations des détenus condamnés à de longues peines. Les dispositifs du « traitement pénitentiaire », que détaille Madame Hardt rassemblent donc des missions d'accompagnement et d'évaluation des personnes détenues. Dans ces structures, réparties dans les différents établissements pénitentiaires de la ville de Grünstadt, travaillent majoritairement des psychologues. Ils jouent un rôle clef dans l'organisation de la vie carcérale, comme nous allons voir maintenant, à partir d'entretiens réalisés avec leurs responsables respectifs et de l'analyse de la littérature grise.

a) Première étape du parcours pénal : l'unité d'orientation

Plusieurs psychologues travaillent tout d'abord dans l'unité d'orientation de la prison pour hommes de Grünstadt. Une fois condamnées, les personnes jusque-là détenues en maison d'arrêt sont reçues par cette unité (*Einweisungsabteilung* plus fréquemment désignée par son acronyme *EWA*⁷), chargée de décider des modalités d'exécution de la peine. Elle s'appuie pour cela sur deux ou trois entretiens réalisés avec la personne détenue dans les six mois suivant sa condamnation, entretiens à l'issue desquels est rédigée une *Behandlungsuntersuchung*, littéralement un « examen de traitement ». Cet examen est destiné, d'une part, à dresser un bilan de la situation de la personne et, d'autre part, à décider de son affectation en milieu ouvert ou fermé, et le cas échéant dans tel ou tel établissement ou bâtiment de détention. Le bilan porte sur les faits pour lesquels la personne a été condamnée (*Anlassdelikt*) et sur l'éventuelle « évolution criminelle » (*Kriminalentwicklung*) qu'ils traduisent, mais également sur la façon dont la personne explique ses actes et se positionne par rapport aux faits (*Straftatauseinandersetzung*). Il donne également des informations sur les « compétences sociales » et la « personnalité » du condamné, ainsi que sur son « entourage social ». S'il n'est pas considéré comme une expertise, il ne se contente pourtant pas de décrire la situation mais donne également une « estimation pronostique concernant le comportement légal futur après la libération⁸ ». Ce document suivra les personnes détenues tout au long de leur peine de prison.

Madame Gyerek, directrice de l'unité, a étudié la psychologie légale (*Rechtspsychologie*) et travaille depuis 1988 en milieu pénitentiaire. Elle a participé à la fondation de l'unité, en 1991, dont elle a été collaboratrice avant d'en prendre la direction au début des années 2000. Avant la création de cette unité, les hommes détenus étaient orientés par les travailleurs sociaux de maison d'arrêt⁹. Elle m'explique la création de l'unité par la volonté de « centraliser le travail », mais surtout de le confier à un « pôle spécialisé ». Au sein de l'unité travaillent dix personnes, principalement des

⁷ L'acronyme se prononce « Eva », comme le prénom. Il est largement plus usité que le nom entier de la structure, tout comme l'acronyme *SothA*, prononcé « Zota ».

⁸ *Einschätzung der prognostischen Faktoren im Hinblick auf zukünftiges Legalverhalten nach der Entlassung.*

⁹ C'est toujours le cas pour les femmes détenues : la prison pour femmes de Grünstadt est en effet répartie sur plusieurs sites, mais toutes les femmes incarcérées passent d'abord par le bâtiment central, où leur affectation est décidée par une travailleuse sociale, en fonction des places disponibles dans les différents sites de la prison et du profil de la personne détenue.

psychologues, mais également des travailleurs sociaux et un « administrateur » (*Verwalter*¹⁰), chargés de réaliser les bilans des personnes condamnées pour les délits les plus mineurs. Les psychologues s'occupent en priorité des délits et crimes sexuels ou violents. Mais les cas sont discutés collectivement (*Fallkonferenz*), avant que la décision d'affectation soit expliquée à la personne détenue lors d'une première « commission de suivi de la peine » (*Vollzugsplankonferenz*).

Madame Gyerek m'explique avec fierté le travail qu'elle a mené dans l'unité pour « professionnaliser » les collaborateurs et formaliser l'examen. Celui-ci repose sur un entretien de motivation, au cours duquel il s'agit d'initier le parcours d'exécution de la peine à partir d'une « évaluation socio-psycho-criminologique » de l'histoire de vie, du parcours pénal et de la personnalité des personnes détenues :

« Nous nous appuyons sur (en me désignant de la main)... des théories sociologiques... sur... évidemment sur des théories psychologiques, naturellement. On utilise aussi tout ce que nous apprend le travail social. Ou les théories criminologiques... Tout ce qui peut nous aider à éclairer les différentes dimensions de l'individu. Donc parfois on ne va s'appuyer que sur quelques explications ou sur des modèles explicatifs (*Erklärungsmuster*) ou bien des concepts théoriques. Tout dépend aussi du type de cas auquel on a affaire... de la façon dont la personne se positionne par rapport à ses faits, à chaque fois, on regarde à quel modèle explicatif on peut se référer pour mieux le comprendre. »

Entretien Madame Gyerek, psychologue, 5 novembre 2010

Comme une agence de recrutement, l'unité tente de faire correspondre l'offre de traitement aux besoins de prise en charge :

« Nous avons la chance à Grünstadt d'avoir aussi de petits établissements. Dans les petites prisons, les détenus sont mieux encadrés, mais en même temps, il faut que ce soient des détenus peut-être un peu mieux structurés, parce que quelqu'un qui ne respecte pas les règles et les normes ou qui est trop difficile pour ses codétenus, risque de rendre toute la détention nerveuse, donc là on doit envoyer des gens qui ont quand même envie de travailler sur eux et qui ont aussi les compétences nécessaires pour travailler sur eux... Bon évidemment, l'offre de traitement (*Behandlung*) est aussi un critère déterminant. Si nous constatons que quelqu'un a besoin d'une prise en charge particulière pour pouvoir vivre conformément aux lois par la suite, eh bien il va plutôt être orienté vers [*nom de la grande prison*], parce que l'offre de traitement est plus large – c'est là que se trouvent la *SothA* notamment et des groupes de parole... Mais on enverra aussi dans cette prison quelqu'un qui veut faire une formation professionnelle particulière parce que c'est là que se trouvent les ateliers... (*Elle réfléchit*) Ah oui, et on envoie aussi là-bas ceux qui risquent d'entrer en rétention de sûreté après la peine, parce que la rétention de sûreté est aussi là-bas, et que les collaborateurs sont habitués à prendre en charge ces détenus-là. »

Entretien Madame Gyerek, psychologue, 5 novembre 2010

Cette unité a donc pour mission de gérer les flux de personnes incarcérées et ainsi de rationaliser le fonctionnement du système carcéral. Elle joue ainsi pour le système carcéral le rôle d'une direction des ressources humaines. L'évaluation que produit cette structure peut ainsi être comparée aux évaluations introduites par les techniques managériales post-industrielles : elle servira par la suite de document de référence, qui sera réactualisé annuellement tout au long du parcours pénal pour évaluer les efforts réalisés par la personne détenue.

¹⁰ Il s'agit d'un fonctionnaire formé directement par l'école de formation de l'administration pénitentiaire, sans diplôme universitaire initial. Cette filière n'existe plus depuis la fin des années 1980 et le nombre d'administrateurs décroît donc au fil des départs à la retraite.

b) Des évaluations maison : le « service psychologique »

Le dispositif du « traitement pénitentiaire » s'appuie par ailleurs sur les « services psychologiques » (*psychologischer Dienst* ou encore *PsychD*¹¹), encore appelés « services criminologiques » (*kriminologischer Dienst*), et présents dans chaque établissement pénitentiaire de Grünstadt : dans la prison pour hommes, il se situe dans un bâtiment proche des ateliers et du service scolaire et comprend six psychologues¹². Une note de service de 2008 énumère les missions de ce service chargé de réaliser :

- Des expertises concernant l'octroi de mesures de sorties (aménagement de peine, permissions de sortir) pour les personnes condamnées pour des faits d'attentats à la pudeur avec violences aggravées ou des délits ou crimes « dangereux pour la communauté » (incendie volontaire, etc.) ;
- Des expertises concernant le placement en SothA des auteurs de violences graves ou de violences sexuelles ;
- Des expertises sur l'évolution des détenus condamnés à des peines à perpétuité ;
- Des conseils à propos de « questions d'organisation et de gestion du personnel », mais également à propos du fonctionnement de la « rétention de sûreté » ou à propos de troubles du comportement (par exemple pour des détenus « présentant une problématique sexuelle, une addiction, un risque de suicide ou le Sida ») ;
- Le recrutement des psychothérapeutes : l'organisation et la coordination de l'intervention de thérapeutes extérieurs, c'est-à-dire le recrutement de ces thérapeutes et le maintien d'une offre de prise en charge ajustée aux besoins.

Note de service (*Dienstanweisung*) DA n°49-2009

Le champ d'intervention du *PsychD* est donc large : le service est amené à conseiller la direction de l'établissement et les équipes dans toute situation qui leur paraît nécessiter un regard psychologique.

La directrice du service, Madame Gerhardt, psychologue formée aux techniques d'expertises légales à l'institut de psychiatrie légale de Grünstadt sous la direction d'un psychiatre qu'elle me décrit comme un personnage important de la discipline, a commencé à travailler en milieu carcéral en 1985, d'abord dans l'unité socio-thérapeutique pour hommes. Alors « pleine d'illusions », elle découvre progressivement « qu'il est plus difficile qu'elle ne le pensait de changer un homme par l'intervention socio-thérapeutique ». Elle décide donc de prendre de la distance avec la détention et rejoint au début des années 2000 le service psychologique, ouvert en 1995 dans un bâtiment proche de la *SothA*.

Soucieuse de me démontrer le niveau d'exigence et de qualité des expertises produites par le service, Madame Gerhardt détaille les techniques et savoirs mobilisés par les psychologues. Comme l'EWA, le *PsychD* s'appuie, pour réaliser ses expertises, sur des entretiens répétés (deux à quatre en fonction de l'importance de l'expertise) parfois réalisés par deux experts (dont un observateur qui prend des notes pendant les entretiens). Les psychologues s'appuient par ailleurs sur de nombreux

¹¹ Se prononce « psuch-D ». L'abréviation est là aussi plus courante que le nom entier.

¹² Dans la prison pour femmes, trois psychologues constituent le *PsychD*. Ces trois femmes, qui travaillent sur les différents sites de la prison, interviennent, en plus de leur mission d'expertise, dans les situations de crise (« *Krisenintervention* ») et dans le suivi thérapeutique des femmes détenues qui les sollicitent.

tests psychologiques, tant pour « évaluer la personnalité » ou « le risque de récurrence » que pour mesurer le « niveau d'intelligence » :

« Donc ici, on utilise plutôt beaucoup de tests, donc aussi des tests d'intelligence, parce que souvent ça n'a pas été fait avant et on se dit : 'Il doit être libéré et il donne une impression un peu bizarre. Est-ce qu'il va réussir à faire face ? De quel genre de préparation a-t-il besoin ? Et quelles sont au juste ses compétences intellectuelles ?'. Nous faisons bien sûr des questionnaires de personnalité, on en a toute une série. On utilise des outils de mesure, des check-lists, et là, chacun a son outil préféré, certains vont plutôt utiliser celui-ci, d'autres celui-là. Mais pour moi, le principe de base, l'alpha et l'oméga c'est d'essayer dans les 3 ou 4 entretiens d'entrer en contact et de creuser essentiellement autour de la question des faits, qu'est-ce qu'il y avait avant, qu'est-ce qu'il y a eu pendant et regarder aussi ce qu'il a finalement compris de tout ça, l'impact des faits pour sa vie future.

— Donc les tests, c'est plutôt pour...

— ... une sécurité ! Oui. Parce que... ma position personnelle à ce sujet, c'est : si les résultats que me donnent les tests ne correspondent pas à ce qui est ressorti des entretiens, de ce que j'ai approfondi en entretien avec l'homme, alors ils atterrissent à la poubelle. Tout simplement. Et en dernière instance, je fais confiance à mon impression, à ce que j'ai travaillé à partir des dossiers (*Aktenstudiums*) et pas aux tests... Donc je n'ai pas une grande foi dans les tests (*testgläubig*). »

Entretien Madame Gerhardt, psychologue, 3 novembre 2010

S'appuyant sur son jugement clinique plutôt que sur des tests psychologiques, Madame Gerhardt semble utiliser ces outils pour légitimer auprès des profanes la scientificité de ses évaluations. D'autres psychologues (celle qui est présentée dans le prologue de ce chapitre notamment) ont moins de réticence à utiliser des outils de mesure, visant à évaluer sur la base des probabilités, la dangerosité de la personne détenue¹³. Il semble que ces outils permettent de certifier l'expertise dont ces psychologues se targuent. En effet, comme me l'explique Madame Gerhardt, le service doit constamment « faire ses preuves » : le fondateur du *PsychD* de Grünstadt est ainsi parti quelques années auparavant, estimant « que son travail n'était pas respecté par la direction de la prison ». De même, elle lutte depuis quelques années pour que le ministère de la Justice cesse d'appointer des experts extérieurs dans les cas les plus graves (demandes d'aménagement de peine de personnes condamnées à des peines à vie). Elle m'explique avoir bon espoir que les coupes budgétaires amènent bientôt le ministère à revoir ses plans. Soucieuse de mettre en évidence la crédibilité du service, elle m'explique par ailleurs qu'un passage par le *PsychD* est une étape valorisée dans le parcours d'un psychologue. Un certain nombre de psychologues travaillant dans le service ont ainsi occupé ou occupent toujours un poste à responsabilité au sein de l'univers carcéral. Ainsi, Madame Hardt, sous-directrice au ministère de la justice du Land ou encore Madame Klaus, actuelle directrice de l'unité socio-thérapeutique, ont travaillé au *PsychD*. S'organise entre ces services une circulation de psychologues qui réalisent parfois leur carrière entière au sein de l'administration pénitentiaire.

¹³ Le chapitre 6 reviendra sur ces modalités d'évaluation des personnalités.

c) Un accompagnement psychosocial vers la sortie ? Les unités socio-thérapeutiques

Le « traitement pénitentiaire » inclut également les unités socio-thérapeutiques, dont on a montré (chapitre 2) qu'elles constituaient la figure de proue de la « détention thérapeutique » dès le début des années 1970. L'unité socio-thérapeutique de la prison pour hommes de Grünstadt (150 places) occupe un bâtiment de détention¹⁴, construit sur plusieurs étages autour d'un jardin central. La composition professionnelle des unités socio-thérapeutiques indique une proportion équivalente de « professions sociales » et de « psychologues¹⁵ ». Dans l'unité de Grünstadt, le poste de direction est cependant occupé par une psychologue, Madame Klaus, qui a débuté comme experte du *PsychD* en 1995 avant de rejoindre la *SothA* en 2003, dont elle a pris la tête en 2011. Lors de l'entretien que je conduis auprès d'elle en novembre 2011, elle revient sur le principe de la *SothA* :

« La *SothA* a maintenant 40 ans. Comment puis-je vous expliquer... dans les années 1970, il y a eu un mouvement promouvant la resocialisation et l'intégration du délinquant dans la société. Et donc l'idée que l'individu est, pour l'essentiel, façonné par la société. Et donc si le processus social est tel qu'il produit des criminels particulièrement violents, alors la responsabilité de la société est de veiller à se donner les moyens de le réintégrer. Voilà, c'était un mouvement important dans la politique de l'époque, et la philosophie de la *SothA* s'est fortement développée sur ça. »

Entretien Madame Klaus, psychologue, 8 novembre 2010

Le quotidien que me décrit Madame Klaus ressemble à celui que j'observe en détention classique. Les personnes détenues travaillent ou suivent une formation professionnelle dans les ateliers ou au service scolaire, ils ont un accès limité à la cour de promenade et peuvent circuler dans leur « section ». Cependant, l'espace de la *SothA* est organisé autour d'un projet thérapeutique, qu'elle me détaille :

« Dans les années 2000, on a spécialisé les différentes stations (coursives) de l'unité, ça s'est un peu fait en fonction des points forts de ceux qui y travaillaient, de leurs compétences. Donc chaque station travaille différemment, certains plus à partir de méthodes comportementalistes, d'autres plutôt avec un travail psycho-dynamique... Et donc quand on prend un nouveau candidat, on réfléchit au type de prise en charge qui va lui correspondre le mieux. »

Une grosse partie de l'entretien est d'ailleurs consacrée à l'explicitation de ces différences : telle section s'appuie sur une approche plutôt « cognitive-behavioriste » (*kognitiv-behavioraler Arbeitsschwerpunkt*), telle autre, gérée par un psychologue formé à la psychanalyse, travaille plutôt sur une base « psycho-dynamique » (*tiefenpsychologischer Arbeitsschwerpunkt*), une autre propose une « thérapie de milieu intégrative » (*integrative Milieuthérapie*), etc. Madame Klaus me détaille avec enthousiasme les projets de l'équipe, qui réfléchit constamment aux améliorations à apporter à

¹⁴ La *SothA* dispose d'une seconde unité (25 places), qui se situe dans un bâtiment plus ancien de la prison qui hébergeait jusqu'à la fin des années 1990 une unité psychiatrique, et est exclusivement destiné à la prise en charge d'auteurs d'agression sexuelle.

¹⁵ Ensemble, ils représentent environ 24% des 1081 postes en 2008 ; 66% sont des postes de personnels pénitentiaires, les 10% restant étant constitués par les postes de direction et d'administration (Egg, Elrich, 2008).

« l'offre thérapeutique ». Ces projets vont selon elle dans le sens d'une « professionnalisation » de l'unité socio-thérapeutique.

L'unité socio-thérapeutique est pensée comme un sas vers la sortie pour les personnes nécessitant un accompagnement spécifique : une plaquette officielle de présentation de la structure décrit un « modèle en trois phases » (*Drei-Phasen-Modell*) avec un « espace d'accueil », un « espace de traitement » et un « espace de semi-liberté », trois espaces dans lesquels les personnes détenues sont censées passer successivement. Cependant, l'introduction de nouvelles dispositions législatives en 1998 a marqué un tournant dans le fonctionnement de ces unités : si l'accès à la *SothA* reste, pour toutes les personnes détenues, soumis à un entretien motivationnel, l'équipe de la *SothA* doit désormais évaluer la possibilité d'accueillir toute personne condamnée à une peine supérieure à deux ans pour violences sexuelles¹⁶. En conséquence, la *SothA* a développé une offre de prise en charge spécifique pour ce public, qui consiste en un programme thérapeutique de 21 mois, dans lequel sont utilisées des techniques de « thérapie de groupe » et de « travail cognitif » pour faire évoluer les représentations de ces infracteurs. À Grünstadt, la *SothA* a annexé un nouveau bâtiment (appelé *SothA II*) dédié à cette prise en charge spécifique, à l'issue de laquelle ces détenus rejoignent, sauf exception, le bâtiment central de la *SothA*. Or, la transformation du public accueilli par les *SothA* a eu pour effet de réduire le prononcé de mesures de sortie à partir des unités socio-thérapeutiques¹⁷. Les unités socio-thérapeutiques sont ainsi désormais moins un chemin vers la sortie qu'un régime spécifique pour auteurs de violences sexuelles.

Comme l'unité d'orientation *EWA* ou le service d'expertise *PsychD*, les *SothA* semblent donc accompagner les transformations de l'institution carcérale. En se « professionnalisant », elles outillent la politique pénitentiaire et rationalisent l'exécution des peines.

d) Professionnalisation psychologique et rationalisation de la politique pénitentiaire

Les trois directrices de l'*EWA*, du *PsychD* et de la *SothA* insistent, au cours des entretiens, sur leur souci d'améliorer, c'est-à-dire de « professionnaliser » leur offre. Ce discours auto-promotionnel n'est pas étonnant dans la mesure où il s'adresse à une jeune chercheuse française, qui ignore alors tout de ces structures et n'a donc pas les moyens de faire dévier la discussion hors des sentiers battus de la présentation officielle. Mais cet effort de professionnalisation témoigne d'un souci de standardiser et rationaliser les pratiques des psychologues intervenant dans l'institution. Jetant un regard rétrospectif sur les évolutions de l'institution carcérale, Madame Hardt m'explique :

« Quand je suis arrivée à Grünstadt en 1985, d'abord comme experte extérieure, je venais juste pour faire des expertises ponctuelles... bon si je compare avec l'état actuel, ça s'est largement

¹⁶ Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten vom 26. Januar 1998. Voir chapitre 2 pour une contextualisation de cette loi.

¹⁷ En 1997, 31% des personnes placées en *SothA* avaient eu au moins le droit à une sortie accompagnée ou à une permission de sortir et 13% étaient en semi-liberté. En 2004, la proportion se réduit respectivement à 17% et à 4% (Egg, Elrich, 2008).

amélioré... la qualité... enfin de ma position, je peux surtout juger les évolutions du travail psychologique... C'est devenu bien plus professionnel ! Dans les années 1980, c'était plutôt... par « essai-erreur »... et pas très professionnel, et entre-temps, il y a quand même eu toute une recherche autour du « traitement pénitentiaire » (*Behandlungsforschung*) qui s'est concentrée sur certains troubles qu'on retrouve souvent chez les détenus, troubles de la personnalité, trouble borderline, et il y a de bonnes méthodes qui se sont développées. Et puis les collègues sont mieux formés. Aujourd'hui, il n'y a presque que des psychothérapeutes qualifiés... je veux dire des gens qui ont fait une formation supplémentaire comme psychothérapeutes en plus de leur cursus de psychologie. Ça c'est... c'était pas le cas à l'époque. Bon ça a à voir avec le marché du travail aussi, parce que la détention est devenue un lieu de travail plus intéressant qu'elle ne l'était avant... Mais voilà, je dirais que ça s'est infiniment amélioré, oui ! »

Entretien Madame Hardt, psychologue, 7 novembre 2012

De la même façon, lorsqu'elle décrit le travail réalisé au cours des années 2000 pour « améliorer » le travail d'évaluation de l'unité d'orientation, Madame Gyerek salue les transformations concomitantes de l'unité socio-thérapeutique :

« Je sais par la coopération étroite qu'on a avec la *SothA* qu'elle s'est aussi beaucoup qualifiée. On ne peut pas comparer à la *SothA* d'il y a 10-15 ans. À l'époque, c'était un peu le brouillard (*ein Nebelfeld*), on ne savait pas trop ce qu'il s'y passait réellement. Aujourd'hui on sait exactement ce qu'il s'y passe. On connaît les programmes de *Behandlung*, on sait quels collègues travaillent par exemple plutôt de façon psychanalytique, enfin on connaît leur approche, on sait ce que font les thérapeutes comportementalistes (*Verhaltenstherapeuten*). En fait, on a simplement plus de transparence, on voit à quels modèles thérapeutiques chacun se réfère, et on peut échanger, regarder ce que fait l'autre, les pratiques se rapprochent, enfin tout ça n'était pas du tout possible à l'époque. »

Entretien Madame Gyerek, psychologue, 5 novembre 2010

Cette professionnalisation traduit la part croissante qu'occupe le registre psychologique en milieu carcéral. D'un côté, les opportunités professionnelles se sont développées pour les psychologues, qui peuvent désormais faire carrière au sein de l'institution carcérale ; l'époque des pionniers de la *SothA* est révolue, ce groupe professionnel semble avoir pris ses marques dans l'univers pénitentiaire. Mais l'implantation des psychologues dans le paysage pénitentiaire se justifie certainement par la rationalisation du programme institutionnel que permettent les savoirs et les outils psychologiques.

A propos de ces transformations, Franz Dürer, acteur de la première heure impliqué dans l'ouverture de la *SothA* de Grünstadt (voir chapitre 2) juge que ces unités se sont « psychologisées » au point d'oublier la dimension « socio-éducative » qui faisait selon lui l'originalité de cette intervention. Le terme est employé de façon dépréciative dans son discours : en rationalisant son activité, la *SothA* a, pour lui, « vendu son âme ». Emprunt d'une nostalgie pour les débuts confus mais plein d'espoir des années 1970, son discours peut cependant ici être lu comme une critique de la technicisation du travail des psychologues, qui traduit selon lui un moindre engagement personnel, une rencontre humaine moins intense, guidée par le principe de précaution plus que par le principe de confiance. Le chapitre 6 reviendra sur la rationalisation de l'exécution des peines qu'accompagne cette technicisation psychologique du traitement pénitentiaire.

Les trois services du « traitement pénitentiaire » opèrent une sélection des personnes détenues : *EWA* détermine l'affectation initiale, le *PsychD* donne des avis déterminants pour la suite du parcours pénitentiaire, en évaluant notamment l'opportunité d'un placement en *SothA*, cette

dernière garde une certaine autonomie pour choisir les personnes à l'entrée de l'unité. Susceptibles de produire de réelles bifurcations dans le parcours des personnes détenues, ces unités en constituent une sorte de colonne vertébrale. Mais au-delà de ces espaces, le concept de « détention à visée de traitement » semble structurer le fonctionnement de l'établissement pénitentiaire tout entier.

2. Une organisation « thérapeutique » de l'espace carcéral ?

Un récent manuel sur la prison définit le « traitement pénitentiaire » (*Behandlung*) comme un travail sur les « déficits de socialisation » et sur les « troubles de la personnalité » des personnes détenues (Laubenthal, 2011, p.68). Par analogie avec le médical, le crime est saisi comme le symptôme d'un trouble individuel qu'il s'agit de traiter de la façon la plus ajustée possible. Le parcours pénal devient, dans ce contexte un « parcours de santé ».

a) La déviance comme trouble mental

On a vu dans le chapitre précédent que la présence de personnes présentant des troubles mentaux était appréhendée, au sein de la prison de Tourion, comme un problème d'aiguillage en amont de la prison, qui entraîne en son sein des difficultés d'organisation. À Grünstadt, une distinction nette est faite entre ce qui relève de la maladie psychiatrique et ce qui relève du trouble mental. Ainsi, lorsqu'elle tente de me décrire ces troubles, la directrice de l'unité d'orientation pénitentiaire, Madame Gyerek, m'explique :

« Nous n'avons rien à voir avec l'internement psychiatrique (*Maßregelvollzug*), non, nous nous avons des troubles (*Störungen*) qui ne sont pas interprétés sous l'angle de la maladie, donc pas des maladies psychiatriques. Ça veut dire que nous avons affaire à des gens qui sont orientés, qui ont une capacité de discernement... mais qui sont éventuellement dérangés dans leurs schèmes d'actions, c'est-à-dire qu'ils ne réussissent pas à avoir de bonnes relations, ou qu'ils sont très complexés ou ont une personnalité dyssociale, donc en gros un problème au niveau relationnel, au point qu'ils ont du mal à s'en tenir aux règles et aux normes. Et là, on va trouver tout le spectre de la psychologie clinique, alors pas trop de troubles psychotiques, mais par contre, tout le spectre des troubles affectifs, des troubles de la personnalité... Oui, c'est les deux grandes catégories de diagnostic qu'on peut trouver... »

Entretien enregistré, 5 novembre 2010

La nette distinction qu'établit la psychologue entre maladies, traitées en hôpital psycho-légal, et troubles, traités en prison, témoigne d'une grande confiance dans le système institutionnel. Contrairement au cas français, les erreurs d'aiguillage sont perçues comme des exceptions : on part du principe que les personnes condamnées « sont orientés » et « ont une capacité de discernement », mais présentent des « troubles » de la personnalité ou du comportement. Mais cette opposition entre « maladie » et « trouble » laisse penser que les classifications internationales de psychiatries (DSM,

CIM), qui opèrent cette même distinction¹⁸, structurent fortement les représentations des agents pénitentiaires.

En effet, si Madame Gyerek est psychologue, qui plus est chargée d'un travail diagnostique, cette distinction entre « trouble mental » (*psychische Störung*) et « maladie mentale » (*psychische Krankheit*) est nettement présente à l'esprit de mes interlocuteurs, travailleurs sociaux ou surveillants, qui me rappellent régulièrement que la prison n'est pas le meilleur terrain d'observation pour les maladies mentales, qui, à quelques exceptions près, sont traitées dans les institutions de la seconde voie. En revanche, les troubles mentaux sont légion, il semble même, à entendre certains Gruppenleiter, qu'il faut bien « être un peu fêlé » (*eine Macke haben*) pour être condamné à une longue peine.

J'explique à Amelia Becker, la chef de groupe avec laquelle je dois passer les prochains jours, l'objet de mon travail : j'essaie de comprendre comment sont gérés les troubles mentaux en prison. Sans que je le lui demande, elle saisit son carnet de post-it et commence à lister les personnes qui selon elle présentent le plus de troubles mentaux. Le post-it est bientôt rempli. Au cours de la discussion qui suit, lors de laquelle je lui demande de me raconter son travail, elle revient sur cette liste, qu'elle allonge de quelques noms en me suggérant d'aller « regarder dans son dossier ». Levant les épaules, elle soupire : « mais de toute façon, moi je travaille avec des perpèt' (LLer), alors ici, je pense que tout le monde peut t'intéresser ! »

Journal de terrain, 25 octobre 2010

L'idée que la gravité des « troubles mentaux » est corrélée à celle des faits semble être pour tous une évidence. Ainsi, Herbert Rainer, un chef de groupe travaillant auprès de personnes condamnées à perpétuité me conseille, pour « étudier les troubles mentaux » de me pencher sur le cas de deux hommes condamnés pour des faits d'une particulière violence. Gravité et violence des faits se superposent là aussi à l'intensité présumée des « troubles psychiques ». À l'inverse, Anton Sibling, dont on montrera plus loin qu'il garde ses distances vis-à-vis du programme institutionnel, me présente les détenus qui viennent chaque semaine boire un café dans son bureau comme des détenus qui « ne présentent pas de troubles mentaux mais plutôt des gens qui ont de bonnes chances d'être bientôt libérés », suggérant que l'absence de troubles mentaux est le meilleur passeport pour la liberté. Les espaces de « traitement » sont d'ailleurs destinés en priorité aux personnes dont le reliquat de peine est élevé : il faut avoir encore au moins deux ans à purger pour accéder à la SothA, et une longue peine pour accéder au bâtiment « de détention de traitement ». Le « traitement » se concentre donc sur les criminels les plus « déviants ».

¹⁸ Ainsi, la classification internationale des maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé distingue dans sa version 10 les « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte » (F60-F69) et les « troubles de l'humeur » (F30-F39) des autres troubles psychiatriques dits « organiques », « schizophréniques » et « névrotiques ». De même le manuel statistique et diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM) propose une classification multiaxiale qui distingue un axe des « troubles cliniques » et un axe des « troubles de la personnalité ».

b) Le « traitement » au principe de la différenciation des espaces

En réponse à ces troubles mentaux, la peine de prison est organisée en un véritable « parcours de soins ». On a vu plus haut comment l'unité socio-thérapeutique organisait en son sein un parcours spécifique censé accompagner les personnes détenues vers la liberté à l'issue d'une prise en charge thérapeutique. Le concept de « traitement » structure, de la même façon, l'ensemble de la prison.

Ainsi, les régimes différenciés sont pensés comme les étapes successives d'un parcours progressif, au cours duquel intensification du traitement rime avec augmentation des privilèges matériels. Ainsi, si les personnes détenues débutent leur peine dans une coursive¹⁹ indifférenciée, elles pourront rapidement accéder à une coursive dite « *drogenarm* » (littéralement « pauvres en drogues ») si elles acceptent de se soumettre à des contrôles d'urine réguliers²⁰. Dans la prison pour femmes, les coursives « sans drogues » sont placées dans les étages supérieurs du bâtiment, plus lumineux. Aux niveaux inférieurs se trouvent une coursive destinée aux femmes abstinences mais sous traitement de substitution et une coursive dotée d'un distributeur de seringues, dans laquelle se concentrent les femmes qui se déclarent consommatrices. Pour changer d'étage – et espérer ainsi une libération anticipée pour un centre de postcure par exemple, les femmes détenues toxicomanes doivent elles aussi se soumettre à des contrôles d'urine réguliers. Une sorte de hiérarchie s'établit donc entre les espaces de « traitement », plus confortables et mieux dotés en personnels, et les autres espaces, qu'il est recommandé de chercher à quitter si l'on espère obtenir un aménagement de peine rapide.

Dans la prison pour hommes, une fois hébergées dans une coursive sans drogues, les personnes détenues peuvent prétendre à un transfert dans un bâtiment de « détention collective orienté vers le traitement » (*behandlungsorientierter Wohngruppenvollzug*). L'architecture de ce bâtiment tranche avec celle des autres bâtiments de la prison, construite à l'époque prussienne dans les années 1890. Alors que les vieux bâtiments sont composés de briques rouges et construits sous la forme classique de quatre coursives en étoile, ce bâtiment a été édifié dans les années 1970 et ressemble à un immeuble d'hébergement collectif. Si les étages des anciens bâtiments sont percés par un escalier central et envahis par l'écho des bruits de l'ensemble de la structure, les niveaux sont ici hermétiquement séparés.

Après quatre semaines passées dans un bâtiment ancien de la prison, je découvre aujourd'hui le bâtiment de détention « à visée de traitement ». Le calme règne – la plupart des personnes détenues travaillent à cette heure de la journée et celles qui ne travaillent pas sont dans leur cellule, les portes sont entrouvertes. En arrivant avec Amelia, la cheffe de groupe, je vois un homme se préparer un thé dans la cuisine. Un autre passe près de nous, le visage pâle, en traînant des pieds. Un autre lit le quotidien *Süddeutsche Zeitung* dans sa cellule. Les murs sont blancs et depuis le couloir intérieur, on n'aperçoit pas les barreaux des cellules. J'ai le sentiment d'être dans le couloir d'un hôpital : à son

¹⁹ Ces coursives sont appelées des « stations » (*Stationen*), un terme qui a une connotation fortement médicale.

²⁰ La lutte contre les trafics de drogues se concrétise à Grünstadt par la relégation des passeurs (*Drogenschmuggler*) dans un bâtiment relégué à la marge de l'enceinte pénitentiaire et dans lequel les cellules sont plus vétustes et plus petites.

extrémité, le bureau des surveillant-e-s jouxte celui de la cheffe de groupe. Il en sortirait un-e infirmier-e en blouse blanche que je ne serais pas étonnée.

Journal de terrain, 26 octobre 2010

Aux différences architecturales s'ajoutent des différences matérielles. Ici, les personnes détenues disposent d'espaces collectifs confortables (cuisine, salle de repos avec, à cet étage, une table de ping-pong). Mais l'« orientation thérapeutique » du bâtiment tient surtout au taux d'encadrement : si les chef-fe-s de groupe s'occupent généralement d'une soixantaine de personnes détenues, ils ont ici environ trente personnes à suivre. Les coursives de la « détention à visée de traitement » constituent en somme un régime différencié, auquel on accède progressivement depuis les espaces les moins confortables et les moins accueillants de la détention. Mais la notion de « traitement » vient justifier jusqu'aux espaces les moins accueillants de la prison : ainsi, les cellules particulièrement sécurisées (*Besonders Gesicherte Hafträume*), qui font office de « quartier disciplinaire » sont qualifiées par le code de procédure pénale de « mesure de sûreté », mais également de « cellule d'apaisement » (*Beruhigungszelle*). Loin de constituer uniquement une punition, le placement en cellule sécurisée semble donc être recodé par la loi en un outil de traitement psycho-éducatif (Lancelevée, 2016).

Le concept de « traitement pénitentiaire » est donc inscrit dans l'organisation spatiale même de la prison et le parcours pénal idéal est celui qui permettra aux personnes détenues de traiter les « troubles du comportement et de la personnalité » qui les ont amenées à commettre des actes délictueux. Le chapitre 6 montrera comment ces espaces engagent ainsi un travail de subjectivation des personnes détenues. Si la prison est finalement conçue comme une « infirmerie du crime », les espaces de soins psychiatriques tentent paradoxalement de leur côté de protéger leur autonomie à l'égard du « traitement pénitentiaire ».

3. Le soin dans les marges de la « détention de traitement »

La prison de Grünstadt présente la particularité d'avoir développé, en marge de la détention, un service psychiatrique et psychothérapeutique : une unité rattachée à l'hôpital pénitentiaire de la ville accueille des hommes détenus nécessitant une hospitalisation complète en raison de leurs troubles psychiatriques, tandis que trois psychologues proposent, au sein de la prison, un suivi psychothérapeutique protégé par le secret professionnel. Soucieux de protéger leur autonomie vis-à-vis de l'institution carcérale, les professionnel-le-s de ces services tentent d'échapper à la logique centralisatrice et aux principes d'organisation de la « détention de traitement ». Il s'agit d'un côté de conserver une certaine autonomie dans le recrutement des patients, mais également de protéger les informations médicales du regard de l'administration pénitentiaire. On retrouve ici, à un degré d'intensité moindre du fait du caractère marginal de ce service de petite taille, certaines tensions observées en France entre service psychiatrique et administration pénitentiaire.

a) Au service du soin, pas de la prison

Localisé depuis les années 1960 au sein de la grande prison de Grünstadt, dans un vieux bâtiment de briques rouges proche des espaces de détention, l'unité psychiatrique a profité de la rénovation de l'hôpital pénitentiaire pour déménager, à la fin des années 1990, hors de l'établissement pénitentiaire. Organisé par l'actuel chef de service, le professeur Köttler, ce déménagement a été selon lui crucial dans les relations entre le service psychiatrique et la prison : la proximité entraînait une certaine pression de la part des espaces de détention qui tentaient de se débarrasser de leurs cas difficiles, les « perturbateurs » (*Vollzugsstörer*) dans l'unité psychiatrique, ce qui donnait au service la réputation d'être une « prison dans la prison », un véritable « cachot » (*Kerker*). Désormais situé dans l'hôpital pénitentiaire moderne et lumineux de Grünstadt, le service psychiatrique et psychothérapeutique reçoit des hommes détenus provenant des différentes prisons de la ville, signalés par les équipes médicales des établissements – principalement en état de crise, c'est-à-dire, pour reprendre les termes psychiatriques employés par le chef de service pour décrire ses patients, de « décompensation psychotique » ou « d'état dépressif majeur ». Le service comporte trois unités de 12 lits, dont une qui reste fermée faute de personnels²¹. L'équipe soignante, constituée de psychiatres, de psychologues, de différents psychothérapeutes et d'infirmier-e-s, est salariée de l'administration pénitentiaire. Les infirmier-e-s présentent la particularité d'avoir reçu une formation supplémentaire de surveillant-e-s à l'école pénitentiaire²². Contrairement à la situation française, les questions sanitaires concernant les personnes détenues sont donc gérées par le ministère de la Justice. Pourtant, le service estime occuper une position d'extériorité par rapport à l'institution pénitentiaire.

De retour à Grünstadt en août 2013, je me rends dans le service psychiatrique de l'hôpital pénitentiaire, qui m'a demandé de présenter mes travaux en échange du terrain de deux semaines que j'ai réalisé dans le service l'hiver précédent. Je choisis de parler de la genèse des unités hospitalières spécialement aménagées en France. Dans ma présentation, je qualifie ces unités de « village gaulois » (en référence aux bandes dessinées d'Uderzo et Goscinny) pour montrer que ces unités résistent à ce qu'elles vivent comme l'invasion de logiques pénitentiaires. L'expression fait rire les psychiatres et psychologues réunis autour de la table, et l'un d'eux, Matthias Guth, la reprend à son compte pendant la discussion : « merci, l'expression décrit exactement notre situation ici ! »

Journal de terrain, 6 août 2013

Village gaulois contre les tentations hégémoniques du « traitement pénitentiaire », l'unité psychiatrique déploie des moyens importants pour ne pas se laisser absorber par le fonctionnement pénitentiaire : à la faveur du déménagement, un système de sélection a été mis en place, qui permet de filtrer les demandes pénitentiaires pour ne retenir que les personnes détenues qui, de l'avis d'un psychiatre, requièrent une hospitalisation à plein temps. La moitié de l'équipe parcourt ainsi chaque

²¹ Cette situation traduit bien la place marginale qu'occupent les soins psychiatriques dans l'univers pénitentiaire allemand, comme nous l'avons montré dans le chapitre 2. Ce manque de moyens, décrié dans la littérature grise et par les psychiatres exerçant en prison, tient selon nous à la dualité du système pénal (entre mesures d'internement psychiatrique et peines de prison) qui devrait théoriquement assurer un tamisage et empêcher l'incarcération de personnes présentant des troubles psychiatriques graves.

²² Nous reviendrons dans le chapitre 5 sur cette spécificité, qui participe de l'infiltration de logiques pénitentiaires dans ce service.

semaine tous les établissements pénitentiaires de la région pour recevoir les patients signalés par les agent-e-s pénitentiaires ou les infirmeries locales. Ces psychiatres de « liaison » évaluent la gravité des troubles et la nécessité d'une hospitalisation. Le professeur Köttler a par ailleurs décidé que son unité n'accepterait plus d'urgence sans avis psychiatrique : l'hospitalisation est toujours possible, mais débutera alors aux urgences médicales de l'hôpital pénitentiaire.

Soucieux de garder la main sur le recrutement de leurs patients, les psychologues de l'unité psychothérapeutique ont eux aussi déployé une énergie importante pour imposer leur mode de fonctionnement aux agent-e-s pénitentiaires. L'unité, créée dans les années 1980 par l'ancien chef de service de psychiatrie, est composée de trois psychologues cliniciens. Situés dans l'un des bâtiments centraux de la prison, les bureaux des psychologues jouxtent ceux du service psychologique (*PsychD*) chargé de fournir des évaluations à la prison. Ils refusent cependant d'être assimilés à ce service :

Je rencontre les trois psychologues de l'unité de consultation (appelée communément par son acronyme PTB) en compagnie de deux stagiaires – travailleuses sociales futures cheffes de groupe – qui font le tour des services de la prison. En fait de présentation, le premier psychologue entreprend de distinguer l'unité des autres services : contrairement au *PsychD*, l'unité ne fait pas d'évaluations ou de pronostics criminels (*Kriminalprognose*) ; contrairement à la *SothA*, les psychologues ne participent pas aux plans de détention et aux aménagements de peine ; le service d'orientation peut suggérer aux personnes détenues de consulter un psychologue de l'unité, mais « cette suggestion n'est en aucun cas un ordre ». Bref, la présentation est en fait une leçon à l'attention des travailleuses sociales qui m'accompagnent : l'unité psychothérapeutique n'est pas aux ordres de la détention.

Journal de terrain, 5 octobre 2010

Dans les trois entretiens que je réalise avec les psychologues, cette idée d'indépendance revient régulièrement : elle est selon l'un d'entre eux « l'alpha et l'oméga » de l'unité, qui ne peut, en raison de sa petite taille et du temps de travail des psychologues qui travaillent tous trois à mi-temps dans un cabinet privé, prendre en charge qu'un nombre restreint de personnes détenues (environ 60 sur les quelques 1600 personnes détenues dans la prison). Les psychologues recrutent donc scrupuleusement leurs patients : pour s'assurer qu'une thérapie est efficace, comme me l'expliquent en des termes similaires les trois thérapeutes, il faut que soient présents un besoin, une capacité mais surtout une motivation à se soigner. Ils prennent donc le temps, lors d'un premier entretien, d'évaluer ces trois éléments, avant d'accepter ou non un nouveau patient²³. Or selon eux, le secret médical constitue un outil indispensable pour s'assurer de l'authenticité de la demande de soins formulée par le patient. On retrouve dans le discours de ces psychologues l'idée avancée par les professionnel-le-s du service psychiatrique de Tourion qu'il ne peut y avoir de véritables « soins » sans « secret ». Ici aussi, le secret médical est mobilisé pour défendre un positionnement, qui a cependant pour particularité d'être largement minoritaire au sein de la prison.

²³ N'ayant pas pu observer ces entretiens, je n'ai pas le moyen d'analyser la mise en œuvre pratique de ce jugement clinique, qu'un thérapeute me présente comme le résultat d'une impression diffuse : « après un premier entretien, on sent si on va être en mesure de travailler avec le patient ou non. Et c'est une rencontre, le patient le sent aussi, comme nous ». Cette rencontre, pensée sur le mode du « coup de foudre », mériterait une analyse en situation, qui excède le champ de cette thèse.

b) Le secret médical : éthique du soin, identité du soignant

Inscrits dans une « démarche exclusivement thérapeutique », les psychologues considèrent que « dès que l'espace de protection du secret médical est levé, la thérapie s'arrête », comme l'affirme le plus virulent des trois, qui exerce dans l'unité depuis son ouverture et a passé de longues années à tenter d'expliquer son point de vue aux psychologues de l'unité socio-thérapeutique ou de l'unité d'orientation de la prison. Le secret permet selon lui d'établir la confiance nécessaire pour que les personnes détenues acceptent de se livrer au thérapeute, de parler de « ce qu'ils gardent en eux parce qu'ils savent que c'est mal vu ». Il tient pour absurde le modèle « socio-thérapeutique », qui laisse penser que l'on peut à la fois soigner et contrôler :

« Je suis très sceptique sur ce modèle, comme vous l'avez compris. Je me demande vraiment ce qu'on peut atteindre... Sans doute que ça peut marcher avec certaines personnes mais... je ne sais pas... je crois que c'est absurde de penser qu'on peut à la fois traiter et évaluer. À mon avis, on n'arrive ni à l'un ni à l'autre. Enfin avec la plupart des détenus en tout cas. Il y a une croyance dans la transparence, comme si les choses pouvaient être transparentes. Mais si je sais que vous allez décider de me laisser sortir ou pas, je ne vais pas vous dire la même chose ! [...] Ça me paraît tellement évident que je ne comprends pas comment mes collègues de l'unité socio-thérapeutique (*SothA*) peuvent voir les choses autrement. Alors vous me dites qu'en France, c'est bien séparé... Je ne sais pas... Il y a peut-être quelque chose d'allemand alors à vouloir que tout soit transparent comme du verre ? ! (rires) »

Entretien Monsieur Pankow, 20 octobre 2010

L'argument culturaliste qu'avance Monsieur Pankow sur le ton de l'humour lui permet cependant d'émettre une hypothèse séduisante selon laquelle le secret aurait moins de légitimité dans une société qui tolère un degré plus élevé de contrôle social que la société française.

Critiques féroces du modèle de la « détention de traitement », les psychologues assistent, parfois impuissants, aux limites de ce modèle :

« Il y a des gens qu'on n'arrive pas à atteindre. On peut faire ce qu'on veut, on n'y arrive pas, malgré le secret médical. Là je crois qu'il faut rester modeste, garder les pieds sur terre (*auf dem Teppich bleiben*), dire : « voilà Monsieur, je ne peux pas vous aider, il faudra revenir quand vous aurez un peu avancé ».

- Vous pensez à quel genre de situation ?

- Par exemple, celui qui me revient tout de suite en tête, c'est un détenu qui m'avait envoyé une demande d'entretien, un agresseur sexuel très dérangé... qui a pris aussi de la rétention de sûreté en plus de la peine de prison, voilà, très dérangé et en même temps avec un gros besoin de soins. Mais il était tellement perdu dans son combat contre l'administration pénitentiaire à propos de la rétention de sûreté, pour y échapper. C'était un détenu tellement quérulent²⁴ (*querulent*) qui a toujours lutté contre des histoires de détention, qui a porté plainte, qui est allé au tribunal, et qui a d'ailleurs souvent gagné ! Mais par contre, il n'avait aucun accès à sa problématique. Je l'ai vu longtemps avec l'espoir d'arriver à quelque chose, mais on ne s'en sortait pas. Il se plaignait, se plaignait, se plaignait, pas contre moi, hein, contre le système, mais moi je n'arrivais pas à le faire avancer sur ses problèmes ».

Entretien Monsieur Haller, 10 novembre 2010

Dans cet extrait d'entretien, le psychologue explique que malgré sa position d'extériorité, protégée par le secret médical, il ne parvient pas à créer un espace suffisamment protégé des empiètements de la vie carcérale pour permettre à la personne détenue d'engager le travail sur lui-même qui lui permettrait pourtant éventuellement de résoudre le conflit dans lequel il semble

²⁴ Le terme provient du lexique psychiatrique et désigne une « tendance pathologique à la revendication » qui pousse les personnes à mettre en œuvre des démarches judiciaires pour obtenir réparation pour un tort réel ou fictif. (Voir la longue anthologie littéraire réalisée par Benjamin Lévy sur le sujet : <https://benjaminlevy.wordpress.com/2013/02/06/573/>)

embourbé. On peut penser, avec Monsieur Haller, que ce travail thérapeutique serait encore moins possible s'il était mené par un psychologue – ou un travailleur social – qui représente l'institution. Ce psychologue m'explique d'ailleurs qu'il est souvent réticent à accueillir des personnes placées en rétention de sûreté :

« Que signifie la thérapie avec eux ? S'ils sont en rétention de sûreté, c'est en général qu'il y a eu au moins quinze ans de prison avant... Donc pas mal de temps pour tenter de mettre en place une thérapie. Quand ils sont en rétention de sûreté, que signifie la thérapie ? Ça pour moi, c'est une hypocrisie du système à laquelle je ne veux pas participer. Les recevoir pour les préparer à l'idée qu'ils vont potentiellement passer le reste de leur vie en rétention de sûreté ? Ça n'a pas de sens ! »

Entretien Monsieur Haller, 10 novembre 2010

Refusant de servir de caution à l'institution carcérale dans laquelle ils interviennent, ces psychologues estiment que les thérapies menées ne peuvent avoir pour objectif de justifier l'enfermement auquel sont soumis les détenus ou de pacifier les coursives. Comme leurs collègues français, ils tentent de dégager la relation thérapeutique des enjeux pénitentiaires et judiciaires.

Il s'agit, par le secret médical, de protéger également les détenus de la circulation d'informations sensibles qui pourraient avoir des conséquences négatives sur leur quotidien :

Ce matin, la psychiatre en chef du service aborde en réunion de service la question de la circulation d'informations médicales. Elle estime que les médecins des infirmeries locales (situées dans les établissements pénitentiaires – AGsT) ont tendance à délivrer trop facilement des copies de la page médicale de Basis Web (un logiciel pénitentiaire de partage d'informations dont les onglets médicaux ne sont accessibles qu'aux professionnels de santé). Lorsqu'elle se déplace dans les établissements, elle reçoit régulièrement des détenus qui se promènent avec cette page médicale. « Ils ne se rendent pas compte ! » s'exclame la psychiatre, « une fois que ces informations circulent, elles peuvent être utilisées à bien des usages ! ». Le professeur Köttler propose d'en discuter avec le médecin chef et de lui demander de rédiger une note de service interdisant l'impression de ces informations.

Journal de terrain, 13 novembre 2012

Protection des patients et des soignants sont inextricablement liées : s'il en va dans ce combat d'une volonté de protéger les patients, il s'agit aussi de protéger l'identité des soignants. Ainsi, le professeur Köttler justifie son respect scrupuleux du secret médical par la volonté de recréer à l'hôpital pénitentiaire des conditions aussi proches que possibles de celles d'un service de psychiatrie classique mais estime aussi qu'il en va de la légitimité du service et de l'attractivité des postes de psychiatres :

Le professeur Köttler et Mathias Guth discutent de la faible attractivité des postes de psychiatres dans les prisons de Grünstadt, après qu'un jeune collègue tout juste diplômé a annoncé son départ du service. Pour le professeur Köttler, la prison renvoie une image de « zone grise », où tout est mélangé et où les principes éthiques sont jetés par dessus bord. « C'est peut-être vrai pour les psychologues, qui peuvent devenir directeur de prison, mais pour les psychiatres, c'est faux, nous on reste pleinement psychiatres ! ». Il reprend en se tournant vers moi et en pointant du doigt mon carnet de notes : « c'est pour ça qu'il faut bien indiquer qu'on fait vraiment de la psychiatrie, pas de l'expertise, on fait le même travail que dans un service classique ! ».

Journal de terrain, 6 août 2013

Le secret médical est donc vu comme une attribution qui permet au médecin de protéger son identité professionnelle du stigmatisme pénitentiaire (la « zone grise »). Mais le secret médical est lié à

des enjeux de recrutement pour ce psychiatre, qui participe d'ailleurs dans ses publications à dénoncer le manque de moyens psychiatriques en prison. Sans secret, il suggère qu'il n'y aurait tout simplement plus de psychiatres dans les prisons allemandes. On retrouve ici encore les arguments avancés par les professionnel-le-s du service psychiatrique de Tourion. Les psychiatres et psychologues qui défendent cette vision du soin se retrouvent dans une position minoritaire et fragile au sein de l'établissement pénitentiaire de Grünstadt.

c) **Un combat perdu d'avance ?**

Comme dans les prisons de Tourion, ce qui, du point de vue de l'équipe psychiatrique apparaît comme une autonomie nécessaire au bon fonctionnement du service est considéré, du point de vue des équipes exerçant en détention, comme une marque de mépris et un obstacle au bon fonctionnement de l'institution. Il arrive fréquemment que le service soit critiqué, parce qu'il n'a pas donné suite à la demande de placement d'un détenu qui présente pourtant un comportement particulièrement « troublant » (*auffällig*) selon les équipes de détention.

Pour illustrer la mauvaise coopération avec le service psychiatrique, un sous-directeur me raconte le cas d'un détenu transsexuel qui revenait régulièrement en prison pour des peines liées à la consommation de stupéfiants. Il ne posait pas de problème en détention jusqu'à sa dernière incarcération peu après la mort de son compagnon. L'équipe s'était inquiétée de voir son état de santé se dégrader : il passait en effet le plus clair de son temps en cellule, attablé, un café et un cendrier devant lui, entouré de montagnes de cendres et de déchets. Après avoir essayé de l'aider à « se reprendre en main », l'équipe avait finalement appelé le service psychiatrique en renfort, qui avait refusé d'accueillir l'homme, estimant que ses problèmes étaient la conséquence de son incarcération : « un problème de détention (*vollzugliches Problem*), pas un problème psychiatrique ! »

Journal de terrain, 22 octobre 2010

Les agent-e-s pénitentiaires rivalisent d'anecdotes concernant des personnes détenues, qui comme celle-ci, présentaient selon eux « de toute évidence un trouble psychiatrique ». On reproche ainsi au service de ne pas venir en aide à un détenu épileptique qui fait de violentes crises à répétition et doit être placé en cellule sécurisée et constamment observé par un système de vidéo-surveillance pendant la nuit. On se souvient de ce détenu « en plein délire paranoïaque » qui n'a pas été transféré. Or les agent-e-s pénitentiaires s'estiment largement capables de repérer les détenus qui ont besoin d'être hospitalisés :

Le sous-directeur s'agace lorsque je suggère qu'il pourrait y avoir des interprétations divergentes des troubles : « Si vous avez le sentiment que nous cherchons à nous débarrasser de nos cas problématiques, je peux vous répondre avec la plus ferme conviction : ce n'est pas le cas ! Nous avons une coursive sécurisée pour les plus dangereux ». Puis, précisant que les équipes sont bien formées en psychologie, il m'explique : « Nous faisons la distinction entre les détenus inconscients, qui ne savent plus ce qu'il font et ceux qui savent très bien que leur comportement est inacceptable. Ceux-là, nous les gardons bien sûr ici ! ».

Journal de terrain, 22 octobre 2010

Les agent-e-s pénitentiaires considèrent qu'ils ont la légitimité suffisante pour être considérés comme des collègues psychiatres et psychologues. Ils s'agacent dès lors de ne pas recevoir de lettre de suivi lorsque les détenus reviennent d'une hospitalisation :

Un travailleur social m'explique : « on ne sait absolument pas si on doit s'attendre à de nouveaux épisodes de crise (*Krisenausbrüche*) : Est-ce qu'il y a un risque de suicide ? Est-ce qu'on doit mettre en place une surveillance particulière ? On doit simplement partir du principe qu'ils ne sont plus malades. »

Journal de terrain, 8 octobre 2010

Portée à la connaissance des autorités gouvernementales, cette « mauvaise coordination » a donné lieu en 2009 à la création d'une coursive de « postcure » pour les patients sortant du service psychiatrique. Placée au sein de l'unité socio-thérapeutique, cette coursive vise, selon la note de service (*Dienstanweisung*), à réintégrer progressivement la personne détenue dans l'univers pénitentiaire mais également à assurer un retour rapide au service psychiatrique si l'état de santé mentale de la personne ne se stabilise pas à son retour en prison. Mais la note invite également le chef de service et son équipe à former les équipes d'accueil sur les « tableaux cliniques » et sur les « formes d'expression » des troubles dans le quotidien pénitentiaire. Du côté de l'unité socio-thérapeutique, la directrice pense pour sa part créer un poste *ad hoc* de psychiatre pour quelques heures de consultation par semaine, afin d'améliorer le travail diagnostique pour les personnes détenues présentant des pathologies psychiatriques. Cette coursive de « postcure » est présentée, au ministère régional de la Justice, comme une étape importante vers une meilleure coopération entre le service psychiatrique et la détention. Elle permet également d'amarrer le service psychiatrique à la « détention de traitement » en organisant le partage d'informations auquel se refusent les psychiatres.

Mais les agent-e-s pénitentiaires ont un autre moyen d'accès à ces informations, par le biais des demandes de levée de secret médical (*Schweigepflichtentbindung*) que peuvent formuler les personnes détenues et qui obligent dès lors médecins et psychologues à donner un avis diagnostique à l'administration pénitentiaire. Les personnes détenues utilisent ce moyen pour attester, lorsqu'elles font une demande d'aménagement de peine, des efforts qu'elles ont investis dans le travail thérapeutique. Cette procédure, qui fragilise la relation thérapeutique, témoigne selon Monsieur Pankow (psychologue) du pouvoir de l'institution :

« De toute façon, notre modèle de soins est menacé, parce que la détention veut s'approprier ces informations que nous réussissons à obtenir par la thérapie. En fait, depuis le début c'est comme ça, il y a toujours eu des offensives de la part de l'administration, qui a essayé de récupérer nos informations, par exemple par le déliement du secret médical (*Schweigepflichtentbindung*) ! Ils mettent les détenus sous pression, plus ou moins directement, pour qu'ils demandent la levée du secret... ».

Entretien Monsieur Pankow, 20 octobre 2010

Or s'il prend le temps, comme ses collègues, de sensibiliser ses patients à l'importance de ce secret, il estime que les thérapeutes externes, qui interviennent en renfort pour assurer des suivis thérapeutiques, sont moins familiers des enjeux pénitentiaires et résistent moins aux demandes de levée du secret médical. Ce recrutement de thérapeutes externes vacataires en fonction des besoins évalués par le service d'expertise (*PsychD*) pourrait d'ailleurs à terme remplacer complètement l'unité

psychothérapeutique, comme me l'explique Madame Hardt, la cheffe du bureau en charge du « traitement pénitentiaire » :

« Ah vous connaissez Monsieur Pankow et Monsieur Haller et le troisième... euh... Monsieur... ?

- Grossman !

- Oui, Monsieur Grossman ! Oui, c'est intéressant cette unité psychothérapeutique... C'est un peu unique, je ne pense pas qu'il en existe d'autres sous cette forme ailleurs... En fait, ils font le même travail que les thérapeutes externes... La particularité, c'est que les détenus peuvent librement y accéder, et qu'ils ne coopèrent pas avec les espaces de détention. C'est intéressant, mais pour être tout à fait honnête, je pense que ça s'arrêtera quand ils prendront leur retraite... ».

Entretien 7 novembre 2012

Le combat mené par les psychologues afin de protéger leur indépendance est perçu comme un combat d'arrière garde, dans une institution dans laquelle les diagnostics psychiatriques et la connaissance psychologique des personnes détenues sont placés au cœur du programme institutionnel. Ces résistances mettent cependant en évidence les ambivalences de ce « traitement pénitentiaire », que psychiatres et psychologues du service psychiatrique de Grünstadt refusent de qualifier de « soin ».

La « détention de traitement » organise donc la différenciation des espaces carcéraux et régule les avantages matériels qui seront – ou non – accordés aux personnes détenues. Ce programme institutionnel, conçu par des psychologues pénitentiaires, trouve sa rationalité dans les outils d'évaluation de la personnalité développés par ces professionnels. Ce principe structure l'ensemble de la détention, et même les espaces de soins qui tentent de s'extraire de cette logique, ne peuvent échapper complètement à ce programme hégémonique. On observe ainsi dans la prison de Grünstadt une certaine « psychologisation » des pratiques professionnelles.

II. RESSORTS ET LIMITES DE LA PSYCHOLOGISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans les prisons de Grünstadt, la diffusion des savoirs psychologiques est pensée comme une politique institutionnelle : il s'agit d'un savoir légitime pour tous les professionnel-le-s, mais tout particulièrement pour les chef-fe-s de groupe qui accompagneront les personnes détenues. Cependant, tous ne s'approprient pas de la même façon ces savoirs promus par l'institution : des stratégies de distanciation et de résistance existent cependant, qui dessinent un conflit autour des missions du travail social en prison. Dans la prison pour femmes de la ville en revanche, le recours à la psychologie semble faire l'unanimité, au point d'interroger l'observateur sur la nature de cette institution.

1. La diffusion des savoirs psychologiques

En Allemagne, l'administration pénitentiaire dispose d'une grande autonomie dans la gestion des peines de prison (voir encadré ci-dessous). Elle a l'obligation de mettre en place un suivi personnalisé du détenu dès son entrée en prison. Organisé autour du « plan de détention »²⁵ mis en place par le service d'orientation, ce suivi est mis en œuvre par les chef-fe-s de groupe successifs des personnes détenues. C'est par ce dispositif que les savoirs psychologiques pénètrent les coursives et deviennent, pour les professionnels, des savoirs de référence.

Encadré 15 Commission des peines et application des peines

On a vu au chapitre précédent que l'application des peines avait pris, en France, une place croissante au sein des établissements pénitentiaires. Devenue une véritable juridiction en 2000 (loi du 15 juin 2000), la justice de l'application des peines est chargée des décisions concernant l'aménagement de peine. C'est elle qui prend (et contrôle) les mesures visant à infléchir les peines de prison, soit en amont de l'incarcération soit au cours de celle-ci. On a vu que le juge d'application des peines intervenait ainsi en prison lors des « commissions d'application des peines » (pour les réductions de peines et permissions de sortir) et lors des « débats contradictoires » (pour les aménagements de peine : libération conditionnelle, placement sous surveillance électronique, placement en semi-liberté, etc.). Cette « juridictionnalisation » ne trouve pas d'équivalent en Allemagne où l'administration pénitentiaire est compétente pour octroyer la plupart des aménagements de peines – une fois la personne placée sous écrou (Agoguet, 2013). À cette fin, l'administration pénitentiaire a l'obligation (§7 du code de procédure pénale, *StVollzG*) de mettre en place un suivi personnalisé du détenu dès le début de la détention (le plan de détention, *Vollzugsplan*). C'est sur la base de ce suivi que l'administration peut prononcer les aménagements de peines (permissions de sortir, placement en milieu ouvert, semi-liberté, autorisation de travailler à l'extérieur, etc.). Un tribunal d'application des peines

²⁵ L'annexe 8 propose un exemple (traduit en français) de plan de détention.

(*Strafvollstreckungskammer*) existe, qui est principalement chargé du contentieux entre les personnes détenues et les établissements pénitentiaires ainsi que des recours éventuels contre les décisions de refus d'aménagement de l'administration pénitentiaire. Ce tribunal octroie en outre les demandes de libération conditionnelles ainsi que certaines demandes spécifiques (la suspension d'une mesure de rétention de sûreté par exemple).

a) Un référentiel d'actions

Les chef·fe·s de groupe ont pour mission d'accompagner les personnes détenues hébergées dans la courserie dont ils ont la charge. Au quotidien, il s'agit dès lors de gérer, avec les animateurs de groupes, les demandes de cantines, de parloirs, mais également les demandes de travail, de transfert et d'aménagement de peines. Mais une part importante de leur travail est consacrée au suivi des personnes détenues et à l'actualisation des « plans de peine », dont la première version a été produite par l'unité d'orientation. (EWA). Cette actualisation se traduit souvent par la reconduite tacite du plan déjà existant, si bien que la version rédigée par l'EWA peut n'être qu'amendée à la marge par les chef·fe·s de groupe successifs. Mais lorsqu'un changement de situation important se profile – nouvelle peine, incident important ou demande d'aménagement de peine, les chef·fe·s de groupe doivent présenter une nouvelle copie, intégrant les éventuels nouveaux éléments à disposition, qui sera collectivement discutée en commission des peines. Cette tâche est considérée par tous les chef·fe·s de groupe²⁶ de la prison pour hommes de Grünstadt que je rencontre comme une part importante et délicate de leur travail. Certains repoussent avec mauvaise conscience l'actualisation du document, d'autres produisent rapidement une première version qu'ils donneront à relire à des collègues plus anciens, d'autres enfin passent de longues heures supplémentaires dans leur bureau à peaufiner le texte. Si l'enjeu est important pour les chef·fe·s de groupe, c'est d'une part parce que le plan sera remis aux personnes détenues, qui pourront éventuellement faire appel de la décision sur la base des éléments mentionnés dans le document. Mais c'est, d'autre part, parce que la copie sera également lue par l'ensemble de la commission – et notamment la direction de l'établissement, chargée de prendre la décision d'aménagement de peine. Il en va donc de leur crédibilité professionnelle autant que de la légitimité de l'institution.

Nous avons présenté plus haut les différentes rubriques d'un document qui tient tant de l'enquête sociale (liens familiaux, activités sociales et professionnelles en détention) que du casier judiciaire (rappel des faits, de l'éventuel passé judiciaire) et de l'évaluation psycho-criminologique (évaluation du rapport aux faits, de la personnalité, pronostic concernant la récidive). Pour préparer l'actualisation du plan, les chef·fe·s de groupe s'appuient sur les entretiens réguliers réalisés avec les personnes détenues, mais également sur les plans précédents et sur les dossiers, parfois volumineux, gérés par les personnels administratifs de chaque bâtiment de détention. Il n'est pas rare, à l'approche d'une commission, de voir des chef·fe·s de groupe affairés dans le bureau administratif, ou

²⁶ Dans la prison pour hommes de Grünstadt, j'ai effectué la plus grande partie du terrain aux côtés d'une dizaine de *chefs de groupe*, que j'ai successivement accompagnés pour des durées plus ou moins longues (voir chapitre 1).

étudiant le dossier dans leur propre bureau, situé dans les coursives de la prison. Dans certaines ailes accueillant des personnes condamnées à une peine à vie (LL), dont les plans de peine seront donc réactualisés un nombre important de fois, les chef-fe-s de groupe conservent à portée de main des petits dossiers (*Handakten*) rassemblant les pièces jugées les plus importantes des dossiers, parmi lesquelles on trouve les expertises psychiatriques et psychologiques :

Amelia Becker me suggère de parcourir le dossier de Monsieur Voss pour préparer l'entretien qui aura lieu quelques heures plus tard avec ce « perpète²⁷ ». Elle m'explique rapidement les raisons de l'incarcération qui remonte à plus de 10 ans (un viol avec homicide, pour lequel des circonstances aggravantes ont été retenues) et le motif de l'entretien – l'homme voudrait faire une demande de permission de sortir qui n'a, pour Amelia, aucune chance d'aboutir. Elle espère donc l'en dissuader. Elle me suggère de lire le dernier « plan de détention » pour aller à l'essentiel, mais m'invite à prendre le temps de parcourir l'expertise psychiatrique du procès, la plus fouillée, qui permet de bien comprendre le crime et qu'elle conserve d'ailleurs dans le dossier qu'elle garde dans son bureau. Elle me remet ce dossier et vaque à la gestion des affaires courantes. Assise de l'autre côté du bureau, je commence la lecture du plan de détention et suis bientôt étonnée de retrouver sous la plume d'Amelia ce que j'identifie comme du jargon psychologique.

Journal de terrain, 26 octobre 2010

Régulièrement invitée de la sorte à me plonger dans les « plans de détention » des personnes détenues, je remarque que les chef-fe-s de groupe, pourtant généralement travailleurs sociaux, assistants sociaux ou, plus rarement, formés *ad hoc* pour ce poste²⁸, emploient souvent des expressions relevant d'un lexique proprement psychologique : je lis par exemple à propos d'un homme suivi par Herbert Rainer (travailleur social, environ 50 ans), que sa personnalité est marquée par une « structure dépressive », que son « QI » est faible et qu'il présente un « léger handicap mental ». Tobias Ganter (assistant social, environ 25 ans), son jeune collègue, cite, à propos d'un autre détenu le diagnostic du service psychiatrique : « trouble de l'adaptation, trouble de la personnalité narcissique et histrionique, suicidalité latente, tendance à l'auto-agressivité ». Martina Fritsch (travailleuse sociale, environ 40 ans) conclut le plan de détention d'un détenu par un avis négatif : le « pronostic est négatif » car son « mode de comportement est ancré dans la psyché (*eingeschliffen*) », Martina ajoute : « il est indéniable que le détenu reconnaît et regrette les faits, mais le travail mené jusque là paraît insuffisant pour pouvoir donner un pronostic favorable » et invite le détenu à intensifier sa prise en charge (*Behandlung*) par des entretiens avec un thérapeute extérieur. Un plan d'Amelia Becker (assistante sociale, environ 35 ans) rappelle dans la rubrique « personnalité » : « le détenu a séjourné lors d'une précédente incarcération dans l'unité socio-thérapeutique et a donc déjà eu une expérience thérapeutique peu concluante. On trouve chez le prisonnier une structure de personnalité dyssociale ».

Les « plans de détention » sont donc l'occasion d'une réflexion sur la personnalité des détenus qui emprunte à la psychologie ses catégories de pensée. Ils font référence à un savoir psychologique tout en étant pourtant rédigés par des professionnels *a priori* profanes en la matière.

²⁷ En Allemand : « LL », abréviation de *Lebenslängler*, substantif créé à partir de l'adjectif « lebenslang », « à vie ».

²⁸ Cette modalité de recrutement existait jusqu'à la fin des années 1980 : les agents étaient directement formés pour ce poste à l'école de formation pénitentiaire de Grünstadt. Sur les 11 *chef-fe-s de groupe* que j'accompagne dans la prison pour hommes, seuls deux, âgés de plus de 50 ans, ont suivi cette formation.

Mais l'institution pénitentiaire organise des formations pour mettre les chef-fe-s de groupe à niveau, faisant de la psychologie un savoir de référence pour ces professionnels du social.

b) Des savoirs légitimes

Principalement proposées par l'école pénitentiaire du Land de Grünstadt, ces formations sont conçues en réponse aux « besoins » des personnels de l'institution carcérale, comme me l'explique Madame Schiffendecker, directrice de l'école pénitentiaire, que je rencontre en novembre 2013. Elle organise tous les ans un sondage dans les établissements pénitentiaires et conçoit, sur cette base, le programme de formation continue dont l'offre (80 formations par an environ) est largement suivie : sur les quelques 3000 professionnels des établissements pénitentiaires du *Land*, 1500 personnes ont ainsi suivi en 2012 au moins une formation. Le programme est large, il englobe des formations en droit pénal ou constitutionnel, en management, des entraînements physiques et des mises à niveau sur les questions de sécurité. Les savoirs psychologiques occupent une place importante dans cette offre de formation. Ainsi, dans la brochure du premier semestre 2011, distribuée en plusieurs endroits de la prison de Grünstadt, on trouve parmi la trentaine de formations proposées des cours intitulés : « gestion des détenus présentant des troubles psychiques », dans laquelle le formateur, psychologue, propose d'aider les professionnels « à mieux comprendre les troubles psychiques, les maladies neurologiques, les troubles de la personnalité et les psychoses ». Un autre psychologue propose un cours de « prophylaxie du suicide » ; un collègue propose un cours de « gestion des agressions et de la violence » à destination des travailleurs sociaux et psychologues des établissements. On trouve enfin des séminaires consacrés à un trouble particulier : « qu'est-ce qu'un trouble de personnalité dyssoziale ? » ou encore « qu'est-ce qu'un trouble borderline ? ». Des psychologues sont également chargés d'animer des formations spécifiques autour de la radicalisation politique (nazisme) ou religieuse (islamisme) ou de dispenser des connaissances culturelles sur les « détenus vietnamiens ».

Encadré 16 Formation initiale et hiérarchie professionnelle

L'école pénitentiaire de Grünstadt forme également les personnels de surveillance des prisons du Land. La formation, conçue au niveau régional, est similaire à celle proposée dans les autres Länder allemands, ainsi qu'en Autriche et en Suisse, avec lesquels des partenariats ont été mis en place, comme me l'explique la directrice de l'école, Madame Schiffendecker. Elle repose, comme la formation proposée en France par l'école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) à Agen, sur des enseignements théoriques pendant quelques mois, ponctués de stages pratiques dans les différents établissements pénitentiaires de la région. Les élèves-surveillant-e-s, sélectionnés sur la base d'un concours écrit et oral très sélectif à l'entrée (environ 8% de réussite), suivent des cours de droit et de procédures pénales et pénitentiaires, de criminologie, de psychologie, d'informatique, ainsi que des entraînements sportifs spécifiques aux techniques de défense. Ils semblent à première vue formés comme leurs collègues français pour accomplir des tâches très similaires. Dans la prison de Grünstadt toutefois, qui sollicite très peu de prestataires privés (contrairement à la prison de Tourion, où la formation professionnelle, l'intendance et la restauration sont assurées par une entreprise privée), les surveillant-e-s peuvent être affectés à des postes très variés (postes administratifs et de surveillance, mais

également formateur-trice dans les ateliers de menuiserie, de réparation mécanique, d'entretien des espaces verts, de boulangerie, à la cantine, etc.). La tendance est cependant, comme en France, à la privatisation des établissements pénitentiaires et à l'externalisation de ces métiers.

Deux différences majeures doivent cependant être notées par rapport à la France :

- d'une part, les surveillant-e-s, comme tous les agent-e-s pénitentiaires, peuvent accéder à une importante offre de formation continue pour changer de métier. Il est donc fréquent qu'un agent ayant débuté sa carrière comme surveillant-e devienne au bout de quelques années chef-fe de groupe, voire directeur-trice d'établissement. C'est le cas de Madame Schiffendecker. Il n'existe d'ailleurs pas de concours de directeur-trice : ceux-ci sont recrutés sur la base de leur expérience professionnelle. La moyenne d'âge des personnels de direction est donc nettement plus élevée en Allemagne qu'en France.

- d'autre part, le corps des surveillant-e-s n'est pas, comme en France, un corps spécifique avec des grades similaires aux grades militaires (lieutenant, major, etc.). Ainsi, les surveillant-e-s travaillant dans les coursives ne sont pas sous l'autorité d'une hiérarchie pénitentiaire, mais sous celle du chef-fe de groupe généralement travailleur-se social ou assistant-e social de métier, comme leur nom l'indique (ils sont appelés des animateurs-trices de groupe, *Gruppenbetreuer*). Cette organisation du travail a pour conséquence d'arrimer les surveillant-e-s des coursives à une mission de suivi personnalisé des personnes détenues, et explique peut-être que la tension observée en France entre « garde » et « réinsertion » (Chauvenet, Benguigui, Orlic, 1994) ou plus largement entre méfiance et *care* (voir chapitre précédent) soit moins sensible dans la prison de Grünstadt. Là aussi, l'organisation professionnelle produit une plus forte hybridation entre des missions *a priori* contradictoires de contrôle et de suivi.

Outre cette offre de l'école pénitentiaire, les directrices du *PsychD* et de *l'EWA* assurent des formations complémentaires : la première propose des formations sur des groupes spécifiques d'infractions, les « escrocs » (*Betrüger*), les « auteurs de violences sexuelles » ; la seconde anime deux groupes de formation continue portant sur la rédaction du « plan de détention », à destination des chef-fe-s de groupe. Dans ces cours, qu'elle a décidé de proposer pour leur « donner une chance de réfléchir aux contenus des plans à partir des nouvelles connaissances scientifiques », il s'agit selon elle « d'améliorer leur capacité à établir des diagnostics et des pronostics ». Les séminaires portent essentiellement sur des cas, que les chef-fe-s de groupe « apprennent à évaluer » mais qui lui permettent aussi de donner quelques éléments de théorie : « comment est-ce que je peux repérer qu'un trouble est ancré dans la psyché, ou qu'il s'agit de quelque chose de contextuel... Comment je distingue une addiction d'une consommation passagère de drogue, des choses comme ça ». Madame Gyerek, la directrice de *l'EWA*, forme alors une vingtaine de personnes, dont elle juge les progrès impressionnants :

« Ils viennent parce qu'ils ont l'impression qu'on leur explique enfin de façon un peu plus structurée en quoi consiste leur travail sur les plans de détention. Et ça se ressent dans les plans ensuite. Ceux qui suivent la formation font un « travail sur les faits » (*Straftataufarbeitung*) beaucoup plus poussé. Ils font presque une thérapie en fin de compte. Mais au fond, c'est leur mission. Pas de

faire une vraie psychothérapie²⁹, mais de mettre en marche un processus de réflexion, de discuter avec les détenus de leur comportement, de leurs représentations, de leurs perspectives d'évolution... »

Entretien Madame Gyerek, psychologue, 5 novembre 2010

Sur les onze chef-fe-s de groupe que j'accompagne au cours de mon terrain dans la prison pour hommes, huit suivent ou ont suivi ces différents séminaires. Ainsi, Martina Fritsch, qui lors de ses études universitaires a suivi un cursus secondaire de psychologie – elle a écrit son mémoire de fin de diplôme sur la « thérapie par le travail » – est attentive à l'offre de formation, « parce que le savoir s'oublie trop rapidement ». Elle consulte souvent des manuels de psychiatrie, mais préfère les séminaires, « plus vivants ». Elle vient d'ailleurs de s'inscrire au séminaire sur le trouble *borderline* pour le semestre à venir. Tobias, qui sort tout juste de l'université, n'avait jusqu'à son arrivée à Grünstadt jamais suivi de véritables cours de psychologie. Il m'explique au cours de nos échanges qu'il tente de se former sur le tas : au cours de sa première année à Grünstadt, il s'est inscrit dans les ateliers de Madame Gyerek, particulièrement pour réfléchir à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Il suit également une formation sur les détenus d'extrême droite. Il m'explique qu'il rédige ses « plans de détention » en commençant par se réapproprier celui qu'a rédigé l'EWA pour être sûr de bien en comprendre les termes techniques ». Herbert, qui est arrivé à Grünstadt à 40 ans après plusieurs reconversions professionnelles et une longue expérience d'éducateur auprès d'enfants, s'appuie sur les connaissances qu'il a développées avant de devenir chef de groupe : il s'est toujours intéressé, de façon autodidacte, à la psychologie, a lu des ouvrages de psychanalyse pour son usage personnel. Il manipule avec plus d'aisance que ses collègues les termes et raisonnements psychologiques et suit avec assiduité le séminaire de Madame Gyerek, qui lui donne « de quoi alimenter sa réflexion ». Mais il a néanmoins fréquemment recours à internet pour vérifier certains termes, tout particulièrement quand il sait qu'il va devoir les expliquer aux personnes détenues. Il m'explique par exemple :

« Une « personnalité dyssociale », ça sonne « associal », les détenus relient ça à l'image du mendiant, du SDF (*Obdachlose*). Alors qu'en fait, la dissociation, c'est autre chose, c'est une impossibilité de réfléchir aux conséquences de ses actes, une impulsivité, une incapacité à contrôler ses pulsions. Ça je l'ai compris quand j'ai dû l'expliquer à un détenu, la première fois ».

Journal de terrain, 20 octobre 2010

L'organisation de ces formations témoigne de la valeur qu'accorde l'administration pénitentiaire à la maîtrise des savoirs psychologiques. Les « commissions des peines » illustrent l'importance de ces savoirs dans une stratégie de distinction professionnelle.

²⁹ La psychothérapie désigne l'accompagnement des personnes souffrant de problèmes psychologiques, en complément ou non d'un traitement médicamenteux. En France comme en Allemagne, un psychologue ne peut-être considéré comme psychothérapeute qu'à condition d'avoir une formation agréée en psychopathologie clinique. Les approches psychothérapeutiques sont, schématiquement, de trois ordres : psychanalytiques (ou psycho-dynamiques) ; systémiques ; cognitivo-comportementales.

c) Des savoirs distinctifs

Les commissions des peines, au cours desquelles sont évalués les plans de peine ainsi que les éventuelles demandes de transfert ou d'aménagement de peines, sont un espace de diffusion de savoirs psychologiques. Dans la scène qui ouvre ce chapitre, l'experte psychologue détaille ainsi le fonctionnement des outils d'évaluation qu'elle a utilisés, mais définit également avec minutie le « trouble de la personnalité antisociale » qu'elle a repéré chez Monsieur Celik. Lorsque ces commissions ont lieu en présence d'un expert-e, on remarque d'ailleurs une certaine déférence à son égard, comme si la maîtrise du savoir psychologique le plaçait en haut d'une hiérarchie professionnelle symbolique. En l'absence d'un expert, c'est souvent le sous-directeur-trice qui se place en expert de la personnalité des personnes détenues :

Monsieur Babel est incarcéré pour un délit d'escroquerie aux jeux. Il s'agit d'organiser sa libération conditionnelle et son hébergement dans un centre de traitement de l'addiction aux jeux (*Spielsucht*). Le sous-directeur, Monsieur Schumacher rend compte de la discussion qu'il a eue avec le directeur de cette structure associative, qui a lui-même longtemps souffert d'une addiction aux jeux. Il nous explique que l'addiction aux jeux fonctionne comme l'addiction à la drogue, à l'alcool ou comme les addictions alimentaires (i.e. boulimie), mais que cette addiction requiert un traitement spécifique. Il faut en effet permettre aux personnes touchées de prendre conscience des techniques qu'utilisent les salles de jeux et les casinos pour garder les joueurs le plus longtemps possible.

Journal de terrain, 14 octobre 2010

Savoirs distinctifs, les connaissances en psychologie permettent aux professionnel-le-s de gagner en capital symbolique au sein de l'institution, mais également, éventuellement, d'accéder à un poste plus élevé dans la hiérarchie. En effet, l'accès aux niveaux les plus élevés de la hiérarchie pénitentiaire ne se fait pas sur concours, mais sur la base de l'ancienneté et de l'expérience professionnelle – Monsieur Schumacher est ainsi un ancien chef de groupe, comme de nombreux sous-directeurs-trices de la prison. Mais tous les chefs de groupe ne s'approprient pas avec le même entrain ce nouveau corpus de connaissance. L'importation de la psychologie dans les pratiques de travail est à relier aux trajectoires particulières des différents chef-fe-s de groupe.

2. Appropriations et résistances

Si certains chef-fe-s de groupe s'engagent, avec les personnes détenues, dans un accompagnement qui ressemble fort à un travail psychothérapeutique, d'autres semblent considérer la psyché de leurs clients comme ne relevant pas de leur domaine de compétence. Nous décrirons trois façons de concevoir le métier de chef de groupe. Derrière ces stratégies individuelles d'appropriation et de résistance, l'enjeu réside dans la défense d'une spécificité professionnelle face au pouvoir des psychologues.

a) Des « quasi-thérapeutes »

Plusieurs chef-fe-s de groupe adhèrent au programme institutionnel du « traitement pénitentiaire ». Bien que travailleurs-ses sociaux de formation, ils investissent leur rôle dans l'institution pénitentiaire comme celui d'un « quasi-thérapeute », chargé, à la façon du médecin généraliste, d'aider les personnes détenues à organiser leur parcours de santé.

Martina Frisch résume son travail en un principe, qu'elle me répète à plusieurs reprises au cours du long entretien informel qu'elle m'accorde : « on doit aider la personne à comprendre comment elle fonctionne ». Le travail de chef de groupe consiste selon elle à accompagner le détenu dans un travail sur soi. Bien sûr, il faut gérer les demandes matérielles, quotidiennes ; mais le cœur du travail consiste à « creuser les zones d'ombre » et à aider les personnes détenues à identifier les « raisons de leur comportement transgressif (*straffälliges Verhalten*) ». C'est un travail que Martina effectue bien volontiers : « au fond, m'explique-t-elle, j'aurais bien aimé devenir psychologue ». Elle a ainsi obtenu d'un jeune homme schizophrène la levée du secret médical pour participer à son suivi en lien avec l'équipe psychiatrique. « J'avais l'impression d'être complémentaire, de poursuivre le travail thérapeutique quand il revenait du service psychiatrique ». Elle m'explique d'un ton grave qu'il a perdu pied au moment de la sortie et commente : « les détenus ne retrouvent pas un soutien aussi dense quand ils sortent de prison ». Dans sa cursive, elle considère que tous les détenus ont besoin de travailler sur les faits (*Straftataufarbeit*) : certains ont un comportement « violent », « agressif », d'autres ont un vrai « trouble psychique », un « trouble de la personnalité caractérisé ».

Elle parle de sa relation avec les détenus en employant la notion psychanalytique de « transfert³⁰ ». Ainsi, c'est en raison d'un « contre-transfert négatif » que Martina refuse de réaliser le travail de suivi des auteurs d'agression sexuelle : « ce sont mes limites. Je sais que je n'arrive pas à être en empathie, je pense trop aux victimes », et délègue donc discrètement à ses collègues le suivi de ces personnes. Lorsqu'elle rencontre des « blocages » dans le suivi, ou que la relation devient conflictuelle, elle laisse les détenus rompre le contact – « s'ils n'ont besoin de rien, ils ne sont pas obligés de venir me voir ». Au contraire, lorsqu'elle se sent débordée par le suivi, elle oriente les personnes détenues vers les psychothérapeutes de l'établissement. Il s'agit donc pour elle d'amorcer un travail thérapeutique, qui sera poursuivi par des psychologues.

Comme Martina, Herbert Rainer recommande souvent à « ses clients » (*Kliente*) de recourir aux psychothérapeutes intervenant dans la prison. Les entretiens qu'il réalise avec ses détenus ne se résument cependant pas à une gestion des besoins pratiques quotidiens, mais témoignent d'un souci thérapeutique :

Monsieur Salze s'installe face à Herbert, je suis en retrait du même côté du bureau. Le détenu a une question pratique, concernant un abonnement à une revue généraliste. Une fois cette question résolue, le silence s'installe, comme si Herbert le laissait prendre l'initiative de parler. L'homme commence à évoquer ses enfants, qu'il n'a pas vus depuis son incarcération il y a cinq ans. Herbert le

³⁰ En psychanalyse, le transfert désigne les sentiments inconscients éprouvés par l'analysé envers l'analyste. Le contre-transfert décrit quant à lui les sentiments de l'analyste en réaction à l'analysé.

laisse s'exprimer, se contente de ponctuer son monologue de hochements de tête et de marmonnements indistincts. Il lui demande : « vous avez l'air plus déprimé que d'habitude ? », et m'explique à la fin de l'entretien qu'il l'a laissé vider son sac parce qu'il le trouvait particulièrement mal. Avant de le laisser sortir du bureau, après plus de 30 minutes d'un monologue au ralenti, il lui donne un prochain rendez-vous dans deux semaines et lui demande s'il a des nouvelles du psychothérapeute qu'il a demandé à voir : « il faudra me dire quand vous commencez ? ».

Journal de terrain, 14 octobre 2010

La demande pratique sert, dans cette scène, de prétexte à une discussion sur l'état psychique du détenu : Herbert semble endosser le rôle de psychothérapeute en attendant de passer le relais à un professionnel. C'est un rôle qu'il adopte volontiers : le savoir psychologique a toujours été, au cours de sa carrière, une passion ainsi qu'un facteur d'ascension sociale. Jeune ingénieur dans les télécoms, issu d'un milieu très « prolétaire » (*Prolet*), il anime, pendant ses vacances, des camps pour jeunes, qui l'amènent à fréquenter des jeunes issus « de familles bourgeoises, qui avaient tous beaucoup lu ». Pour compenser, il suit des cours, et notamment un cours intitulé : « Marx et Freud » dans lequel le professeur laisse ses élèves raconter leurs problèmes, qu'il analyse ensuite en prenant en compte les dimensions socio-économiques et psychanalytiques. Herbert est captivé. Il décide de reprendre des études pour devenir travailleur social, et consacre une partie de son temps libre à la lecture d'ouvrages de psychologie.

Constamment plongé dans les dossiers – son bureau en est rempli – il semble en permanence animé par la volonté de mieux cerner les vingt-huit personnes enfermées dans sa cour. Il me raconte les crimes des uns et des autres en détail mais son récit sert plus à appuyer les analyses qu'il me soumet qu'à nourrir une fascination pour les actes criminels qu'il dit n'avoir jamais éprouvé : « je n'ai jamais été déstabilisé par ce que j'entends. Je n'ai aucune fascination pour les meurtriers et pour les héros de films comme le Parrain ou Scarface, non vraiment, aucune admiration ». S'il conçoit sa mission comme un accompagnement rapproché des hommes qu'il a face à lui, il exprime parfois des doutes sur l'utilité de son travail :

Café ce matin avec Herbert, après un long week-end. Je lui demande si ses trois jours de repos lui ont permis de se reposer. Il soupire et me répond que non : il a reçu vendredi après-midi juste avant de partir en week-end le coup de fil de l'ex-belle-mère de Monsieur Ozül (un détenu qui a poignardé sa femme sous les yeux de sa fille), qui a appris avec horreur que l'homme faisait des démarches pour reprendre contact avec ses enfants. Elle est paniquée, me dit Herbert, et elle ne comprend pas qu'il puisse prétendre à ce genre de chose, que le tribunal pour enfants accède à sa demande, elle lui dit que la petite fille montre à nouveau des signes d'angoisse. Herbert est « choqué » par le comportement du détenu. Le secret professionnel l'empêche de dire à cette femme que la procédure n'a que peu de chances d'aboutir, il lui dit simplement qu'il n'est pas prêt de sortir. Il commente : « tu vois, parfois, même si tu fais des efforts, il y en a certains que tu ne supportes pas. Quand je vois qu'il n'a rien appris de son crime (*nichts von seiner Tat gelernt*), je me demande un peu à quoi je sers. »

Journal de terrain, 19 octobre 2010

Les doutes d'Herbert témoignent de son investissement dans le « travail sur les faits », qui constitue selon lui le cœur de son métier – et à propos duquel il est intarissable. Il a d'ailleurs souvent été critiqué par ses supérieurs hiérarchiques pour ses plans de peine trop longs, trop détaillés et systématiquement rendus en retard. L'implication d'Herbert dans le « traitement pénitentiaire » n'est donc pas stratégique – proche de la retraite, il n'a pas d'ambition professionnelle

– mais résulte d’une adhésion plus intime au programme institutionnel. Il semble mû par l’espoir d’aider ces hommes perdus à changer.

Amelia place elle aussi la question des « faits » au cœur de sa mission de cheffe de groupe. Mais contrairement à Herbert, Amelia est à son aise dans l’institution. L’ordre de son bureau contraste avec le désordre de celui d’Herbert : les dossiers sont classés dans une armoire ; elle a pris soin de mettre des plantes vertes et des voilages aux fenêtres, une odeur de fruits exotiques flotte dans la pièce décorée de cartes postales. Fille d’un surveillant pénitentiaire d’une prison voisine, elle a très vite choisi de travailler en milieu carcéral, en dépit des vives réserves de son père. Elle vient d’un quartier populaire de Grünstadt, et considère son parcours comme une belle ascension sociale. Elle est « coordinatrice des chef-fe-s de groupe » de son bâtiment, une étape cruciale vers le poste de sous-directrice. Elle m’explique qu’au moment de choisir son affectation, elle a préféré le bâtiment de « détention à visée de traitement », plus calme, qu’on lui déconseillait pourtant à cause de l’investissement émotionnel qu’exigeait le « traitement pénitentiaire ». Mais elle aime ce travail, qu’elle me décrit comme un accompagnement rapproché des détenus. Pour elle, il s’agit de trouver le juste milieu : « on ne doit pas être seulement la « bonne tante » (*die gute Tante*), on doit aussi être capables de recadrer les détenus (*zurechtweisen*) ». Elle me donne l’exemple des auteurs d’agression sexuelle, face auxquels il faut accepter d’explorer leur dimension de victime (*Opferseite*) tout en ne perdant pas de vue le fait qu’ils sont aussi des coupables (*Täterseite*). Cet entre-deux est délicat et suppose un travail d’explicitation de son rôle, mais elle m’explique que pour sa part, elle a les « idées claires » sur sa mission, toute entière organisée autour des « plans de détention » biannuels. Elle me montre celui d’un homme incarcéré pour viol et meurtre, qui approche de la fin de sa peine « à vie », et qui devrait bientôt rejoindre la rétention de sûreté. Je remarque dans le dossier que les copies des différentes expertises ont été soigneusement surlignées par Amelia : « oui, pour moi, c’est la base, je travaille à partir des expertises, pour voir ce qui a changé ». Si le travail sur les faits est crucial, Amelia y est moins directement impliquée que Martina ou Herbert : elle entend plutôt superviser ce travail qui sera réalisé auprès des psychologues de l’établissement et s’appuie pour sa part sur les écrits rendus par ces psychologues pour évaluer ce travail.

Martina, Hebert et Amelia placent donc le savoir psychiatrique au centre de leur travail de chef de groupe. Mais leurs stratégies d’appropriation sont différentes. Si les connaissances psychologiques d’Herbert sont mises au service d’une mission qui excède presque le programme institutionnel de la prison, celles de Martina lui permettent de revaloriser sa mission et d’être une quasi-psychologue. Dans le cas d’Amelia, il semble que le recours aux savoirs psychologiques participe d’un souci de se conformer au projet du « traitement pénitentiaire » et *in fine* de sa loyauté envers le programme institutionnel. D’autres chef-fe-s de groupe entretiennent au contraire par rapport à ces savoirs une certaine distance.

b) Tenir le savoir psychologique à distance

Les motivations des chef·fe·s de groupe qui gardent leur distance vis-à-vis du « traitement pénitentiaire » tel qu'il est promu par l'institution sont également diverses : elles résultent pour Jan Kanzik d'une appréciation morale alternative, le « bon traitement » ne serait pas l'accompagnement psychologique, mais un encadrement strictement disciplinaire. Pour Beate Fenchel et Anton Sibler, la distance témoigne d'une certaine défection vis-à-vis de l'institution carcérale.

Jan Kanzik aime se comparer à la « contrebasse » de l'orchestre : formé à l'école pénitentiaire pour le poste de chef de groupe, après avoir suivi des études de travail social puis de droit, il travaille à la prison de Grünstadt depuis 25 ans, « un déclassement social » pour sa famille, issue de la haute bourgeoisie polonaise. Mais lui « aime » son travail : comme les policier·e·s, les surveillant·e·s et les chef·fe·s de groupe sont selon lui nécessaires pour faire régner l'ordre en société. Il a de son travail une vision très rétributive : « moi j'ai accepté de m'occuper des mal dégrossis (*Groben*) », c'est-à-dire d'accueillir les plus « violents » ou les plus « indisciplinés ». Mais c'est parce qu'il « sait s'y prendre », « hausser le ton », « faire régner la discipline ». Dans sa coursive prévalent ce qu'il appelle les « 5 paragraphes », qui reposent sur la politesse et le respect des règles. Si un détenu respecte ces obligations, il peut « être transféré » dans une coursive plus accueillante. Les autres restent jusqu'à ce qu'ils changent de comportement. Il assume son rôle : « les autres ont peur (*Shiess*) des représailles juridiques. Mais moi je prends mes précautions, et je suis intraitable (*hart wie Stahl*) ». Il utilise ses connaissances juridiques pour déjouer de façon « rusée » les demandes qu'il estime déplacées³¹. Convaincu d'œuvrer pour le bien de détenus qu'il faut « éduquer », il regrette les évolutions de la détention : « la discipline n'est plus assez au centre, on n'apprend plus assez aux détenus à se tenir droit ». Il regrette aussi l'hypocrisie de la société allemande face aux « problèmes culturels » : « chez moi (*i.e. dans ma coursive*), la plupart des détenus sont étrangers, mais les Allemands sont tellement préoccupés par le racisme, le nazisme, qu'ils ne veulent pas voir qu'il y a parfois des problèmes d'intégration ». Pour Jan Kanzik, la question du « travail sur les faits » est donc marginale : elle ne peut débuter que lorsque le détenu se conforme aux règles de la prison – et quitte alors sa coursive pour accéder aux espaces de traitement pénitentiaire.

Comme Jan Kanzik, Beate Fenchel a été formée à l'école pénitentiaire au début des années 1980. L'arrivée en prison permet à la jeune femme issue d'un quartier populaire de Grünstadt d'accéder à un « emploi stable ». Décrite par Herbert Rainer comme une vraie « administratrice » (*Verwalterin*), elle a selon lui la tâche plus facile : « elle fait très peu de travail sur les faits, parce qu'elle estime que ça n'est pas vraiment son boulot. C'est l'ancienne génération. Mais c'est peut-être mieux pour elle, elle a une manière plus simple de voir les choses : nous sommes les bons (*die Guten*), eux les méchants (*die Bösen*) ». Gardant une certaine distance vis-à-vis des personnes détenues, elle affiche un certain détachement :

³¹ À un « détenu particulièrement désagréable » qui lui demandait de l'aide pour trouver un foyer d'accueil, il fait remplir un formulaire de demande d'amnistie de Noël, convaincu que la demande n'aboutirait pas. « Pour cette demande, il était obligé d'indiquer une adresse. Et voilà, quand j'ai eu l'adresse, ça m'a permis de prouver qu'il n'avait pas besoin de foyer ! ».

Un détenu vient la voir pour lui demander des nouvelles concernant sa demande d'hospitalisation en psychiatrie. Prétextant ma présence, elle lui demande de repasser plus tard. Comme il insiste sur l'urgence de sa situation, elle jette un coup œil rapide à la lettre qu'il dit avoir passé la journée à rédiger (et dans laquelle il explique que ses crises épileptiques, plus fréquentes depuis qu'il est entré en prison, rendent l'incarcération insupportable). Elle lui suggère d'ajouter qu'il est « souvent très agressif », puis le renvoie en lui demandant d'attendre que le médecin revienne vers lui, alors que le détenu insiste pour qu'elle s'enquière de son cas auprès du service psychiatrique. Se tournant vers moi, elle commente : « on se fait toujours beaucoup trop de souci pour eux, mais ils ne le méritent pas ».

Journal de terrain, 18 octobre 2010

Pendant la journée que je passe auprès de Beate Fenchel, elle fait souvent dévier l'entretien informel vers une conversation sur le tourisme en France. Proche de la retraite, elle m'explique qu'elle a plusieurs fois essayé de quitter l'univers pénitentiaire pour travailler ailleurs, mais juge que son expérience en prison est une mauvaise carte de visite. Beate me dit avoir perdu progressivement la « naïveté » de ses débuts. Elle qui croyait que « travailler en prison c'était aider des pauvres gens (*arme Leute*) », elle a vite compris que les détenus n'étaient pas des enfants de chœur (*Unschuldengel*). Lassée de son travail, elle trouve que la charge du « plan de détention » s'est « bureaucratisée ». Exprimant très peu d'empathie à l'égard des personnes détenues, Beate Fenchel ne semble pas non plus avoir une grande appétence pour les savoirs psychologiques : elle n'a pas suivi les formations proposées par l'école pénitentiaire. Elle semble cependant au fait des savoirs psychologiques qui circulent dans la détention : en « commission des peines », je la vois discuter pendant une demi-heure avec le chef de détention des « résistances au soin » du jeune détenu dont elle a présenté le dossier, et qui selon elle « commence à reconnaître les faits en entretien ». Son implication, à géométrie variable, dépend de l'empathie qu'elle ressent pour les personnes dont elle assure le suivi et témoigne d'un certain désinvestissement professionnel.

Chez Anton Sibler, le détachement ne se traduit pas par une distance à l'égard des personnes détenues – il organise par exemple toutes les semaines un goûter (*Kaffee-Kuchen*) avec certaines personnes détenues dans sa coursive – mais par un rejet affiché des logiques institutionnelles. Pour lui, ancien « éducateur de rue » issu d'un quartier très populaire de la ville, il n'y a rien à attendre de la prison, dans laquelle il ne veut pas « faire carrière ». Son poste de fonctionnaire lui permet de prendre un congé sabbatique de plusieurs mois tous les deux ans, et de voyager autour du monde. Lorsqu'il travaille, il fait « ce que les détenus demandent et pas plus » et me montre avec fierté que son bureau est vide : « tu vois, aucune demande écrite (*Vormelder*), je m'arrange pour toutes les traiter le plus rapidement possible ». Contrairement à Herbert Rainer qui, selon lui, « y croit sincèrement », lui considère que le « travail sur les faits » est un gadget. Pour lui, l'influence des chef-fe-s de groupe n'est pas vraiment significative : il faut d'abord que les détenus le veuillent, car « il faut être réaliste : au final, c'est leur vie, pas la nôtre ». Sceptique vis-à-vis de ce qu'il appelle le « jargon psychologique », il m'explique qu'il s'agit selon lui d'une preuve de plus de la distance sociale entre les détenus et ceux qui les prennent en charge, distance qu'il me dessine sous la forme de deux cercles sécants : « le cercle des détenus, le cercle des pénitentiaires, des psychologues, de nous quoi. Et l'intersection (*Schnittmenge*), c'est la zone où on se comprend. Pour le reste, on ne se

comprend pas. Ce sont deux mondes trop éloignés ». Le positionnement divergent d'Anton Sibler et d'Herbert Rainer transparait dans leurs échanges quotidiens :

Nous buvons un café dans le bureau d'Herbert Rainer. La discussion porte sur un petit incident qui s'est produit dans la matinée lorsqu'un détenu a jeté sa radio dans la cour pour protester contre les surveillants, qui lui avaient demandé de ranger sa cellule. Herbert pense que le détenu a du mal à contrôler ses impulsions : « il a clairement un trouble de la personnalité dissociative, c'est quelqu'un qui attaque avant d'être attaqué ». Anton n'est pas d'accord : pour lui, le détenu a surtout eu un geste de colère face à des surveillants qui lui « cherchaient des noises » (*Streit suchen*). Échangeant leurs arguments sur le déroulement de l'incident et sur le délit (trafic de stupéfiants), les chefs de groupe ne parviennent pas à se mettre d'accord, chacun campant sur sa position. Pour Herbert, il faut demander au détenu de changer de comportement. Pour Anton, il faut surtout « se mettre à sa place ».

Journal de terrain, 5 octobre 2010

Dans cette discussion, Anton rejette la logique institutionnelle qu'incarne le discours d'Herbert. Il objecte que le travail sur lui-même auquel Herbert veut soumettre le détenu fait fi du rapport de pouvoir déséquilibré au sein de l'institution. Le geste violent du détenu devient à ses yeux une réponse compréhensible à la violence de l'institution³².

Pour Jan Kenzik, Beate Fenchel et Anton Sibler, les savoirs psychologiques ne sont pas centraux. Les trois affichent un certain décalage vis-à-vis du programme institutionnel. Mais les raisons avancées diffèrent. Pour Jan Kenzik, il s'agit d'opposer au laxisme ambiant un traitement disciplinaire, peu soucieux des considérations psychologiques qui constituent à ses yeux des privilèges. C'est sur les comportements, et non sur la psyché, que Jan estime devoir agir. Pour Beate Fenchel, la diffusion de termes psychologiques participe de la transformation d'un métier dans lequel elle n'a plus envie de s'investir. Quant à Anton Sibler, son détachement traduit une certaine réserve vis-à-vis d'un « jargon » qui sert selon lui plus à légitimer le pouvoir de l'institution qu'à aider les personnes détenues. Mais une troisième posture, éventuellement combinée aux deux premières, se dessine : la contestation, plus ou moins discrète, du pouvoir des psychologues.

c) La discrète contestation du pouvoir des psychologues

Si les chef-fe-s de groupe que je rencontre ne remettent jamais en cause le principe et la nécessité des expertises psychologiques, ils reconnaissent de façon unanime le pouvoir qu'elles exercent sur les décisions de transfert ou d'aménagement de peine. Il est rare, selon eux, que les décisions des directeur-trices de l'établissement contredisent l'avis des psychologues. En effet, les expertises légitiment les décisions mais leur permettent également de ne pas porter seul le poids de celles-ci. Or personne ne veut « raccourcir d'une tête » (*um ein Kopf kürzer werden*), m'explique Herbert Rainer, c'est-à-dire « risquer de se faire virer pour une sortie qui se passerait mal ». Lorsque l'avis de l'équipe diverge de celui de l'expert, il arrive, selon Martina Frisch, que la conférence permette de trouver un compromis qui mette les participants – expert inclus – d'accord. Mais la

³² Le discours d'Anton est très proche de celui que tiennent certaines personnes détenues en résistance à la logique de subjectivation que porte l'institution, comme le montrera le chapitre 6.

plupart du temps, l'avis de l'expert lie les directeurs-trices qui ne « peuvent pas se pencher trop à la fenêtre » (*aus dem Fenster lehnen*), selon une autre métaphore d'Amelia Becker, qui suggère qu'à trop s'éloigner de l'expertise, le directeur pourrait bien tomber en disgrâce. Chacun se souvient des quelques aménagements de peine qui ont mal tourné, et des conséquences pour les éventuels responsables : une ancienne directrice de la *SothA* faisait ainsi régulièrement des « erreurs d'appréciation » (*Fehleinschätzung*), dont une s'est terminée par une prise d'otage et lui a coûté son poste.

Pendant le petit-déjeuner hebdomadaire des chef-fe-s de groupe, il est question de la commission de peine de Monsieur Celik³³. Au milieu des effluves de café, Tobias Ganter, son chef de groupe, se demande comment se passera la commission : mis à part l'experte, tout le monde trouve que le détenu se comporte bien et que la permission qu'il demande est justifiée autant que méritée. Les collègues estiment la demande compromise. Beate Fenchel intervient : « moi, je suis *persuadée* – elle insiste – que le directeur refusera la permission ! On va rarement à l'encontre d'une expertise ! ». Elle se tourne ensuite vers moi pour m'expliquer que les experts sont généralement des « poules mouillées » (*Angsthasen*), et particulièrement celle-ci, qui travaille en milieu ouvert et ne connaît pas « notre clientèle ». Herbert nuance : « il faut regarder de plus près l'expertise. Au final, on ne sait jamais comment le type se comportera quand il sera sorti ! ». Beate rétorque : « mais c'est toujours une histoire de sympathie ou d'antipathie, malgré tous leurs outils, c'est comme pour nous. On aura beau multiplier les directives (*Richtlinien*), ça restera toujours subjectif ».

Journal de terrain, 7 octobre 2010

Comme le montre cet extrait d'observation, les expertises ne sont pas seulement critiquées pour leur pouvoir d'influence. Sont également questionnées – par ceux qui se tiennent le plus à distance des outils psychologiques – les compétences d'experts jugés non seulement trop « subjectifs » dans leur analyse, mais également trop éloignés socialement des personnes détenues pour comprendre leurs comportements.

Après la commission de peine de Monsieur Celik, au cours de laquelle l'avis négatif de l'experte a fait pencher la balance vers un refus, les débats reprennent au sein de l'équipe. Lors d'un thé entre collègues, Anton Sibling, qui est allé lire l'expertise, s'agace : « vous avez vu, l'experte trouve que si Celik a mis 4 coups de ciseaux (plutôt qu'un seul), c'est bien la preuve qu'il aime la violence. Mais elle n'a jamais dû se retrouver dans une bagarre elle, pour pouvoir sortir un truc pareil ». Puis il demande aux trois collègues présents dans son bureau : « et vous, ça vous est déjà arrivé de vous battre, vraiment ? ». Herbert s'est déjà battu, il y a longtemps. Tobias et Dominik, les deux jeunes chefs de groupe du bâtiment, ne se sont jamais battus. Anton Sibling reprend : « bah voilà. Bah moi je sais qu'on ne peut pas toujours tourner les talons et échapper à une bagarre et qu'on doit parfois se défendre ».

Journal de terrain, 27 octobre 2010

Pour Anton, les experts ne font pas l'effort de comprendre les personnes détenues, dont ils essentialisent la violence, sur la base de stéréotypes concernant les milieux masculins populaires, tout particulièrement issus de l'immigration. Cette lecture en termes de classes sociales permet à certains chefs de groupe, et tout particulièrement à ceux qui, comme Anton, sont issus de milieux populaires, de revendiquer un savoir-faire propre, basé sur une plus grande proximité des personnes détenues. Steffi Bayer, cheffe de groupe qui a travaillé auprès de jeunes hommes dans des foyers de Grünstadt revendique ainsi « une meilleure compréhension des détenus » et aimerait que les « compétences spécifiques » (*Fachkompetenzen*) des chef-fe-s de groupe soient mieux reconnues :

³³ Voir prologue

elle me donne l'exemple d'une demande de libération anticipée, longuement préparée en amont avec un détenu, et anéantie en quelques pages par le service psychologique. Quelques mois plus tard, la demande avait été renouvelée et acceptée, sur la base d'une expertise extérieure positive. Cet exemple montre bien, selon elle, qu'un désaccord entre l'expert et le chef de groupe devrait « systématiquement donner lieu à une discussion ». Comme Steffi Bayer, Anna Kasper s'est déjà battue pour faire sortir des détenus « descendus en flèche » (*heruntergerissen*) par le service psychologique. Elle se souvient de l'un d'entre eux, finalement libéré à la fin de sa peine malgré les efforts investis pour aménager sa peine, pour lequel le *PsychD* était, selon elle, « à côté de la plaque » (*völlig daneben*). Le détenu lui avait en effet confié, sous le sceau du secret, des informations sur son histoire familiale qui témoignaient, selon elle, de la réussite de son travail sur les faits³⁴. Jugeant qu'on prête trop de professionnalisme aux psychologues, elle s'exclame : « ils sont glorifiés (*glorifiziert*), tandis que notre travail à nous est totalement dévalué (*abwertend geschätzt*) ».

À l'automne 2010, alors que je réalise mon terrain dans la prison pour hommes de Grünstadt, le ministère de la justice du *Land* est plongé dans la réforme du fédéralisme et rédige une première version de la loi pénitentiaire régionale, amenée à remplacer la loi fédérale de 1977. Dans ce cadre, un groupe de réflexion s'est constitué pour « restructurer le service social » (*Umstrukturierung des Sozialdienstes*). Plusieurs chef·fe·s de groupe participent à ces réunions, qui visent, selon Anna Kasper, à mettre en évidence les spécificités du travail. Plusieurs collègues de son bâtiment ont ainsi formalisé une méthode d'accompagnement moins centrée sur les dimensions psychologiques du plan de détention. Georg Fetcher, un autre chef de groupe très impliqué dans cette revalorisation du métier de travailleur social, m'en explique le contenu : son premier entretien avec les arrivants se concentre sur le parcours des personnes (carrière, compétences sociales), il aborde ensuite la question des faits, et va vérifier par la suite dans le dossier si le discours du détenu est bien en accord avec la réalité judiciaire. Le second entretien lui permet de dresser un projet en trois dimensions : le professionnel, la personne, le parcours pénitentiaire. L'objectif alors est de trouver une activité (professionnelle, scolaire, sportive, etc.), de relever les éventuels besoins thérapeutiques et de lancer les démarches nécessaires pour préparer la sortie. Il résume son travail en une formule qui traduit bien la place qu'il accorde aux activités sociales : « il s'agit pour moi de gérer 30 *curriculum vitae* ». La dimension psychologique reste importante, mais occupe, dans ce projet, une place moins centrale.

Le programme institutionnel de la « détention à visée de traitement » (*Behandlungsvollzug*) participe d'une psychologisation de la prise en charge des personnes détenues, à laquelle contribuent des professionnels formés au « travail social ». Cette extension du registre psychologique est pour certains un moyen d'obtenir une reconnaissance institutionnelle ou de requalifier les tâches à effectuer. Elle est pour d'autres une évolution néfaste du métier de travailleurs sociaux qui place les chef·fe·s de groupe dans une position subordonnée vis-à-vis des psychologues exerçant dans l'établissement. Si cette psychologisation est liée à la situation de travail de ces chef·fe·s de groupe,

³⁴ Condamné pour violences conjugales, l'homme avait confié à sa *chef·fe de groupe*, après de longs échanges, qu'il avait vu, à l'âge de 12 ans en Turquie, son père abattre sa sœur aînée qui était selon lui « trop occidentalisée ».

qui n'ont pas d'autre choix que de se former à ces savoirs, elle prend cependant une coloration différente en fonction du parcours et du positionnement de chacun face aux missions qui lui sont confiées. Dans la prison pour femmes de Grünstadt, cette psychologisation semble tout particulièrement contribuer au brouillage des rôles professionnels.

3. Une prison d'un genre particulier

Pour tous les professionnel·le·s de la prison pour femmes de Grünstadt, l'ambiance de la prison se distingue de celle des prisons pour hommes, décrites comme « inhumaines » ou encore comme des « usines ». Par contraste, la prison pour femmes est qualifiée de « familiale » (*familiär*). Cette métaphore traduit l'engagement des professionnel·le·s de la prison pour femmes au-delà des tâches qui leur sont prescrites et a pour effet de brouiller les frontières des groupes professionnels, investis dans une forme de traitement psycho-éducatif auquel participent les psychologues de l'établissement.

a) Une prison « familiale »

Le caractère « familial » de la prison pour femmes tient tout d'abord à sa taille : hébergeant seulement 250 femmes, elle permet à celles-ci ainsi qu'aux professionnel·le·s d'entretenir une certaine interconnaissance et autorise une prise en charge plus étroite des femmes détenues. Mais cette densité de l'encadrement s'explique par ailleurs, pour mes interlocuteurs, par les besoins spécifiques des femmes :

Sylvia Graefe, cheffe de groupe, a travaillé dans la prison pour hommes de Grünstadt pendant plusieurs années avant de rejoindre cet établissement. Elle m'explique que la prise en charge y est beaucoup moins dense : là bas, elle jonglait avec plus de soixante dossiers, elle n'en a plus que la moitié. « Le ministère régional de la justice se moque de nous quand on se plaint du manque de personnel, je comprends ! Mais nous, on prend en charge beaucoup plus de facettes des femmes ! ». Je lui demande pourquoi la prise en charge est différente chez les femmes : « Je ne sais pas... Je crois qu'elles ont d'autres besoins ? En tout cas, ça s'est cristallisé comme ça au cours du temps... Je ne sais pas ! ».

Journal de terrain, 25 novembre 2010

Pour Sylvia, l'encadrement étroit des femmes résulte d'une construction socio-historique³⁵. Les références au caractère « familial » de la prison sont récurrentes dans le discours des agent·e·s, qui filent cette métaphore familiale, assimilant les femmes détenues à des « enfants » dont l'institution prendrait soin :

³⁵ Que les travaux sociologiques autour des prisons pour femmes illustrent parfaitement : voir Rostaing, 1997 qui montre que les établissements pénitentiaires pour femmes ont longtemps été gérés par des Religieuses, ou encore Cardi, 2008, qui décrit l'étroit contrôle social des déviances féminines.

Je demande à Insa (travailleuse sociale) comment se décide la répartition des femmes que suivent sa collègue et elle-même. Elle m'explique qu'elles tentent d'équilibrer le nombre de personnes suivies mais ajoute qu'elles prennent en compte leurs spécificités : « Sabine est plutôt le genre « maman », tu vois ? Moi je suis différente, pas tout à fait comme une sœur, mais hum... ». Elle m'explique qu'elle « s'y retrouve mieux avec des détenues plus autonomes émotionnellement », qui ont moins besoin d'être rassurées, donc éventuellement aussi avec des femmes un peu plus « difficiles ».

Journal de terrain, 25 novembre 2010

Insa compare la prise en charge des femmes détenues à un encadrement familial. Pour Bernd, les femmes détenues constituent une seconde « famille » :

Après une après-midi passée dans les ateliers de la prison, à discuter avec les femmes qui démontent ou réparent de vieux appareils électroniques, je sors de la prison avec le surveillant des ateliers, Bernd. Il me pose quelques questions sur la France, il est étonné d'apprendre que les hommes ne peuvent travailler comme surveillants dans les prisons pour femmes³⁶ : « c'est important qu'il y ait des figures paternelles comme repère pour les femmes ». Je lui demande s'il a le temps de discuter avec elles : « oui, évidemment ! Au moins 8 heures par jour. Je passe plus de temps avec elles qu'avec ma femme ! Elles me racontent leurs problèmes, tout ce qui se passe dans les coursives, c'est une petite famille l'atelier ! Nous discutons des femmes que j'ai rencontrées pendant l'après-midi. Il commente : « Certains parcours me semblent tellement sans espoir. C'est comme si elles avaient été déterminées dès leur naissance. Il y a des femmes qui récidivent parce qu'elles ne peuvent pas avoir une autre vie. Ça, je trouve que c'est le plus dur dans mon travail ». Je perçois dans sa voix l'émotion d'un père qui regarderait avec fatalisme ses enfants s'écarter du droit chemin.

Journal de terrain, 9 décembre 2010

Cet encadrement familial constitue la « culture » de cette institution : on attend d'ailleurs des personnes qui candidatent à la prison pour femmes qu'elles présentent une certaine disposition (et appétence) pour le « contact humain », comme me l'explique le directeur de la prison. Lui aussi étonné d'apprendre que les hommes ne peuvent exercer comme surveillants dans les prisons pour femmes françaises, il commente :

« Le problème pour moi ce n'est pas les hommes ! Ce sont les personnes, femmes ou hommes, qui profitent de leur position de pouvoir, et qui croient que, parce qu'ils ont les clés, ils sont supérieurs moralement par rapport aux femmes incarcérées. Et ça, on le retrouve à tous les niveaux, aussi chez les travailleurs sociaux, et c'est vraiment problématique ».

Journal de terrain, 30 novembre 2010

Monsieur Strauss témoigne ici de son souci de ne pas diviser l'espace moral de la prison entre détenues et agent-e-s : tous appartiennent au même monde, à la même famille. Le travail dans la prison pour femmes est présenté comme un travail qui inclut une dimension d'implication personnelle auprès des femmes détenues. Tout le monde semble chercher à témoigner de son souci de bien traiter ces femmes détenues :

Nous buvons un café matinal dans le bureau des animateurs-trices de groupe dont la porte est légèrement entrebâillée. La discussion porte sur les études des enfants des surveillant-e-s. Myriam, la psychologue, passe rapidement la tête dans le bureau pour saluer l'équipe. Babette, la surveillante avec laquelle je discute la hèle alors qu'elle est déjà repartie. Elle l'interroge à propos d'une jeune femme russe schizophrène, qui va bientôt être libérée et qui a passé les dernières semaines à gribouiller des

³⁶ À l'exception des postes de surveillants gradés, qui peuvent être occupés par des hommes, les quartiers et prisons pour femmes sont des univers largement homosexué : les surveillants d'étages sont exclusivement des femmes. (Rostaing, 1997).

formes étranges sur les murs de sa cellule : « Myriam, est-ce que tu as pu te renseigner pour Madame Prokopieva, pour qu'elle n'ait pas à payer le coût des dégâts ? Elle n'y est pour rien la pauvre ! ».

Journal de terrain, 19 novembre 2010

Ce souci se manifeste par des discussions sans fin sur le sort et les trajectoires de ces femmes :

Kirstin Segelke est travailleuse sociale de formation et travaille dans la prison depuis la fin des années 1980. Elle a quitté l'établissement pendant quelques années pour élever ses enfants, et travailler, bénévolement, dans une association d'écoute autour du SIDA. Originaire d'un milieu plutôt populaire, elle cultive l'argot local et qualifie souvent les femmes de sa coursive de « pauvre diables » (*arme Sau*). Elle est intarissable sur les situations et les parcours des femmes détenues, qui ont selon elle souvent des parcours difficiles, marqués par des violences familiales ou conjugales ou des situations de précarité inextricables. Il arrive, lorsque nous sortons ensemble de l'établissement, qu'elle poursuive une discussion interrompue pendant la journée sur l'origine des troubles de Yasemin ou sur le parcours de telle autre détenue. Elle termine alors au moment de me quitter par cette sentence : « on pourrait y passer toute la nuit ».

Journal de terrain, novembre 2010

Les agent-e-s de la prison valorisent les relations « banalisées », dans lesquelles le cadre carcéral est suspendu au profit d'une relation plus directe entre agent-e-s et femmes détenues :

Insa (cheffe de groupe) complète l'évaluation annuelle des surveillant-e-s qui travaillent comme animateurs-trices de groupe dans la coursive dont elle a la gestion. Elle est très satisfaite du travail de la plupart, mais regrette qu'ils ne s'impliquent pas plus auprès des « filles » : elle aimerait qu'ils continuent à faire avec elles ce qu'ils font à l'extérieur, jouer au ping-pong, peindre, tricoter, etc. Elle nuance : « c'est vrai aussi qu'il y a des femmes qui n'ont pas trop envie de passer du temps avec eux, mais il faudrait au moins leur proposer ».

Journal de terrain, 3 décembre 2010

En leur demandant d'importer dans leur univers professionnel les activités qu'ils pratiquent dans leur univers privé, Insa demande aux surveillant-e-s de se conformer à la culture familiale qui règne dans la prison pour femmes. Cette situation d'évaluation rappelle l'existence d'une hiérarchie claire entre groupes professionnels³⁷. Mais l'accompagnement des femmes détenues semble autoriser l'effacement partiel des frontières entre groupes professionnels. Cet effacement passe notamment par la tenue vestimentaire des différents agent-e-s de la prison :

Agée d'environ cinquante ans, Babette est habillée d'un gros pull de laine tricoté main et d'un jean et porte des lunettes dont les branches sont reliées par une fine cordelette. Lorsque j'arrive dans la coursive ce matin, je crois un instant – en raison de son apparence – que Babette est la cheffe de groupe avec laquelle j'ai rendez-vous, avant de comprendre qu'elle est surveillante. Babette travaille depuis plus de dix ans dans la prison pour femmes de Grünstadt. Elle m'explique qu'elle adore son métier et le contact avec les femmes détenues de sa coursive, qui n'est pourtant pas l'une des plus faciles (elle travaille avec des femmes consommatrices actives de drogues). Avant de passer les examens de surveillante, elle a occupé un poste à l'accueil d'un théâtre, et elle a gardé de cette époque un goût pour la comédie. Elle a d'ailleurs coanimé les répétitions de la petite pièce que les femmes ont présentée pendant l'été.

Journal de terrain, 19 novembre 2010

Comme Babette, les surveillant-e-s de la prison pour femmes qui travaillent dans les coursives n'ont pas l'obligation de porter un uniforme et travaillent donc en civil, contrairement aux collègues

³⁷ Que rappelle la division des tâches. D'ailleurs, les activités assignées aux surveillant-e-s (distribution des repas, surveillance de nuit, gestion des cantines, etc.) les maintiennent au bas de la hiérarchie symbolique des tâches,

qui sont en charge des déplacements et de la surveillance de la porte de la prison. Cette difficulté à distinguer par l'habit les différents professionnels illustre la porosité entre les groupes. Mais cette porosité a par ailleurs des effets sur les carrières des agent-e-s de la prison. Quelques surveillant-e-s poursuivent en parallèle des formations continues pour devenir travailleurs sociaux, voire même psychologues : ainsi Katya, l'une des psychologues, a d'abord été recrutée comme surveillante alors qu'elle avait interrompu ses études de psychologie pour s'occuper d'un enfant en bas âge. D'ailleurs, les personnels pénitentiaires recrutés dans la prison pour femmes disposent souvent déjà de diplômes de l'enseignement supérieur³⁸.

Les agent-e-s de la prison pour femmes de Grünstadt se perçoivent donc comme les membres d'une grande famille impliqués dans la prise en charge psycho-éducative de leurs filles. Cette « culture institutionnelle » semble brouiller les frontières professionnelles. Elle témoigne par ailleurs d'un certain malaise à l'égard de l'enfermement carcéral que ces professionnel-le-s mettent en œuvre. D'ailleurs, il est régulièrement rappelé que nombre de femmes détenues « n'ont rien à faire en prison », un discours qui vise tant à pointer la présence de personnes présentant des troubles psychiatriques graves qu'à rappeler que la prison n'est pas une institution pour les femmes.

b) Une institution mal ajustée

Alors que le discours d'une augmentation des troubles mentaux ne trouvait pas d'écho dans la prison pour hommes de Grünstadt, il semble au contraire relever de l'évidence pour les agents de la prison pour femmes de la ville. Difficile de dire si la prévalence des troubles mentaux est effectivement plus importante chez les femmes ou si l'évidence tient au regard portée sur celles-ci, souvent perçues comme fragiles et vulnérables :

Le premier jour de mon terrain dans la prison pour femmes de Grünstadt, je suis reçue par Kirstin Segelke, travailleuse sociale, qui m'aidera à organiser mon terrain dans l'établissement. Elle passe près de deux heures à me décrire les situations qu'elle juge emblématiques du problème des troubles mentaux, qui constituent, avec les grossesses, un enjeu prioritaire pour la prison. Me décrivant des femmes détenues que je n'ai pas encore rencontrées, elle égrène les anecdotes dans un long monologue : il est question de femmes schizo-phrènes, paranoïaques, de femmes anxieuses, dépressives, inconsolables, qui s'entaillent les avant-bras à répétition. Jugeant que la prison reçoit beaucoup de femmes mal en point, elle estime que bon nombre d'entre elles « n'ont rien à faire ici », une expression qui ponctuera régulièrement les discussions au cours de ce terrain.

Journal de terrain, 6 octobre 2010

Comme Kirstin, la plupart des agents de l'institution se disent dépassés par ces situations fréquentes qui questionnent selon eux la légitimité de l'incarcération de ces femmes. Kirstin Segelke tient à jour, sur son ordinateur, un dossier intitulé « troubles mentaux » (*psychisch auffällig*), dans lequel elle stocke les avis qu'elle a pu rédiger à propos des troubles des femmes qu'elle accueille dans sa course.

³⁸ L'information m'est donnée par le directeur de l'établissement qui prend un soin particulier à recruter des professionnel-le-s qui seront capables de mettre en œuvre des projets artistiques ou thérapeutiques et qui s'inquiète de voir ses surveillant-e-s s'ennuyer face aux tâches qui leurs sont officiellement prescrites.

Or la prison est jugée très mal connectée au réseau de prise en charge psychiatrique : les femmes détenues de Grünstadt n'ont en effet pas accès à l'unité non-mixte de psychiatrie de l'hôpital pénitentiaire de la ville. Un contrat a été signé entre la prison et l'hôpital d'internement psycho-légal de Grünstadt. L'hôpital est cependant, selon le directeur de la prison, réticent à accueillir les femmes détenues faute de place et parce que les services mixtes de l'hôpital d'internement sont jugés inadaptés à ces femmes détenues dont les troubles psychiatriques sont légers. La prise en charge psychiatrique se résume dès lors à la présence, deux matinées par mois, du professeur Köttler, qui met en place ou révisé les traitements psychotropes des femmes détenues. Ces visites ponctuelles sont regardées avec suspicion par les agents de l'institution mais également par les femmes détenues, qui suspectent le psychiatre de surdoser les traitements pour compenser la brièveté de ses visites.

A la fin de « l'assemblée des détenues » (*Insassenvertretung*) de la prison³⁹, qui réunit le directeur de l'établissement, quelques représentants de la société civile et les représentantes élues des différentes coursives, le directeur propose, comme il me l'avait promis, de discuter du dispositif de santé mentale dans la prison. Une déléguée explique que le psychiatre est trop généreux dans ses prescriptions. Les femmes reçoivent des psychotropes en masse (*tütenweise*). Elle parle de ses codétenues qui s'endorment dès 17h, et qui, entrées pour un problème d'addiction aux drogues, ressortent avec une addiction aux médicaments. Le directeur s'interroge : « mais pourquoi prenez-vous les médicaments prescrits si vous pensez que vous n'en avez pas besoin ? ». La représentante de la coursive dans laquelle se trouvent les femmes sous traitement de substitution, rétorque : « ben parce qu'on a un problème d'addiction (*Suchtproblematik*), on est toxico (*drogensüchtig*) à la base ! ». Sa collègue, explique qu'il faudrait parfois tout simplement que les femmes puissent parler de leurs problèmes : « 10 minutes dans le bureau du psychiatre, ça ne suffit pas ! »

Journal de terrain, 1er décembre 2010

Lacunaire et mal adapté aux problèmes des femmes détenues, le dispositif psychiatrique est par ailleurs mal articulé aux services de la prison. Comme dans la prison pour hommes, on reproche au psychiatre de ne pas communiquer les informations qui permettraient d'améliorer la prise en charge des femmes. Parce qu'il entrave la nécessaire circulation des informations, le secret médical est ainsi perçu comme un obstacle et comme une marque de mépris.

Mais cette inquiétude des agent-e-s de la prison pour femmes de Grünstadt à propos de ces « femmes qui n'ont rien à faire ici » témoigne également du malaise qu'ils éprouvent à l'égard de la contrainte carcérale exercée sur les femmes détenues :

En entretien avec Monsieur Strauss, le directeur de la prison, nous discutons de la situation de Madame Prokovna, la jeune femme russe en état de décompensation psychotique depuis quelques jours. Le directeur la prend en exemple pour témoigner de l'indigence des services psychiatriques pour les femmes détenues : « là, c'est quand même évident : elle n'a rien à faire en prison ! ». Puis, après un temps d'arrêt, il commente : « enfin, vous me direz, qui est-ce qui a sa place en prison ? La prison ne sert à rien, ça a été bien démontré par Foucault, ça a tendance à détruire les gens, n'est-ce pas ? ».

Journal de terrain, 30 novembre 2010

Si tous les agent-e-s n'ont pas lu *Surveiller et Punir* et ses conclusions sur la prison comme instrument de gestion des illégalismes masculins populaires, ils partagent cependant l'idée que la

³⁹ Cette assemblée, à ma connaissance, unique dans les prisons de Grünstadt, témoigne de la volonté locale d'encourager l'expression collective des femmes détenues – qui passe dans la prison pour hommes de la ville par la publication d'un journal mensuel.

prison est une institution conçue pour les hommes. Une surveillante me fait ainsi remarquer que si les prisons pour hommes de Grünstadt sont massives et bien identifiables dans le paysage urbain, la prison pour femmes est elle discrètement insérée dans un quartier résidentiel de la ville, sa façade s'inscrit dans la continuité de la rue et elle est donc invisible pour qui ne porterait pas son attention sur la plaque métallique indiquant la fonction du bâtiment. Invisible, elle ne fait pas parler d'elle parce qu'elle ne produit pas de « récidives qui font les gros titres », m'explique Kirstin Segelke, qui estime d'ailleurs que « le crime est affaire d'hommes ». Le directeur de la prison de Grünstadt, qui a dirigé pendant quelques années un bâtiment pour hommes avant de prendre la tête de la prison pour femmes, me raconte une anecdote, qu'il juge révélatrice de ces différences sexuées : alors qu'il était habitué à s'inquiéter chez les hommes de la présence d'armes ou des risques d'agression, il assiste, bouche-bée, lors de la première réunion de direction à une demi-heure de débats autour de la légitimité pour les femmes à garder les couvre-lits (*Tagesdecke*) qu'elles ont cousus en atelier, avec en arrière-fond des arguments concernant le risque d'incendie et le niveau de confort des cellules. Et il conclut son anecdote par l'idée que « les lois ont été cousues pour les hommes, pas pour nous »⁴⁰. La présence de femmes en prison semble ainsi relever de l'anomalie⁴¹. On retrouve ici l'effet de boucle identifié par différents sociologues depuis les années 1970 : « le plus faible recours à l'incarcération concernant les délinquantes contribue à renforcer les représentations selon lesquelles elles seraient moins délinquantes que les hommes, et à les écarter davantage des filières qui conduisent à la formation de la clientèle pénale » (Cardi, 2007, p.5). Le regard porté par les professionnel-le-s sur les femmes détenues traduit l'importation, en prison, de représentations sexuées « fondé(es) sur la construction sociale d'un sexe menaçant et d'un autre, estimé plus inoffensif » (Cardi, Pruvost, 2012, p. 57).

Derrière la difficulté à prendre en charge de prétendus « troubles mentaux », il en va donc d'une certaine difficulté à assumer la contrainte carcérale exercée sur les femmes détenues, une contrainte mal ajustée à la situation spécifique dans laquelle se trouveraient ces femmes et qui justifie leur traitement différencié. Or, le recours aux savoirs psychologiques semble ici arriver à point nommé pour fournir des solutions pratiques aux dilemmes moraux que soulève l'incarcération de ces femmes.

c) **Thérapie de famille : des psychologues dans les coursives**

Comme la prison pour hommes de Grünstadt, la prison pour femmes dispose d'un service psychologique (*PsychD*) au sein duquel travaillent trois psychologues. Présentes dans les réunions relatives au parcours pénal des femmes qu'elles suivent ou évaluent, les psychologues sont ainsi invitées à participer aux réunions d'équipe organisées dans les situations définies comme des crises,

⁴⁰ « die Gesetze sind für Männer gestrickt worden, nicht für uns »

⁴¹ Elle constitue *a minima* une anomalie sur le plan statistique, puisque les femmes détenues représentent comme en France une petite minorité des personnes incarcérées : au 31 mars 2013, 5,62 % des 56 562 personnes détenues en Allemagne sont des femmes (Statistisches Bundesamt, 2014).

où leur expertise diagnostique ou clinique est sollicitée. Souvent présentes dans les coursives, contrairement à leurs collègues des prisons pour hommes qui travaillent principalement dans leurs bureaux, elles connaissent l'ensemble des agent-e-s de la prison, du directeur à la responsable du greffe de l'établissement, les saluent par leurs prénoms et répondent à leurs interrogations diverses. Myriam, qui a longtemps travaillé dans un hôpital d'internement psycho-légal, apprécie l'indépendance qu'elle a retrouvée vis-à-vis de la hiérarchie médicale qui encadrerait alors son travail de psychologue. Mais cette plus grande liberté va de pair avec un travail relationnel délicat et une responsabilité plus grande. Cette forte interconnaissance produit selon Katya un certain « poids relationnel » (*Beziehungslästigkeit*) auquel elle ne peut échapper que lorsqu'elle se réfugie dans son bureau pour rédiger ses évaluations.

Les psychologues sont en effet fréquemment sollicitées pour intervenir dans les situations jugées difficiles par les autres professionnel-le-s : les chef-fe-s de groupe leur demandent ainsi régulièrement d'intervenir auprès des femmes détenues qui leur semblent en détresse. Les psychologues sont donc régulièrement prises à partie lorsque les chef-fe-s ou animateurs de groupes s'interrogent sur la façon de résoudre un problème relationnel :

Je passe la matinée avec Myriam, l'une des psychologues du bâtiment central de la prison pour femmes. Nous buvons d'abord un thé dans le bureau de Kirstin Segelke en compagnie d'une surveillante de la coursive. Kirstin fait le tour des situations épineuses. Parmi elles, celle du départ de Mme Bjorn, qui va être transférée dans le centre de détention pour longues peines. Or Mme Klauß avec laquelle elle forme un couple, risque d'avoir du mal à encaisser la nouvelle. On craint qu'elle ne se remette à se scarifier les avant-bras comme à son arrivée en prison. La psychologue propose d'en discuter avec la détenue pour lui annoncer la nouvelle. Une surveillante a remarqué que la détenue avait tendance régulièrement à se balancer d'avant en arrière de façon répétitive. Il s'agit d'une « parakinésie » explique la psychologue. Elle a du mal cependant à savoir si ce geste est lié à une arriération mentale ou à une schizophrénie sous-jacente. De toute façon, pour Myriam, il faut avant tout prévenir les troubles dépressifs en entourant la détenue, qu'elle juge vulnérable, pour l'aider à surmonter la séparation. Myriam repart avec une petite fiche listant les détenues qu'elle a prévu de voir rapidement.

Journal de terrain, 18 novembre 2010

Les psychologues assurent donc, en plus de leur mission d'évaluation, des suivis qui, sans s'inscrire dans un cadre psychothérapeutique précis, relèvent d'un travail d'écoute et de soutien. Intervenant au gré de ce que les agent-e-s de la prison appellent des « urgences psychiatriques » (*akut Psychiatrie Notfälle*), les psychologues sont invitées tout à la fois à corriger les lacunes du système de prise en charge psychiatrique, à prévenir une souffrance psychique, mais également à donner des éléments de compréhension pour éclairer le comportement de certaines femmes :

Cette nuit, Yasemin, une jeune femme d'origine arabe, a été placée en cellule sécurisée après avoir détruit le mobilier de sa cellule sur un « coup de colère » selon le registre complété par les surveillants en poste pendant la nuit. Le directeur convoque le chef de la sécurité, les travailleuses sociales qui l'ont accompagnées depuis son arrivée en prison, une surveillante, ainsi que Katya, la psychologue. La discussion tourne autour du traitement à adopter pour un comportement qui est interprété par tous, à l'exception du chef de la sécurité, comme le signe d'un mal-être. Le directeur, se tournant vers la psychologue, s'interroge : « vous pensez qu'on peut qualifier sa personnalité de « borderline » ? ». La psychologue, que tout le monde écoute attentivement, explique avec précaution que le comportement de la jeune fille pourrait y faire penser (son impulsivité, son comportement avec les surveillant-e-s, oscillant entre une affection débordante et une méfiance violente). Mais elle la juge

trop jeune pour poser un diagnostic définitif et remarque d'ailleurs que lors d'un passage récent dans un service de psychiatrie, aucun diagnostic n'avait été donné.

Lundi 15 novembre 2010

Actrices centrales de la détention, elles sont impliquées dans l'encadrement psycho-éducatif étroit des femmes détenues :

Dans un atelier d'expression artistique, une jeune femme a réalisé un texte exprimant clairement ses intentions suicidaires. Or le texte doit être agrandi pour le transformer en affiche. Frederik, l'animateur, demande à Insa (cheffe de groupe) et à Myriam (psychologue) ce qu'elles pensent de cette situation. Insa se demande s'il est bon de « l'autoriser à exprimer ses intentions suicidaires ». Myriam suggère de la laisser faire : « ça nous permet de garder un œil sur elle et de pouvoir évaluer son état d'esprit ».

Journal de terrain, 2 décembre 2010

Leur rôle central et quotidien témoigne de la préoccupation des agent-e-s de ne pas maltraiter les femmes détenues et d'inscrire leurs pratiques dans un traitement psycho-éducatif, appuyé sur une connaissance psychologique des femmes qu'ils prennent en charge. Ce recours à la psychologie semble avoir également pour effet de réduire le malaise professionnel face à l'enfermement carcéral. S'il n'évacue pas les dilemmes moraux posés par l'exercice de la contrainte pénitentiaire, qui resurgissent à chaque nouvelle situation difficile, le recours à la psychologie semble suspendre, au moins temporairement, les doutes et offrir aux professionnel-le-s un moyen d'action : ainsi, au lieu de les déplacer, le traitement s'appuie sur les murs.

*

**

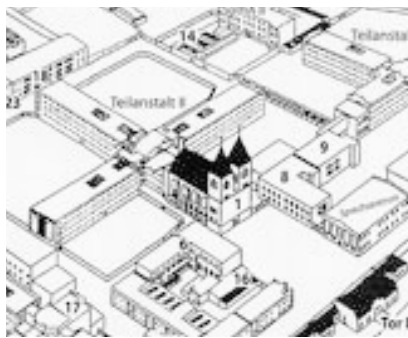


Figure 1 Détail du plan de l'établissement pénitentiaire pour hommes de Grünstadt

Construite à la fin du dix-neuvième siècle en briques rouges, la prison pour hommes de Grünstadt présente une particularité architecturale : au dessus de l'étage administratif de l'établissement a été construite une Eglise réformée, dont les deux clochers constituaient, jusqu'à la construction des bâtiments les plus récents dans les années 1970, les points culminants de ce parc pénitentiaire. Cette Eglise, dans laquelle se tiennent aujourd'hui encore certains offices religieux les plus importants, témoigne de l'héritage protestant dans la région. Symboliquement placée sous le regard de Dieu, la direction de la prison était ainsi sommée de prendre des décisions justes et conformes aux enseignements de la Bible. Mais c'est une autre bible, les manuels de classification

des troubles mentaux, qui semble guider le travail pénitentiaire aujourd'hui tant le repérage et le diagnostic de ces troubles sont déterminants dans cette prison. Il n'est pas ici question de troubles mentaux au sens de troubles qui nécessiteraient une intervention médicale, même si en dépit du système de double voie pénale, on trouve bien dans les coursives allemandes des personnes souffrant de pathologies psychiatriques graves et nécessitant des soins. Ces cas, qui semblent plus nombreux que ne voudraient le croire les autorités régionales, sont néanmoins perçus comme des exceptions qui ne remettent pas en cause le bon fonctionnement de la prison. Contrairement à la situation décrite à Tourion, où la prise en charge des troubles mentaux justifie la reproduction, au sein de la prison, d'une dichotomie institutionnelle entre le « soin » et la « peine », les troubles mentaux sont ici inscrits au cœur d'un traitement pénitentiaire hybride, largement encadré par des psychologues.

Si les prisons françaises paraissent ainsi pouvoir être étudiées à l'aide des outils de la sociologie abbotienne comme des écologies professionnelles en tension, au sein desquelles se dessinent des « conflits de juridiction », le milieu carcéral allemand pourrait être décrit comme un « champ » au sens bourdieusien⁴². En effet, on a décrit au chapitre 4 un champ social dans lequel la plupart des agent-e-s partagent une même *illusio*, la croyance en la possibilité d'une « bonne » peine de prison. Cet espace, dans lequel on trouve des positions sociales hiérarchisées, est largement structuré autour d'un capital unanimement valorisé, que l'on pourrait qualifier de capital « psychocriminologique », et néanmoins contesté par quelques agent-e-s hétérodoxes qui tentent de mettre en avant des capitaux différents. Ce chapitre nous a permis d'observer comment ces savoirs, légitimés par l'institution, circulent, sont intégrés aux pratiques de travail des agent-e-s pénitentiaires et s'inscrivent dans des stratégies de distinction professionnelle. Reste cependant à analyser ce que produit cette attention aux personnalités et aux psychés des personnes détenues : le chapitre 6 montrera que loin de ne constituer qu'un instrument de contrôle des personnes détenues, ce traitement produit une ambivalente attention à autrui que l'on peut qualifier de *care* mais qui, dans le même temps, permet de légitimer l'institution carcérale en la dotant d'un puissant outil de subjectivation des personnes détenues.

⁴² Bourdieu définit le champ comme un espace structuré de positions dont les propriétés peuvent être analysées indépendamment des caractéristiques de leurs occupants. Dans tout champ on trouvera une lutte dont il faut chaque fois rechercher les formes spécifiques, entre le nouvel entrant qui essaie de faire sauter les verrous du droit d'entrée et le dominant qui essaie de défendre le monopole et d'exclure la concurrence. Mais surtout, l'idée de champ suppose qu'il y a des enjeux et des individus prêts à jouer le jeu : la lutte présuppose un accord entre les antagonistes sur ce qui mérite qu'on lutte. Les agents doivent donc partager un « *illusio* », c'est-à-dire un ensemble de croyances tacites sur les manières de voir le monde (voir par exemple Bourdieu, 2002, p.113-120). Pour une discussion sur le caractère heuristique du concept de champ dans le domaine pénitentiaire, voir (Salle, 2016).

CONCLUSION DE LA PARTIE

La prise en charge des troubles mentaux a été analysée à travers l'articulation entre soin et peine, conçus comme deux dispositifs institutionnels en tension au sein des établissements pénitentiaires. Dans la prison de Tourion, le service psychiatrique est conçu comme une extension de l'hôpital en milieu carcéral et protège son autonomie en s'appuyant sur le puissant outil que constitue le secret médical. Les efforts de clarification menés par les autorités centrales ne résolvent pour l'instant pas ce conflit, qui résulte de l'absence de programme institutionnel capable de fédérer des groupes professionnels différents autour d'un objectif commun. En refusant de participer à des missions pénitentiaire et judiciaire qu'elles considèrent exogènes au soin, les équipes psychiatriques placent les autres groupes dans une situation délicate : ils ne peuvent compter sur ce partenaire indispensable pour mener à bien leurs propres missions. En somme, la dichotomie fondatrice des relations entre asile et prison, mise en évidence au chapitre 2, se reproduit entre les murs des prisons françaises. À Grünstadt au contraire, le fonctionnement pénitentiaire semble tout entier organisé autour du suivi personnalisé des personnes détenues mis en œuvre par l'administration pénitentiaire, qui donne aux savoirs psycho-criminologiques et aux psychologues une place centrale. La prison apparaît comme une institution où s'entremêlent traitement et contrainte, au point de s'hybrider en un programme institutionnel fédérateur pour les différents groupes professionnels en présence. Cette hybridation entre là aussi en résonance avec l'histoire des institutions allemandes, marquées par une volonté de réhabiliter tout en protégeant la société.

Cette différence se manifeste de façon éclatante dans la prise en charge de la toxicomanie en prison. En France comme en Allemagne, la consommation de certains produits illicites est considérée comme une infraction à la législation. Pourtant, les établissements pénitentiaires accueillent un nombre important de consommateurs actifs de drogues. En France, la dichotomie institutionnelle s'incarne, autour de la toxicomanie, par un partage fonctionnel des rôles : au nom du soin, ce sont les équipes psychiatriques, et plus spécifiquement, lorsqu'elles existent, les antennes des « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (CSAPA) qui organisent la mise en place de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et éventuellement le suivi des consommateurs actifs par contrôle d'urine. De son côté, l'administration pénitentiaire traque la contrebande de drogues et de médicaments sans information sur les traitements distribués. Difficile, donc, pour un surveillant-e ou un juge d'application des peines de savoir, face à un détenu dont le comportement paraît altéré par un produit psychotrope (les fameux « zombies » dont parlent certains agent.e.s), si celui-ci a été prescrit légalement à une personne, ou obtenu sur le marché noir. En Allemagne au contraire, la question de la toxicomanie est gérée de façon intégrée par l'équipe médicale et les personnels pénitentiaires. Comme on l'a vu, l'accès aux « coursives sans drogues »,

dans lesquelles pourront être mis en place des traitements de substitution, est soumis à des contrôles d'urine, réalisés par le corps médical, mais dont les résultats sont connus par les chef-fe-s de groupe et mentionnés dans les plans de détention. Dans les coursives « avec drogues », les personnels de surveillance tentent de repérer les éventuels trafics, mais la consommation n'est pas contrôlée. Elle est accompagnée d'une politique de réduction des risques dans la prison pour femmes qui dispose d'un distributeur de seringues propres.

La prise en charge de la toxicomanie illustre le caractère respectivement fragmenté et hybride des prisons françaises et allemandes. Mais quelles sont les conséquences, pour les détenus, de ces deux systèmes différents ? Après s'être penchée, dans cette deuxième partie, sur la division du travail de prise en charge des troubles mentaux dans les prisons de Tourion et de Grünstadt et après avoir étudié l'économie des relations professionnelles au sein des deux établissements pénitentiaires, l'analyse va porter, dans la troisième partie, sur ce que produisent, en pratique, ces configurations spécifiques. On observera que les espaces séparés du « soin psychiatrique » offrent une certaine liberté mais sont néanmoins sans cesse pénétrés par des logiques pénitentiaires. À l'inverse, le « traitement hybride » semble être un puissant soutien pour les personnes détenues... à la condition qu'elles puissent et veuillent y adhérer.

PARTIE 3 : PRENDRE SOIN EN MILIEU CARCÉRAL : ENTRE TRAITEMENT ET CONTRAINTE

INTRODUCTION DE LA PARTIE

Si les configurations institutionnelles observées à Tourion et à Grünstadt sont différentes, la présence de professionnel-le-s en santé mentale dans les prisons françaises et allemandes traduit une attention au psychisme des personnes détenues. Cette intervention sur autrui prend cependant deux formes principales, qu'on retrouve à des degrés différents dans les prisons françaises et allemandes : la forme du « soin » (psychiatrique ou psychothérapeutique) et celle du « suivi » (sociothérapeutique ou psychocriminologique). Ces deux formes sont également fortement antagoniques comme l'ont montré les tensions décrites dans les chapitres 3 et 4. Pour simplifier – et tout en gardant à l'esprit les nombreuses nuances de positionnement – les équipes psychiatriques considèrent que les psychologues qui participent ouvertement à un objectif pénitentiaire de lutte contre la récidive ne peuvent être qualifiés de « soignant.e.s » parce qu'ils participent au contrôle et à la surveillance des personnes détenues et dénaturent ainsi l'idéal du « soin ». De leur côté, les psychologues et les autres professionnel-le-s impliqués dans des programmes de « suivi » institutionnels jugent archaïque, méprisante voire socialement irresponsable la position de non-coopération des services psychiatriques. Le point central de désaccord porte ainsi sur les liens à entretenir avec la justice pénale : les premiers refusent de servir de caution à une entreprise « punitive » qui fait passer l'intérêt de la société avant celui de l'individu, les seconds pensent que la frontière entre le « soin » et la « peine » est artificielle car les deux visent au fond une certaine normalisation des individus.

Cette partie entend prendre au sérieux ces critiques réciproques, nourries par une conception divergente de ce que serait une « bonne » prise en charge des troubles mentaux en prison. Les deux chapitres suivants vont ainsi explorer chacune des deux logiques d'intervention à partir de l'observation des pratiques des professionnel-le-s en santé mentale. Si la logique du soin est plus présente à Tourion alors que celle du « suivi » semble dominante à Grünstadt, elles coexistent cependant dans les deux pays. C'est pourquoi la troisième partie étudiera les deux prisons de manière transversale : ainsi, le chapitre 5 s'appuiera sur les terrains réalisés dans les services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt dans lesquels dominent une logique de « soin », tandis que le chapitre 6 se fondera sur l'observation des dispositifs de « suivi » personnalisé des détenus dans les deux prisons.

Le chapitre 5 mettra en évidence le poids des logiques carcérales, qui s'infiltreront, malgré la volonté des équipes psychiatriques d'abstraire le soin d'un contexte carcéral produisant de la méfiance et éloignant les personnes détenues des filières de soin classiques. Mais la clinique psychiatrique en milieu pénitentiaire fait par ailleurs évoluer la frontière du soin et des savoirs sur lesquels il repose. En effet, si les équipes psychiatriques françaises sont hostiles à l'idée de participer

officiellement à une mission de repérage de la dangerosité criminologique ou de lutte contre la récidive, ces questions relatives à la protection de la société s'introduisent cependant, recodées en des termes médicaux, dans les pratiques de soin. Le développement de services psychiatriques en milieu carcéral contribue ainsi, en France, à rendre pertinente l'existence d'un « segment professionnel » (Strauss, 1992) psycho-criminologique, similaire à celui de la *Forensik* allemande.

Plus ambivalentes qu'il n'y paraît, ces pratiques de soin présentent en outre de nombreuses similarités avec les dispositifs de suivi individualisé, qui engagent les personnes détenues à un travail réflexif sur elles-mêmes. Le chapitre 6 montrera que ces pratiques de suivi hybridant soin et peine, bien ancrées dans le fonctionnement de la prison de Grünstadt, se fraient difficilement un chemin dans les prisons françaises où elles bousculent la division du travail traditionnelle. La situation allemande, qui semble par bien des points préfigurer l'ambition des politiques pénitentiaires françaises, permet d'appréhender les effets de ce suivi individualisé : soutien bienvenu pour celles et ceux qui y adhèrent, il se transforme en contrainte assujettissante pour les personnes détenues qui le rejettent ou n'ont pas les moyens de s'y soumettre. Mais surtout, l'obligation de travailler *sur* soi n'est pas toujours une invitation à travailler *pour* soi : il permet aussi de légitimer des formes d'enfermement prioritairement destinées à défendre la société contre ceux que l'on juge « irrécupérables ».

CHAPITRE 5 : QUAND LES MURS DE LA PRISON FONT BOUGER LES LIGNES DU SOIN PSYCHIATRIQUE

25 mars 2014, 7h45. Je me présente à la fenêtre du guichet d'accès à l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Tourion, située en pleine campagne à environ vingt-cinq kilomètres du centre de la ville. Entouré de murs d'enceinte gris surmontés de filins de sécurité, le bâtiment apparaît à première vue peu accueillant. Après avoir vérifié mon autorisation d'accès à l'unité psychiatrique et ma carte d'identité, que j'ai glissées dans le tiroir coulissant de l'hygiaphone, les surveillant·e·s, que j'aperçois derrière des vitres teintées, débloquent la porte d'accès. J'entre dans le sas, dépose mon téléphone dans un casier, mes affaires sur le tapis du scanner de contrôle, puis je passe le portique de sécurité. Une deuxième porte se débloque. Je traverse une petite cour bétonnée, puis une troisième porte et j'entre dans le bâtiment. Une grille, actionnée à distance par les surveillant·e·s, me permet d'accéder au couloir central de l'unité.

Après avoir déposé mes affaires au secrétariat médical, dans la section administrative du bâtiment, je rejoins l'unité de soins sans consentement, mon terrain d'observation du jour. J'attends quelques longues secondes l'ouverture de la grille d'entrée dans la zone médicale, puis frappe à la porte de l'unité : une infirmière m'aperçoit et vient m'ouvrir. « Juste à temps, me dit-elle, nous allons commencer la distribution ». Je rejoins les trois infirmier·e·s qui accompagnent le chariot transportant les traitements des seize patients présents ce jour-là dans l'unité. Un soignant en blouse blanche ouvre la première chambre. L'homme, déjà habillé et prêt à sortir, rejoint prestement les infirmier·e·s, échange quelques mots : « oui, j'ai bien dormi, ça va ». Il sautille devant le chariot alors qu'une infirmière rassemble les médicaments qui lui ont été prescrits. Il avale son traitement du matin avec un verre d'eau, puis se rend dans le patio central d'où monte une odeur de café. La porte de sa chambre est refermée derrière lui, elle ne sera rouverte qu'une heure plus tard, le temps de s'assurer que chaque patient a bien reçu et avalé son traitement. La même opération se reproduit dans les chambres suivantes : un deuxième homme sort en traînant des pieds après avoir été réveillé par l'infirmier, un troisième a déjà une cigarette à la main et se dirige vers l'espace fumeurs.

Depuis le début de la tournée, des cris rauques et inquiétants s'élèvent de la chambre de Monsieur Ali. Une infirmière s'approche du hublot de la porte de sa chambre et nous décrit la situation : « il est en train de hurler sur sa télévision éteinte. Je pense qu'il est en plein délire. Il m'a

dit hier qu'il entendait des voix terrifiantes venir de la télé, il doit être bien persécuté¹ ». Elle arrête le geste de son collègue, qui s'apprêtait à ouvrir la porte de la chambre : « Attends ! » lui dit-elle. Tout en consultant le registre de prescriptions, elle ouvre plusieurs tiroirs du chariot, y prélève différents médicaments qu'elle rassemble rapidement dans un petit récipient en papier. Elle prépare un verre d'eau qu'elle place à côté. Lorsque la porte s'ouvre, Monsieur Ali sort en trombe, se jette sur les médicaments avec fureur, les avale dans un mouvement brusque et désordonné. Quelques cachets tombent sur le sol, il les ramasse maladroitement. Il ne crie plus mais son visage exprime une colère féroce, que confirment ses gestes brusques : il semble encore se débattre contre l'emprise d'une hallucination. Tout le monde s'est figé autour du chariot. Il se dirige à grands pas vers les tables du petit déjeuner. Soignant·e-s et patients suspendent leur mouvement.

Changeant brusquement d'attitude, Monsieur Ali s'approche, essuie sa main contre son pantalon et la tend aux patients attablés, qui la lui serrent, apparemment étonnés par la situation. Il demande à chacun une cigarette de dépannage. Personne ne lui en donne et les infirmier·e-s avec lesquels je suis restée en retrait de la scène s'inquiètent d'avoir à gérer son approvisionnement en tabac, alors que les cantines² n'arriveront que le lendemain. Il est invité par un aide-soignant à s'installer pour prendre son petit déjeuner, ce qu'il fait, dans un calme aussi subit que déconcertant. Il pose quelques tartines de pain blanc, un petit pot de confiture et un bol de café sur son plateau, puis s'assied à une table. Il relève la tête, comme s'il réalisait tout à coup qu'il n'était pas seul. M'apercevant, nouvelle dans le service, il se lève de table et s'avance vers moi, puis esquisse une révérence maladroite et me regarde avec un grand sourire édenté : « bonjour Mademoiselle, vous êtes jolie ! ». La journée continue.

Les services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt entretiennent une position d'extériorité dans leur environnement carcéral respectif. Il s'agit pour les soignant·e-s du SMPR et de l'UHSA de Tourion ainsi que pour ceux de l'APP de Grünstadt de garder la main sur le recrutement de leurs patients ainsi que sur la définition de leurs missions professionnelles. Les chapitres 3 et 4 ont détaillé les tactiques et stratégies déployées par chaque service pour se tenir à distance du quotidien carcéral et des logiques pénitentiaires et judiciaires : interprétation extensive du secret médical, refus de participer aux réunions pluridisciplinaires ou de communiquer des informations qualitatives à la justice, tentative de maîtrise de l'espace et du temps du soin avec l'ouverture des UHSA en France, sélection directe par les psychiatres des patients à inscrire sur la liste d'attente du service et refus de réaliser des expertises à destination des établissements d'origine des patients en Allemagne. Ce différend, que nous avons lu comme la défense de l'autonomie professionnelle des services, est également moral : il témoigne de la volonté des « soignant·e-s » de ne pas être assimilés à une institution frappée d'opprobre, volonté indissociable de leur souci de rendre possible une relation de soin protégée de la surveillance et du contrôle sur le quotidien et sur la vie des personnes détenues. Pourtant, comme le montre la scène qui ouvre ce chapitre, la position géographique de ces services ne facilite pas cette distinction : encerclés par de hauts murs d'enceinte surmontés de

¹ Terme médical, le « délire de persécution » décrit un symptôme fréquent chez les personnes atteintes de schizophrénie, qui croient être « tourmentées, suivies, moquées, espionnées ou ridiculisées » (voir DSM-IV, 2000, p.299).

² Commandes pénitentiaires

grillages, les services sont encastrés dans le dispositif carcéral. Ce chapitre analyse la façon dont ce positionnement malaisé s'inscrit dans les pratiques de soins, produisant des effets sur la prise en charge thérapeutique des personnes détenues mais également sur la construction de nouveaux savoirs cliniques.

Pour cela, ce chapitre s'appuie sur les observations réalisées dans les services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt. Au cours de ces terrains³, j'ai observé le quotidien des unités aux côtés des infirmier·e·s, assisté aux réunions de synthèse et de transmission et aux interactions entre soignant·e·s et patient·e·s dans les espaces collectifs de l'unité. Ces observations permettent d'analyser la « pragmatique de l'hospitalité » (Dodier, Camus, 1997) de ces services, c'est-à-dire la façon dont les équipes psychiatriques accueillent concrètement les personnes détenues. Une attention particulière sera portée à la façon dont ces services gèrent la file active de patient·e·s, qui excède largement les moyens à disposition. Cette gestion révèle en effet la façon dont les services circonscrivent les situations qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique et pensent ainsi le rôle de la psychiatrie dans le système carcéral. Mais le chapitre montrera aussi comment certains groupes définis par la justice comme problématiques, et tout particulièrement les auteurs d'agressions sexuelles, deviennent, progressivement, des « patients mobilisateurs »⁴ (Dodier, Camus, 1997) pour certains soignant·e·s qui participent à une spécialisation clinique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le soin en prison n'est jamais seulement du soin, il se pratique dans l'ombre de la prison et est imprégné de questions pénitentiaires et pénales, relatives à la violence et à la question des délits ou crimes commis, tout particulièrement lorsque ceux-ci sont perçus comme révélateurs de troubles mentaux. Autrement dit, les patient·e·s de psychiatrie en milieu pénitentiaire ne sont jamais tout à fait des patient·e·s comme les autres : ils sont toujours aussi détenus, et éventuellement criminels, et ce chapitre analyse la façon dont ces facettes sont prises en considération par les soignant·e·s.

La première section de ce chapitre observera les pratiques d'accueil des patient·e·s dans les unités psychiatriques de Tourion (UHSA) et de Grünstadt (APP). Ces services ambitionnent de proposer des soins « équivalents » à ceux qui sont offerts à l'extérieur de la prison et consacrent une énergie importante à recréer les conditions d'une hospitalisation ordinaire en psychiatrie. Cependant, la gestion des flux de patient·e·s révèle la façon dont ces services articulent leur activité à celle des prisons environnantes. Or, si celle-ci est limitée à un appui technique dans le service psychiatrique de la prison de Grünstadt, elle s'étend à une prise en charge polymorphe à Tourion touchant aussi un spectre plus large de souffrances psychiques, y compris consécutives à l'incarcération. En pensant le service comme un régime particulier, notamment pour les personnes dont la responsabilité pénale est sujette à caution, l'équipe de Tourion manifeste un certain malaise à l'égard de l'enfermement carcéral. Inscrits dans l'enceinte carcérale, ces services doivent en outre

³ D'une durée de deux semaines dans chaque unité, ces terrains sont réalisés après les terrains principaux conduits dans les prisons de Grünstadt et Tourion (voir chapitre 1 et annexe 2).

⁴ Nicolas Dodier et Agnès Camus analysent, à partir de l'observation d'un service hospitalier d'urgence, la façon dont les personnels gèrent le flux de demandes. Ils mettent en évidence la « valeur mobilisatrice » différenciée selon les patients, liée à l'appréciation de l'urgence mais également à l'organisation et aux intérêts cliniques des services hospitaliers.

gérer l'enfermement carcéral auquel leurs patient-e-s sont toujours soumis lorsqu'ils sont hospitalisés. Or cette situation a pour effet de produire une certaine méfiance envers ces patients-détenus, méfiance qui se traduit par des conflits au sein des équipes autour de l'utilisation de la contrainte mais qui participe aussi à une certaine altérisation des patient-e-s en milieu pénitentiaire.

Les patient-e-s accueillis dans ces services ont également la particularité d'être tous placés sous main de justice pour les infractions qu'ils ont commises (ou qu'ils sont suspectés d'avoir commises dans le cas des personnes placées en détention provisoire). La seconde section analysera la place qu'occupe le « crime » dans le soin. Le rapport du Sénat sur l'état des prisons françaises en 2000 suggère que les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire ne s'intéressaient pas aux actes délinquants ou criminels qui sont à l'origine de l'incarcération des patient-e-s qu'ils rencontrent : « les psychiatres jouent aujourd'hui un rôle considérable dans le système judiciaire et pénitentiaire : ils peuvent établir l'irresponsabilité de l'accusé. [...] Ils donnent différents avis sur les placements en quartier disciplinaire et sur les hospitalisations d'office. Ce rôle essentiel est pour le moins paradoxal, puisque la « délinquance », en tant que telle, ne semble pas les intéresser » (Sénat, 2000, p.40). La seconde section montrera qu'ils sont en effet nombreux à prétendre maintenir hors de leur champ d'intervention la question des délits ou crimes commis. Néanmoins, on montrera qu'une partie de cette question, retraduite en problème médical, est réintroduite dans la clinique psychiatrique et psychothérapeutique et ouvre la voix à des spécialisations médicales, autour des « addictions » notamment, mais également des « violences sexuelles ». En dépit de vives réticences, on voit émerger en France un champ de psychiatrie « criminelle », qui n'a cependant pas encore le caractère institutionnalisé de la psychiatrie psycho-légale ou *Forensik* allemande à laquelle appartiennent les professionnel-le-s du service psychiatrique de Grünstadt. Cherchant à faire des patient-e-s accueillis des patient-e-s comme les autres dans un service ordinaire de psychiatrie, les soignant-e-s de Grünstadt et de Tourion contribuent par leurs pratiques à faire exister des figures hybrides marquées par une double altérité, de « patients-détenus » et de « patients-criminels ».

Encadré 17 Récapitulatif du fonctionnement des services psychiatriques de Tourion et Grünstadt

Les services psychiatriques des prisons de Tourion et de Grünstadt présentent, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, d'importantes différences de taille et de fonctionnement : doté d'une équipe ambulatoire (SMPR) dans chaque établissement, d'un hôpital de jour (le SMPR d'hospitalisation, 20 places) et d'une unité d'hospitalisation complète (l'UHSA, 60 lits), le service psychiatrique de Tourion se déploie de façon réticulaire sur les établissements pénitentiaires de l'agglomération et de sa région⁵. Les professionnel-le-s⁶ appartiennent à la fonction publique hospitalière et proviennent généralement du centre hospitalier régional universitaire de la ville. Il existe par ailleurs 26 SMPR en France et 9 des 17 UHSA prévues par la circulaire de 2011 ont été inaugurées à ce jour.

⁵ Les deux services d'hospitalisation (de jour et complète) accueillent en effet des patients provenant de l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région. Du fait de la relative rareté des UHSA (9 en France), l'UHSA de Tourion peut théoriquement accepter des personnes détenues dans des prisons plus lointaines. Chargé de piloter l'offre de soins de l'ensemble de la région, le chef de service réunit deux fois par an tous les intervenants en santé mentale – qui sont largement concentrés dans les prisons de Tourion et beaucoup plus rares dans les prisons alentour : on compte généralement dans ces prisons un poste de psychologue et un poste de psychiatre, difficilement pourvus.

⁶ Agents hospitaliers, aide-soignant-e-s, assistant-e-s et travailleurs-ses sociaux, cadres infirmiers, cadres de santé, infirmier-e-s, psychiatres, psychologues et secrétaires médicales.

En comparaison, l'offre en santé mentale paraît beaucoup plus réduite à Grünstadt et dans les prisons allemandes : aux trois psychothérapeutes exerçant dans la prison pour hommes s'ajoutent les 36 lits du service de psychiatrie et de psychothérapie (APP) de l'hôpital pénitentiaire, dont une aile (12 lits) est fermée en raison du manque de personnel infirmier. Une telle unité existe dans quatre hôpitaux pénitentiaires allemands, et la présence à Grünstadt de psychothérapeutes protégés par le secret médical en prison est un fait unique aux dires de ceux-ci. L'équipe est salariée de l'administration pénitentiaire : psychiatres, psychologues, ergothérapeute, musicothérapeute et art-thérapeute travaillent sous contrat, tandis que la trentaine d'infirmier·e·s de l'unité, également surveillant·e·s pénitentiaires de formation, sont fonctionnaires de la justice. On a donc d'un côté un système de prise en charge harmonisé au niveau national, et stabilisé sous la forme d'institutions pérennes, qui malgré les difficultés de recrutement qu'elles rencontrent (voir chapitre 3), occupent une place désormais bien visible dans le paysage pénitentiaire. De l'autre, en Allemagne, le service psychiatrique a été créé *ad hoc* dans les années 1960, il est une réponse locale à un problème perçu comme relativement marginal, la présence de personnes atteintes de troubles psychiatriques graves en prison, présence théoriquement exceptionnelle en raison de l'existence d'une seconde voie pénale pour les auteurs d'infractions présentant des troubles psychiatriques, l'internement psycho-légal (*Maßregelvollzug*).

I. DES PATIENTS-DÉTENUS : UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS L'OMBRE DE LA PRISON

Bien que soucieuses de défendre leur autonomie vis-à-vis des prisons dans lesquelles elles exercent, les équipes psychiatriques de Tourion et de Grünstadt ne peuvent complètement ignorer leur situation tout à fait particulière : les services psychiatriques, situés dans l'enceinte carcérale, accueillent des patient·e·s enfermés. L'hospitalisation, dans ce contexte, ne suspend pas l'enfermement, mais en change les modalités : c'est désormais à l'équipe soignante de le gérer. Les services psychiatriques de Grünstadt et de Tourion affichent leur souci de légitimer une hospitalisation qui pourrait être suspectée de redoubler de manière arbitraire l'enfermement carcéral auquel sont soumises les personnes détenues. Les interactions observées entre patient·e·s et soignant·e·s sont cependant placées sous le signe de la méfiance face à des patient·e·s que l'on suspecte de pouvoir être violents. Cette gestion de la violence place les professionnel·le·s de première ligne dans un rôle ambivalent, de soignant·e·s et de surveillant·e·s, produit du conflit au sein de l'équipe soignante, et participe à construire une catégorie hybride de « patients-détenus ».

1. Des services (tout) contre la prison

Si l'UHSA de Tourion dispose de ressources matérielles et humaines bien supérieures à celles de l'APP de Grünstadt, les deux unités doivent cependant composer avec une offre de soin inférieure aux besoins de la population carcérale. Soucieuses de justifier l'hospitalisation de leurs patient·e·s, les équipes soignant·e·s prennent un soin particulier à sélectionner les personnes accueillies dans les

services. Cette gestion des flux de patient·e·s témoigne cependant de la façon dont ces services conçoivent leur activité thérapeutique et se positionnent vis-à-vis de l'institution carcérale. En Allemagne prévaut une démarche de soin très médicale, qui semble marquer la volonté de l'APP de garder une position neutre à l'égard du fonctionnement carcéral. En France au contraire, le mandat plus large et plus diversifié de l'équipe psychiatrique traduit l'ambition du service de se substituer, dans la mesure de ses moyens, à un enfermement carcéral jugé pathogène.

a) L'APP de Grünstadt : une annexe « technique » de la prison

À l'APP de Grünstadt, la pénurie de moyens et la longueur des listes d'attente contribuent à donner un objectif très médical au séjour des patients (tous des hommes détenus) dans l'unité : il s'agit prioritairement de stabiliser par un traitement neuroleptique des symptômes devenus trop envahissants en prison. Le service semble ainsi se positionner en annexe technique de la prison.

Quand les traitements donnent le tempo

Sélectionnés par les psychiatres de liaison qui parcourent chaque semaine les établissements pénitentiaires de Grünstadt pour rencontrer les personnes détenues qui ont demandé à les voir ou qui ont été signalées par les infirmeries locales, les patients accueillis à l'APP présentent généralement des troubles psychiatriques graves et nécessitant la mise en place d'un traitement neuroleptique lourd⁷ : pendant mon séjour dans l'unité, la quasi-totalité des patients sont soignés pour des troubles psychotiques, associés souvent à un trouble de l'addiction. Trois patients sont traités pour troubles dépressifs majeurs. Les bilans médicaux bihebdomadaires constituent un moment crucial pour le séjour des patients dans l'unité : afin de gérer les flux d'entrée dans l'unité, il s'agit de réduire au minimum les durées moyennes de séjour des patients présents. Chaque lecture de cas se termine par une indication concernant la durée du séjour :

« Il reste encore un peu chez nous » tranche la psychiatre en chef pour un patient que les infirmier·e·s jugent ralenti par son traitement ; « on attend encore une semaine pour voir si on peut négocier avec lui » décide-t-elle pour un patient habitué du service, qui refuse une fois de plus de prendre un traitement psychotrope pour réduire ses hallucinations visuelles et acoustico-verbales.

Journal de terrain, novembre 2012

Tentant de parer au plus pressé, l'équipe considère qu'un refus de traitement signe un retour rapide en détention et essaie de faire pression sur le patient en faisant de l'adhésion au traitement la condition *sine qua none* pour accéder à l'offre thérapeutique de l'unité. En somme, si un patient refuse le traitement neuroleptique qui lui est proposé, il est renvoyé en prison afin de libérer une place dans l'unité. On espère alors qu'à la faveur d'une prochaine hospitalisation, « l'alliance thérapeutique » sera possible. Ces impératifs de gestion des flux, assez similaires à celui que Lorna

⁷ Paradoxalement, si le fonctionnement de l'unité est réduit par manque de moyens humains, il est possible en revanche de prescrire des traitements très coûteux (injections à effet retard par exemple), qui sont plus rarement prescrits à l'extérieur. En effet, la facture est payée par la justice peu au fait du prix des soins, et les dépenses sont peu contrôlées par les caisses d'assurance maladie.

Rhodes étudie dans un service d'urgences psychiatriques aux États-Unis (Rhodes, 1995), se heurtent aux besoins de certains patients présentant un état de crise durable :

En réunion de synthèse, il est question de Monsieur Kryslar, atteint selon son psychiatre d'une « schizophrénie de forme paranoïde ». La chef de service indique : « il est résistant au traitement, il faut lui laisser du temps. Il tente de s'accrocher au cadre, mais pour l'instant, il ne va pas aux activités, ne sort presque pas de sa chambre. On prend trois mois pour observer ce que donne le traitement. » Elle parcourt son dossier et ajoute en levant un sourcil inquiet : « Il lui reste un an de prison, il est possible qu'on le garde jusqu'à sa sortie. »

Journal de terrain, novembre 2011

Certains patients, comme Monsieur Kryslar, mettent en échec le fonctionnement de l'unité, basé sur des hospitalisations courtes qui lui permettent d'absorber le flux de demandes. Faute d'un encadrement ambulatoire suffisant dans la plupart des établissements pénitentiaires, qui ne disposent pas tous d'une courserie de « postcure », les interruptions de traitement sont fréquentes et un certain nombre de patients reviennent dans le service. Ces « revolving door patients » (Rhodes, 1995) pointent les limites de ces prises en charge rapides.

Mais cette gestion des flux indique cependant que le patient légitime, dans la conception du service, est celui pour lequel on espère qu'un traitement médicamenteux pourra avoir un effet rapide sur les symptômes et la maladie diagnostiquée. La dimension « psychothérapeutique » qui figure dans le nom de l'unité⁸ occupe dès lors une place plutôt secondaire et doit se soumettre à ce tempo médical.

Stabiliser les symptômes ou soigner les patients ?

Sur le tableau de présence du bureau infirmier, qui dresse l'état d'occupation des chambres, les activités psychothérapeutiques⁹ sont symbolisées, au même titre que les parloirs ou les extractions hors de l'unité, par un pion jaune qui indique que le patient n'est plus dans son unité d'hébergement. Sous le nom des patients est en revanche indiqué en rouge le nom du psychiatre référent et en italique la date d'arrivée dans l'unité, comme pour rappeler à l'équipe que l'efficacité de son travail se mesure par la durée – courte – des hospitalisations. Les psychothérapeutes occupent donc une place marginale dans l'unité : intervenant pour la plupart ponctuellement dans le service, ils ne sont pas invités aux réunions qui rythment le quotidien de l'unité. Lorsqu'il me présente l'emploi du temps des patients, un infirmier désigne d'ailleurs ces soins comme des « loisirs » (*Freizeitsbeschäftigung*).

Mardi après-midi, seule réunion (hebdomadaire) autour de l'offre thérapeutique, qui révisé le programme thérapeutique de chaque patient. Sont présents deux psychiatres, la psychologue, le musicothérapeute, l'art-thérapeute et l'ergothérapeute de l'unité. Avant de faire le tour des patients, l'art-thérapeute prend à partie les deux psychiatres : elle a appris par un autre patient que Monsieur Wirchow était reparti en prison. Elle ne comprend pas pourquoi elle n'en a pas été informée plus tôt : le patient n'a pas eu le temps de terminer la sculpture qu'il préparait, elle n'a pas pu discuter avec lui de l'objet terminé, alors que tout l'intérêt de son travail repose selon elle sur ce dernier échange. Les psychiatres s'excusent, proposent de veiller à mieux faire circuler l'information, reportent sans le dire

⁸ APP (*Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie*) signifie en effet « service psychiatrique et psychothérapeutique ».

⁹ Education psycho-sociale, ergothérapie, musicothérapie, art-thérapie.

la faute sur leur chef qui a le nez rivé sur le calendrier. La psychologue est elle aussi agacée, ce n'est selon elle pas la première fois que cela se produit : elle ne peut presque jamais mener à son terme les courtes formations qu'elle mène avec les personnes détenues sur la schizophrénie. Elle aussi s'interroge sur la reconnaissance portée au travail qu'elle mène.

Journal de terrain, 20 novembre 2012

Le mécontentement de ces deux thérapeutes révèle la place subsidiaire laissée aux psychothérapies dans le service. La réunion sur l'offre thérapeutique tranche d'ailleurs avec le quotidien de l'unité : en effet, il n'y est plus question de diagnostic ou de traitement, mais d'une évaluation psychologique des patients.

Monsieur Kiehl, l'un des participants de son atelier de formation, « se bat avec lui-même » résume la psychologue, qui indique que les voix semblent avoir faibli et qu'il s'engage plus volontairement dans ses ateliers. À propos de Monsieur Engel, l'art-thérapeute commente son choix du mot « autonomie » dans un atelier de décoration de tee-shirt : « il a pris la bonne voie ! ». D'un autre patient, la psychologue juge qu'il est désespéré et que son « moi intérieur est fragmenté » et qu'il est « trop psychotique » pour réellement profiter des activités pour le moment. Un patient « plutôt à l'aise dans son élocution et dans sa pensée » est regardé avec méfiance par l'ergothérapeute qui trouve « qu'il connaît bien la psychose et qu'il en joue peut-être un peu : hier il était complètement fou, mais je me demande s'il ne jouait pas un peu le fou ».

Journal de terrain, 20 novembre 2012

On peut analyser ces réunions comme des moments qui permettent aux thérapeutes d'affiner leur appréciation des patients, mais qui témoignent aussi d'un besoin de se rassurer mutuellement de l'utilité du travail thérapeutique mené dans une unité qui lui accorde à la fois de la place (beaucoup de bureaux) et peu de temps (du fait de l'accent mis sur le traitement médical). Lors de ces réunions, un autre type de discours sur les patients émerge, qui propose une approche moins biomédicale et plus psychothérapeutique des personnes accueillies dans l'unité. Ces activités thérapeutiques constituent une parenthèse, au cours de laquelle se dessine la volonté des thérapeutes de faire advenir un autre sujet que le sujet « détenu », enfermé qui plus est dans un trouble psychiatrique.

Encadré 18 Psychologues en milieu médical

Les psychologues cliniciens et psychothérapeutes occupent une position particulière dans la division du travail de soin des services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt. Ils sont en effet placés sous l'autorité du chef de service et leur rôle dépend largement de l'appréciation, par celui-ci, du travail psychothérapeutique par la parole. N'étant pas médecins, les psychologues n'ont ni le pouvoir de prescrire des médicaments, ni celui d'organiser des soins sans consentement. Les grilles salariales des psychologues, pour la plupart titulaires d'un diplôme de psychologue clinicien (*Psychothérapeute*) mais parfois également docteurs en psychologie, sont par ailleurs nettement plus faibles que celles des psychiatres, docteurs en médecine. En revanche, les psychologues cliniciens de la fonction publique hospitalière bénéficient en France de temps de « formation, d'information et de recherche » (d'une durée hebdomadaire de 11h30). Cette différence de reconnaissance sociale résulte selon Thomas Le Bianic (2013) de la difficulté pour la psychologie depuis le début du 20^{ème} siècle à se constituer en profession reconnue par l'État. Profession « balkanisée », la psychologie apparaît faible face à la psychiatrie, qui bénéficie de son inscription dans le champ médical, et qui a toujours tenté de maintenir les psychologues dans un rôle de « techniciens auxiliaires ». On peut voir dans la participation active de nombreux psychologues français à la constitution de nouveaux « segments professionnels » (voir seconde partie) comme une stratégie

individuelle et collective pour échapper à la tutelle des psychiatres. À Grünstadt, les psychologues ont également un autre moyen pour sortir de la tutelle médicale : ils peuvent rejoindre les services proprement pénitentiaires, décrits au chapitre 4. Les psychologues de ces services, qui ont parfois travaillé en milieu médical (psycho-légal notamment) apprécient d'ailleurs particulièrement cette indépendance retrouvée.

Mais ces activités sont toujours suspendues à la durée de l'hospitalisation, dans une unité qui centre son action sur des objectifs principalement liés à la stabilisation du traitement et beaucoup moins sur un travail de soins qui engagerait une conversion du sujet malade en patient. En se donnant une mission essentiellement technique d'intervention sur les troubles psychiatriques, cette psychiatrie « biomédicale » semble adopter une position volontairement neutre vis-à-vis de l'enfermement carcéral.

Une neutralité technique face à l'enfermement carcéral

Tentant de réduire la file active de l'unité, les psychiatres de l'APP réduisent le champ d'intervention du service aux pathologies psychiatriques en phase aiguë, telles que décrites par les outils diagnostiques internationaux. C'est d'ailleurs en utilisant les cotations de la classification internationale des maladies (CIM 10) que Manfred Birchel me décrit les patients reçus à l'APP :

« Je ne sais pas si tu es familière de cette classification ? [...] En gros, on a surtout dans les F20, tout ce qui est schizophrénies et troubles délirants et les F30, tous les troubles de l'humeur, mais dans des phases aiguës, de crise... »

Entretien Manfred Birchel, psychiatrie, 12 novembre 2012

A l'instar de Manfred, l'équipe médicale évalue la gravité des troubles en fonction de la symptomatologie propre aux pathologies psychiatriques et prend peu en compte le contexte spécifique d'enfermement pénitentiaire, qui peut également produire des souffrances psychiques. Le service exclut de sa file active les patients dont les souffrances résulteraient non d'une maladie psychiatrique, mais du quotidien carcéral :

Monsieur Sommer arrive dans l'unité pour ce que la psychiatre en chef présente comme « un conflit chronicisé avec l'administration pénitentiaire » : l'homme a commis plusieurs tentatives de suicide pour protester contre l'état d'insalubrité de sa cellule. Avant même son arrivée il est déjà question de son retour en prison : « Bon, on le prend, mais pour moi c'est clair, il n'y a pas de trouble psychiatrique, pour moi c'est un problème carcéral ». L'infirmier qui l'accueille dans l'unité lui demande : « Vous vous sentez malade ? ». « Non, répond l'homme, juste épuisé, j'ai passé sept jours en cellule sécurisée ». « Bon, ben je vous préviens tout de suite, vous n'allez pas rester longtemps chez nous, vous n'avez pas de maladie psychiatrique », tranche l'infirmier. Placé volontairement en chambre double avec un patient à l'hygiène douteuse, l'homme, que l'équipe considère unanimement comme un perturbateur (*Vollzugsstörer*) repart en prison moins d'une semaine plus tard.

Journal de terrain, novembre 2012

L'équipe soignante de l'APP entend rester à l'écart des conflits intra-pénitentiaires : dans l'extrait présenté ici, Monsieur Sommer est qualifié de perturbateur (*Vollzugsstörer*), et les souffrances psychiques dont il prétend souffrir du fait des conditions matérielles de son incarcération ne sont pas requalifiées en trouble psychiatrique ; son problème ne relève dès lors pas de l'APP. La volonté d'écourter le séjour de Monsieur Sommer témoigne du fait que l'expression d'une souffrance psychique n'est pas suffisante pour accéder à l'unité. Encore faut-il que l'équipe

puisse diagnostiquer un trouble psychiatrique grave, entendu par l'équipe au sens de trouble d'origine « biomédicale ». La souffrance de Monsieur Sommer est ici disqualifiée parce qu'elle s'origine dans le contexte carcéral. Ce faisant, l'unité refuse de fait de se positionner en arbitre face à des patients qui manifestent un grief contre l'administration pénitentiaire, fût-il effectivement la source d'une souffrance insupportable¹⁰.

L'accueil de l'APP peut être qualifié d' « hospitalité entrouverte » (Dodier, Camus, 1997), dans le sens où les personnes en souffrance qui ne remplissent pas les critères d'accès au service psychiatrique sont invitées à aller trouver ailleurs le moyen de se soigner. Le service participe, ce faisant, à produire pour certaines personnes comme Monsieur Sommer, des « zones d'impasse », qui se traduisent en conflits chronicisés avec l'institution carcérale. Ces critères, sans doute nécessaires au vu de la petite taille du service, résultent également d'une définition biomédicale du soin psychiatrique. Cette conception du soin permet à l'unité d'adopter un rôle très technique et à l'équipe de ne pas se prononcer sur la légitimité de l'incarcération des personnes détenues : l'objectif de l'unité est simplement de remettre dans le circuit des personnes dont l'état de santé mental ne permettait plus, temporairement, d'y circuler. Cette apparente neutralité résulte peut-être d'une plus grande confiance dans le fonctionnement de la prison, qui n'est pas, à leurs yeux, une institution frappée d'opprobre.

La situation est fort différente à l'UHSA de Tourion, qui se donne implicitement pour mission de protéger ses patients vulnérables d'un enfermement carcéral jugé pathogène, voire illégitime pour les patients dont le discernement est jugé fortement altéré et qui semblent avoir fait les frais du mouvement de « responsabilisation » décrit au chapitre 2.

b) UHSA de Tourion : protéger de la prison au point de s'y substituer ?

L'UHSA de Tourion dispose de 60 lits répartis en trois unités proposant trois modalités de prise en charge différentes : une unité d'accueil et de crise (qui reçoit également les femmes et mineurs en hospitalisation libre ou contrainte), une unité de soins sous contrainte¹¹ et une unité d'hospitalisation libre. Reprenant une distinction assez classique dans la psychiatrie hospitalière publique, ces trois unités témoignent de la volonté de l'équipe de proposer des soins équivalents à

¹⁰ Le service peut néanmoins parfois être subordonné aux exigences de la justice : ainsi j'apprends qu'un patient en détention provisoire et déterminé à se donner la mort est placé en cellule « d'intervention de crise » et sous observation constante d'un infirmier depuis déjà plusieurs semaines. Il doit comparaître pour un double crime commis sur des membres de sa famille dans un contexte d'héritage, et sait qu'il risque une peine de prison à perpétuité. Son placement suscite un certain malaise chez les soignant-e-s, qui estiment assez illégitime la contrainte exercée sur cet homme. D'ailleurs, l'homme parviendra, quelques semaines plus tard, à réaliser ce que Matthias Guth me décrira comme un « suicide de bilan » (*Bilanzsuizid*).

¹¹ Unité de « soins à la demande d'un représentant de l'État » (SDRE), c'est-à-dire décidés par arrêté préfectoral sur la demande d'un psychiatre, sans le consentement de la personne concernée par les soins. Cette modalité d'hospitalisation représente environ 30% des hospitalisations dans l'UHSA de Tourion. De nombreuses hospitalisations sans consentement se poursuivent cependant sous la forme d'hospitalisations consenties, ce qui témoigne de l'appréciation positive que les patients font de l'UHSA (voir infra).

ceux d'un hôpital en milieu ouvert, à l'exception des hospitalisations en urgence¹². Cependant, le malaise de l'équipe face à la prison transparaît dans la conception de ces espaces de soins autant que dans la gestion des flux de patient·e·s à l'UHSA, qui tend, sans pour autant en avoir les moyens matériels, à proposer un régime différencié à tous les patient·e·s jugés trop vulnérables pour rejoindre la détention classique.

Soigner les maux de la prison

Comme l'a montré le chapitre 3 sur le système de professions de la prison de Tourion, l'équipe psychiatrique juge plutôt nocifs les effets de l'incarcération sur la santé mentale des personnes détenues. À Tourion, plusieurs psychiatres et psychologues de l'équipe participent d'ailleurs depuis les années 1990 à des recherches sur les souffrances psychiques liées à l'incarcération. Je rencontre au cours des terrains réalisés dans les services psychiatriques plusieurs internes qui consacrent leur thèse de médecine à l'impact négatif de l'enfermement carcéral sur différentes pathologies psychiatriques (troubles bipolaires, schizophrénies paranoïdes, etc.).

Cette arrière-pensée guide la façon dont les psychiatres conçoivent les trois unités de l'UHSA : si ces unités sont caractérisées par des modalités de prise en charge identiques à celles des hôpitaux psychiatriques classiques, leur utilisation est cependant pensée en rapport avec le milieu d'où proviennent les patient·e·s : la prison. Ainsi, « l'unité d'accueil et de crise » est présentée comme une unité chargée tout particulièrement d'accueillir les personnes détenues en état de « choc carcéral » qui présentent un risque de suicide important dans les premiers temps de leur incarcération tandis que l'unité de « soins sans consentement » accueille des personnes détenues dont l'état serait incompatible avec leur maintien en détention. De son côté, « l'unité d'hospitalisation libre » accueille fréquemment des patient·e·s pour des « séjours de rupture », visant à aider les personnes à retrouver un équilibre psychique à l'écart de la détention. La coordinatrice de l'UHSA aimerait enfin faire de cette troisième unité un espace de « préparation à la sortie » (de prison) pour les personnes détenues qui nécessiteront un suivi psychiatrique une fois libérées. En somme, ces trois unités sont pensées en réponse à des états pathologiques produits par l'incarcération. Les expressions de « choc carcéral », de « séjour de rupture » ou encore « d'états incompatibles avec l'incarcération » témoignent bien de cette conception du soin : il s'agit, au fond, de soigner les maux de la prison. Les soignant·e·s ont une lecture « humanitaire » de leur mission en milieu pénitentiaire :

« Si je travaille en prison, c'est peut-être parce que je ne suis pas à l'aise avec la violence de la prison... Je me dis que par mon travail de psychiatre, au fond, je peux diminuer un peu le côté répression... Enfin, je ne suis pas là pour punir quoi, mais plutôt pour adoucir un peu le quotidien de personnes malades qui déjà s'en prennent plein la figure face à la justice ».

Entretien Mélanie, psychiatre, 10 août 2011

¹² Cette exception, introduite au cours des négociations nationales sur le fonctionnement des UHSA, vise à priver l'administration pénitentiaire de la possibilité de recourir à l'UHSA pour éloigner des personnes détenues pour des raisons autres que psychiatriques. L'hospitalisation en UHSA nécessite le signalement d'un premier psychiatre au sein de l'établissement pénitentiaire d'origine.

Ce discours entraîne dans la pratique une certaine sympathie pour les personnes détenues, victimes d'un enfermement néfaste et oppressant :

Aldée, la psychiatre en charge de l'unité d'hospitalisation d'office, entre dans le bureau des infirmier·e·s. Elle vient de s'entretenir avec le jeune homme arrivé le matin même depuis la prison de Tourion : « vous allez rire, c'est comme dans Vol au-dessus d'un nid de coucou, on a notre Jack Nicholson ! ». Elle nous raconte que voulant rejoindre l'autre bâtiment de la maison d'arrêt, dans lequel était incarcéré son frère, il a suivi les conseils d'un codétenu et s'est fait passer pour fou. En effet, le bâtiment est connu pour accueillir en priorité les personnes présentant une certaine vulnérabilité psychique. Il a donc fabriqué une lame artisanale et a menacé le surveillant qui ouvrait sa cellule, nous explique-t-elle en riant : « il a dit 'je vais me faire du mal à moi-même ou aux autres', comme ça, en reprenant mot pour mot leur jargon ». Ne voyant pas de réaction de la part de l'administration pénitentiaire, « il a cru que son stratagème avait foiré », jusqu'à ce que la porte de sa cellule s'ouvre brutalement, qu'il soit plaqué au sol par les ERIS (équipes régionales d'intervention et de sécurité), puis, avec l'accord hâtif d'un psychiatre et du préfet, conduit en hospitalisation d'office à l'UHSA. L'homme est penaud, Aldée nous explique qu'elle s'est retenue de rire pendant tout l'entretien et qu'elle a tenté de le rassurer, en lui expliquant que personne ne le forcerait à prendre des médicaments et qu'il allait repartir rapidement en détention. Par contre, elle s'inquiète, parce qu'il risque de devoir retourner au mitard. Les internes se regardent interloquées : « non, c'est pas possible ? De retour d'HO (hospitalisation d'office), ils le mettraient au QD (quartier disciplinaire) ? ». Aldée répond avec dédain : « Ah mais oui, ils en sont bien capables, à Tourion ils insistent, il faut que les détenus fassent leurs jours de QD ! ».

Journal de terrain, lundi 24 mars 2014

Dans le récit d'Aldée, le patient est dépeint aux traits de David contre le Goliath pénitentiaire. Elle rit de sa ruse autant que de la crédulité des gardiens, qui se sont laissé berné par une folie simulée. Elle conteste par ailleurs les règles disciplinaires de la prison, qui punit même des personnes qui ont été placées en soins sans consentement et ne tient donc pas compte de l'hospitalisation comme indice d'une fragilité psychique. Au fond, elle semble, comme les internes auxquelles elle s'adresse, juger inhumaine et archaïque cette forme de punition, puisqu'elle s'inquiète même que s'y retrouve ce patient qu'elle juge tout à fait sain d'esprit.

Si l'UHSA n'est donc pas un service hospitalier comme les autres, c'est qu'il entretient avec le milieu de vie ordinaire de ses patient·e·s une relation de défiance : la prison est un univers néfaste et pathogène, face auquel le service fait figure d'oasis dans le désert. Une telle conception de la prison comme univers pathogène amène les équipes à considérer que toute personne détenue est un être en souffrance, donc un patient·e potentiel. Les places étant comptées à l'UHSA, la question de la gestion des flux se pose dès lors de façon chronique.

« On ne va pas l'envoyer au casse-pipe » : gérer les retours en détention

Alimentée par l'image calamiteuse de la prison et le récit que font certains patient·e·s de la vie quotidienne en détention, l'idée s'installe progressivement que l'UHSA a un devoir envers toutes les personnes jugées trop souffrantes ou trop vulnérables. Il s'agit de ne pas les envoyer « au casse-pipe » :

En réunion de synthèse, Aldée aborde le cas de Monsieur Vuillet, qui risque « d'avoir une grosse peine, 15 ans au moins ». Elle est à peu près sûre qu'il sera condamné « vu l'atrocité des faits ». Une interne demande : « nous on ne peut rien faire ? ». Aldée explique que l'homme est condamné en récidive, qu'il devra donc purger les 2/3 de sa peine avant de sortir éventuellement en « conditionnelle

médicale », mais que le temps que le tribunal de l'application des peines se réunisse, il est possible qu'il reste longtemps en prison. La deuxième interne s'inquiète : « en prison, il risque de passer à l'acte, il n'a rien à faire là bas ! ». Un infirmier liste les activités auxquelles il a déjà participé. Il trouve qu'il est difficile de négocier avec lui. Le chef de clinique propose de lui faire un planning médical d'activités. Après avoir établi ce planning, Aldée conclut : « ici, c'est un environnement sécurisé pour lui. D'une façon ou d'une autre, on va le garder un petit peu ».

Journal de terrain, 25 mars 2014

Ce problème de gestion des flux se manifeste par des discussions permanentes sur la décision de sortie des personnes hospitalisées. Mais contrairement à l'APP de Grünstadt qui tentait d'écourter au maximum les hospitalisations, l'enjeu est ici inverse : il s'agit de trouver le moyen de protéger les personnes les plus vulnérables de la prison tout en conservant une capacité d'accueil pour de nouveaux patient-e-s et sans faire « exploser les durées moyennes de séjour »¹³.

Trois solutions sont régulièrement envisagées pour repousser le retour en prison : la première consiste à créer un parcours de soin au sein de l'UHSA, en transférant un patient des unités de crise ou de soins sans consentement, où les séjours sont censés être plus courts, vers l'unité d'hospitalisation libre. Une deuxième solution repose sur l'organisation d'un séjour intermédiaire dans l'unité d'hospitalisation de jour du SMPR de Tourion. Cette solution reporte cependant sur cette petite unité de 10 lits la gestion du retour en détention. Les psychiatres qui y travaillent semblent de plus en plus réticents à l'idée de devenir le centre « postcure » de l'UHSA :

En réunion de synthèse, Annie, la psychiatre de l'unité de crise propose un retour graduel en prison pour un patient qu'elle juge stabilisé. Elle hésite cependant : « le problème c'est qu'on est grillé au SMPR à cause de Monsieur Drumont, qui a tellement peur de rentrer en prison qu'il passe à l'acte (tentative de suicide) à chaque fois qu'on lui parle de retour ».

Journal de terrain, 25 mars 2014

La troisième solution consiste à organiser des hospitalisations dites « séquentielles » ou « séjours de rupture », c'est-à-dire à ponctuer la peine de prison de passages à l'UHSA¹⁴. Cette troisième solution produit un contingent important de « revolving door patients », c'est-à-dire de patient-e-s régulièrement hospitalisés pour les mêmes motifs.

Le bassin de recrutement de l'UHSA de Tourion comprend une dizaine de prisons – et donc plusieurs milliers de personnes détenues. L'équipe médicale est dès lors contrainte de hiérarchiser les demandes. On observe dans le quotidien des unités les critères qui président à ce jugement.

¹³ La durée moyenne d'hospitalisation est un indicateur classique de mesure de l'activité hospitalière. Des instructions ministérielles fixaient, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, une durée moyenne d'hospitalisation de 30 jours. Mais cette contrainte a rapidement été levée, laissant aux équipes la liberté d'ajuster la longueur des séjours à l'évaluation des besoins. L'exigence de maintenir des durées moyennes d'hospitalisation et un taux d'occupation similaires à ceux des services psychiatriques, ainsi qu'une proportion d'hospitalisations libres à plus de 50% témoigne une nouvelle fois du souci d'apparaître comme un service hospitalier comme les autres.

¹⁴ Cette troisième solution n'est pas tout à fait nouvelle : avant l'ouverture des UHSA, elle était déjà pratiquée par les psychiatres du SMPR qui s'appuyaient – en le détournant de son but originel – sur le cadre légal de l'hospitalisation d'office (§D398 du code de procédure pénale) pour proposer aux personnes détenues des « séjours de rupture » plus ou moins fréquents, hors du milieu carcéral. Mais l'UHSA donne aux équipes une plus grande latitude – et à leurs patients une plus grande marge de négociation – dans l'organisation de ces « hospitalisations séquentielles » car c'est elle qui gère les entrées et les sorties d'hospitalisation.

Hierarchiser les vulnérabilités, définir les patient-e-s légitimes

Particulièrement sensibles à la question de la « responsabilisation pénale » des personnes présentant des troubles mentaux, c'est-à-dire à l'incarcération croissante de patient-e-s dont le discernement est parfois très altéré, les psychiatres de l'UHSA considèrent ces patient-e-s à la frontière de l'irresponsabilité comme des clients particulièrement légitimes pour l'unité. Plusieurs personnes encore en détention provisoire, séjournent ainsi à l'UHSA dans l'attente d'une éventuelle déclaration d'irresponsabilité. Ainsi, un homme suivi depuis longtemps pour troubles bipolaires et qui a commis un homicide violent « sur l'ordre de son chat » attend son procès à l'UHSA après avoir débuté sa détention provisoire dans une unité pour malades difficiles. Mais l'UHSA accueille également des personnes condamnées dont le comportement interroge cependant les soignant-e-s sur le degré d'altération de leur discernement :

Monsieur Tristan est l'archétype du « fou » tel que le décrit Goffman dans la « folie dans la place ». Ses propos délirants et son comportement irrationnel perturbent ses interactions sociales avec les autres patients de l'unité de soins contraints - qui tous le trouvent unanimement « fou ». Pendant le petit-déjeuner, je le vois marmonner puis lancer de façon inattendue en désignant un aide-soignant d'un doigt menaçant : « toi, tu es viré ! ». Le décrivant comme « délirant en permanence et très isolé des autres », Aldée, la psychiatre de l'unité m'explique que beaucoup de patients qui attendent une expertise viennent la voir inquiets : « ils me disent 'franchement, Madame, si lui il a pas été irresponsabilisé, j'ai aucune chance moi ! Ça sert à rien d'essayer !' et ils n'ont pas tort ! C'est un mystère pour tout le monde qu'il soit ici ». Monsieur Tristan est en prison depuis quelques années pour des faits de violences sexuelles et sortira dans quelques mois pour débiter un suivi socio-judiciaire de 8 ans. Atteint selon l'équipe d'une « schizophrénie kraepelienne » qui altère progressivement ses capacités cognitives, l'homme, qui a moins de trente ans et que la psychiatre considère désormais « dépendant de l'institution » sera immédiatement hospitalisé à sa sortie de prison.

Journal de terrain, 24 mars 2014

Pour ces personnes, accueillies pour des séjours dépassant souvent la moyenne locale de 30 jours d'hospitalisation, puis éventuellement ré-hospitalisées régulièrement pour des « séjours de rupture », le service se voit chargé d'organiser le temps de la peine - et celui de la sortie. Les psychiatres de l'unité s'interrogent d'ailleurs parfois sur cette situation, qui tend à transformer l'UHSA en « régime pénitentiaire différencié » pour des personnes responsabilisées en dépit de troubles psychiatriques graves et jugés incompatibles avec la détention :

« Moi j'ai des patients, je me dis mais le renvoyer en détention, il est pas apte... mais en même temps s'il était à l'hôpital je le ferais sortir, je le mettrais dans une structure adaptée. Ils ont pas leur place à l'hôpital parce qu'ils sont trop stabilisés pour ça, mais les renvoyer en détention, ça va les faire décompenser tout de suite. Donc on arrive dans quelque-chose qui est un peu pervers, où ça veut dire qu'ils sont condamnés à de l'hôpital, et là je trouve pas ça normal. »

Entretien Zoé, interne, 3 avril 2014

Si les personnes estimées quasiment irresponsables constituent des patient-e-s par excellence - on juge en effet qu'ils « relèvent d'une hospitalisation », il s'agit pour les autres patient-e-s d'évaluer le degré de vulnérabilité à la prison, c'est-à-dire d'estimer qui sera le moins à même de perdre pied en détention.

Monsieur Bruine est hospitalisé pour troubles dépressifs majeurs. Hors des phases de « grande tristesse », il ne présente plus « d'indication pour un maintien sous contrainte ». Une interne s'interroge : « on ne peut pas imaginer que ça puisse bien se passer pour lui en prison... On fait quoi, on le passe en hospit' libre ? ». Aldée lui « laisse » encore une semaine pour le préparer à l'idée d'un retour, « même si au fond, il est bien possible qu'on le revoie bientôt ».

Journal de terrain, 24 mars 2014

Le travail ne consiste donc pas seulement à stabiliser des symptômes, mais à calmer des souffrances pour permettre aux patient·e·s d'affronter le retour en prison, toujours envisagé comme un événement douloureux. Par conséquent, un patient qui manifeste une souffrance moins aiguë et semble capable d'encaisser le retour en détention sera un bon candidat pour la sortie.

Le service entend donc constituer un lieu refuge, un asile pour les personnes en souffrance dans l'univers carcéral et tout particulièrement pour celles qui auraient dû, selon l'équipe, être irresponsabilisées pénalement. Si la gestion des flux de patient·e·s constitue également pour ce service un problème chronique, elle témoigne cependant d'un positionnement assez différent de celui de l'APP vis-à-vis de la prison : ce n'est pas ici la neutralité technique du soin psychiatrique qui est mise en avant, mais plutôt la capacité de l'unité à apaiser des souffrances produites ou attisées par la prison. À côté des symptômes psychiatriques, les soignant·e·s prennent ici en considération l'environnement carcéral et ses conséquences sur la santé mentale de leurs patient·e·s. L'hospitalité de l'APP pouvait être décrite comme « entrouverte », elle pourrait ici être qualifiée de « dissidente ».

Positionnés à l'écart de la détention, ces services tentent, on l'a vu, de proposer un cadre hospitalier similaire à celui des services de psychiatrie ordinaire. Cependant, les patient·e·s qu'ils reçoivent sont également des détenus : l'incarcération ne cesse pas lorsqu'ils sont hospitalisés. Il revient dès lors aux professionnel·le·s de première ligne (infirmier·e·s, aide-soignant·e·s et agent·e·s hospitaliers) de gérer certaines missions de surveillance excédant le cadre hospitalier.

2. Gérer l'enfermement

Si les soignant·e·s insistent sur l'importance de recréer un cadre hospitalier identique à celui d'un service de psychiatrie ordinaire, ils travaillent néanmoins dans l'ombre de la prison. Chargés de certaines missions de surveillance et de contrôle, les infirmier·e·s expérimentent dans ces unités les dilemmes vécus par les surveillant·e·s pénitentiaires – et sont suspectés par la hiérarchie médicale d'accorder trop d'importance à la sécurité au détriment du soin. La création de services hospitaliers à l'écart de la détention semble ainsi avoir pour effet d'importer dans ces services les conflits décrits aux chapitres 3 et 4 entre soignant·e·s et surveillant·e·s.

a) Un « cadre » hospitalier dans l'enceinte carcérale

L'encastrement des services de soins psychiatriques dans le dispositif sécuritaire de l'institution carcérale produit une certaine confusion architecturale : de l'extérieur, ces services ressemblent à des petites prisons. Les bâtiments disposent des éléments habituels de l'architecture carcérale : murs d'enceinte, grillages et barbelés, barreaux, sas et systèmes de vidéo-surveillance. On pourrait penser que cette architecture, conçue pour susciter la crainte, réveille chez les agents qui y travaillent et les patient·e·s qui y séjournent les « fantômes de la pensée et de la peur » que suscite la prison (Chauvenet et al., 2008, chapitre 2). Un effort important est investi, entre les murs, pour effacer cette confusion, mais également pour justifier l'existence de ces services d'hospitalisation. En effet, l'hospitalisation à plein temps ne constitue ainsi plus, ni en France ni en Allemagne, la modalité principale de prise en charge et doit désormais « être légitimée, accompagnée d'un discours et de pratiques qui la justifient aux yeux des patients », mais également aux yeux des professionnel·le·s qui « doivent être convaincus de la nécessité de leur entreprise et de la forme qu'elle prend » (Coutant, 2012, p.110). L'enjeu est ici professionnel autant qu'éthique, il s'agit de se convaincre que l'intervention est thérapeutique, mais également dans l'intérêt supérieur du patient.

Cet effort de clarification du rôle de ces services psychiatriques se traduit dans les termes employés par les soignant·e·s. À Grünstadt comme à Tourion, la référence au cadre hospitalier est constante. Les « patient·e·s » sont hébergés dans des « chambres » dont seuls les infirmier·e·s ont les clefs. La vie des services est rythmée par les « activités thérapeutiques » organisées par les infirmier·e·s ou les thérapeutes des unités et par la distribution des traitements psychotropes, qui précède systématiquement les repas, livrés par l'hôpital public à Tourion. Ces repas sont pris en commun, dans une salle collective. Ils sont servis par les aide-soignant·e·s ou infirmier·e·s présents qui mangent parfois avec les patient·e·s. À Grünstadt, les « patients » peuvent regarder la télévision ensemble dans une salle de repos, à Tourion, des canapés sont disposés autour d'un poste de télévision dans le patio central. Le quotidien de l'unité psychiatrique et psychothérapeutique de l'hôpital pénitentiaire de Grünstadt est organisé autour du soin : chaque journée commence par une réunion de synthèse de l'équipe médicale (*Frühbesprechung*) suivie d'un « briefing » matinal avec les infirmier·e·s de chacune des deux ailes de l'unité et d'un bilan sur les dossiers médicaux deux fois par semaine. La semaine est par ailleurs ponctuée de rencontres collectives avec les patients : rencontre avec le médecin chef le lundi matin, assemblée des patients (*Patientenversammlung*) le mardi matin, visite des chambres par l'ensemble des psychiatres le vendredi matin. Tout est prévu pour « créer un emploi du temps structuré autour de la thérapie » comme me l'explique un infirmier de l'unité. De la même façon à Tourion, le « projet de soin » est constamment placé au centre. Les réunions ont pour objet la planification ou l'évaluation des « projets de soin » individuels, et la majorité des interactions et des activités, décrites et consignées par les infirmier·e·s dans des cahiers de transmission, visent à évaluer l'efficacité des traitements prodigués. Pour reprendre les termes classiques de la sociologie interactionniste, les thérapeutes dessinent un « schéma directeur de la trajectoire », un plan d'ensemble qui articule les « séquences de tâches » qu'ils réaliseront avec les infirmier·e·s et les aide-soignant·e·s (Strauss, 1992, p.191). Cette relation de soin, qui a pour horizon

la guérison, la santé ou au moins la normalisation d'un état, sert d'ailleurs de support à des interactions qui seraient exceptionnelles, en France, entre surveillant·e-s et détenu·e-s : une partie de foot, une discussion dans le fumoir, un café partagé pendant le petit-déjeuner, un atelier de cuisine, de musique ou de jardinage.

Le souci de faire de ces espaces des lieux d'hospitalisation se manifeste dès le premier contact des soignant·e-s avec leurs patient·e-s. Lorsque les infirmier·e-s de l'UHSA se déplacent dans un établissement pénitentiaire pour aller chercher une personne détenue placée en hospitalisation d'office, ils se tiennent à l'écart vêtus de leur blouse blanche et laissent les surveillant·e-s exercer la contrainte physique éventuellement nécessaire pour conduire le détenu non consentant aux soins vers l'ambulance. Il s'agit, comme le répètent plusieurs infirmier·e-s reprenant un lexique psychanalytique, d'être le « bon objet » afin de rendre possible « l'alliance thérapeutique ». Ces termes sont révélateurs de l'idéal vers lequel doit tendre la prise en charge au sein du service : elle doit être entièrement mise au service d'un soin psychiatrique légitimé par une attention aux besoins et aux vulnérabilités des personnes accueillies. Ainsi, le terme de « cadre », couramment employé dans l'expression « tenir le cadre » ou « ne pas sortir du cadre » renvoie à une structure symbolique qui permet de s'émanciper du cadre architectural concret particulièrement ambivalent dans lequel se déroulent les soins. Tenir le cadre, c'est également respecter scrupuleusement les diverses procédures qui encadrent l'utilisation des outils de contrainte : les chambres d'isolement de l'UHSA et de l'APP¹⁵ sont soumises au même protocole que dans les services hospitaliers, les hospitalisations sous contrainte, qui représentent environ le tiers des hospitalisations à Tourion, sont organisées dans un respect scrupuleux des procédures. Certificats et arrêtés préfectoraux sont ainsi consignés dans un livre d'hospitalisation soigneusement entretenu par les secrétaires médicales du service. Alors que les formes de contraintes exercées par la psychiatrie, regardées avec suspicion depuis les années 1960, font l'objet de procédures de régulation et de contrôle visant à en limiter et à en encadrer l'usage¹⁶, les équipes médicales de l'APP et de l'UHSA sont soucieuses de ne pas alimenter l'idée que leurs services seraient des « hôpitaux-prisons » ou une résurgence de « l'asile ».

En dépit de ce « cadre hospitalier », de nombreuses règles de fonctionnement rappellent au quotidien la situation ambiguë de ces services, qui doivent concrètement gérer, en plus de l'hospitalisation, l'enfermement carcéral des personnes qu'ils accueillent.

¹⁵ « Kriseninterventionsraum » en Allemagne. Les hospitalisations ne peuvent avoir lieu à l'APP que dans la mesure où la personne détenue y consent, car, comme me l'explique le chef de service, « on part du principe que la personne est responsable lorsqu'elle est incarcérée ». Cependant, pour les personnes en situation de décompensation psychotique qui refusent d'être hospitalisées, le consentement est parfois obtenu à force d'insistance ou à l'issue d'un placement dans une cellule sécurisée de la prison.

¹⁶ L'ouverture de la psychiatrie sur la ville s'est accompagnée de l'évolution de la relation entre psychiatres et patients, avec notamment une attention croissante pour les « droits des usagers » (Bureau, Hermann-Mesfen, 2014). La question de la contrainte en psychiatrie a fait l'objet de différentes formes de régulation : législative tout d'abord (ainsi par exemple, la loi n°90-527 du 27 juin 1990 clarifie les procédures d'hospitalisation sous contrainte, ou encore la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 met en place un contrôle juridique de ces formes d'hospitalisation sans consentement), professionnelle ensuite (par le développement de recommandations de « bonnes pratiques », diffusées notamment par la Haute Autorité de Santé par exemple, pour écarter les usages non thérapeutiques de la chambre d'isolement) et enfin par un contrôle autonome, exercé par le milieu associatif (voir par exemple l'association allemande contre la « contrainte en psychiatrie » ou *Zwangpsychiatrie*) ou par des instances officielles telles que le contrôleur des lieux de privation de liberté. Pour une analyse détaillée de cette question, voir la thèse de Delphine Moreau (Moreau, 2015).

b) Une bienveillante surveillance ?

Lorsque je visite pour la première fois l'UHSA de Tourion, je m'étonne de découvrir que le bureau des infirmier·e·s est entièrement vitré – à l'exception d'un petit local aveugle qui permet de pratiquer des soins plus discrets. Depuis ce bureau vitré, aucun espace de l'unité n'échappe au regard des infirmier·e·s : la salle collective, les portes des chambres, la courette des fumeurs. J'en fais la réflexion aux deux infirmiers qui se trouvent alors dans le bureau. L'un d'eux me répond : « Mais on est un peu des surveillants nous aussi ! Enfin... on fait de la surveillance avec empathie ! ». Son collègue ajoute : « De la surveillance bienveillante ! ». Nous rions.

Journal de terrain, 27 août 2013

Si les infirmier·e·s de l'APP de Grünstadt occupent une fonction hybride d'infirmier·e·s et de surveillant·e·s, la situation de l'UHSA de Tourion place également les infirmier·e·s dans une situation inédite : pour la première fois, ils se trouvent au quotidien face aux personnes détenues¹⁷, sans médiation des personnels de surveillance qui ne sont pas présents dans les unités de soins – les surveillant·e·s exercent une surveillance périphérique du service à partir d'un bureau placé à l'entrée de la structure et ne peuvent accéder aux unités qu'à la demande expresse des soignant·e·s. À l'APP comme à l'UHSA, les infirmier·e·s sont donc investis de missions de surveillance pénitentiaires.

Surveillant·e·s formés au métier d'infirmier à l'école pénitentiaire de Grünstadt pour la génération la plus ancienne ou infirmier·e·s formés au métier de surveillant pour les plus jeunes, les soignant·e·s (*Pfleger*) de l'APP ont une double fonction officielle : ils appartiennent à la hiérarchie médicale pour ce qui relève du soin et à la hiérarchie pénitentiaire pour ce qui relève de la sécurité. Le mélange des rôles se traduit tout d'abord par un double travail d'observation des patients : aux classeurs de transmissions médicaux s'ajoutent les relevés de présences et d'incidents remplis pour l'administration pénitentiaire. Cette double fonction se manifeste par l'habit professionnel de ces agent·e·s, qui peuvent revêtir à leur convenance une tenue blanche ou bleu marine. Certains infirmier·e·s combinent ainsi les deux uniformes, choisissant par exemple de porter un pull bleu orné de l'écusson de l'administration pénitentiaire et un pantalon blanc. Cette hybridation des uniformes témoigne de la dimension paradoxale de leur mission, que soulignent tous les infirmier·e·s avec lesquels je discute :

« Le plus dur dans notre métier, c'est d'avoir le pénitentiaire (*Vollzügliche*) et le soignant (*Pflegerische*) dans une même personne » m'explique Siegfried, qui a d'abord été surveillant avant de se former pour devenir infirmier au début des années 1990 parce qu'il était fatigué d'être « là pour ouvrir des portes ». Il m'explique : « ces rôles « se mordent » (*das beisst sich*) : d'un côté nous sommes la main qui aide, de l'autre, nous sommes aussi celle qui vient déranger les affaires personnelles ».

Journal de terrain, 12 novembre 2012

Siegfried fait ici référence aux fouilles qui doivent théoriquement avoir lieu tous les jours, mais que l'équipe ne réalise en réalité à cette fréquence qu'en cas de suspicion de consommation de drogue.

¹⁷ Jusqu'à l'ouverture des UHSA, les infirmier·e·s travaillent toujours à proximité des surveillant·e·s dans les coursives de la détention, gérées par le personnel de surveillance ou dans les espaces d'hospitalisation de jour, partagés avec ce personnel. Dans les services psychiatriques extérieurs à la prison, les équipes infirmières accueillent régulièrement une ou deux personnes placées en hospitalisation d'office. Nous avons montré dans le chapitre 3 que ces hospitalisations avaient souvent lieu en chambre d'isolement.

Pour Anita, qui vient du monde médical et s'est formée au début des années 2000 pour devenir agent pénitentiaire, l'ambiguïté du rôle n'est jamais aussi grande que lors des extractions¹⁸, réalisées en binôme avec un surveillant-e pénitentiaire non infirmier : « dans ces cas là, nous sommes obligatoirement en bleu, nous avons un gilet pare-balles et une arme de service, et nous devons tirer si c'est nécessaire ! Tirer sur les personnes qu'on soigne, c'est un peu bizarre. Heureusement, ça ne m'est jamais arrivé ».

Journal de terrain, 12 novembre 2012

Cette hybridation des missions d'infirmier et de surveillant suscite à Tourion – et plus largement chez les soignant-e-s exerçant en milieu pénitentiaire – une certaine perplexité, comme en témoigne l'émoi que déclenche la présentation réalisée par Manfred (psychiatre de l'APP) aux journées nationales des SMPR à Lille en novembre 2013 :

Manfred m'envoie la présentation qu'il a prévue de faire aux journées SMPR. Lorsque je l'accueille à Lille où nous avons prévu de visiter quelques structures pénitentiaires en compagnie d'une psychologue d'origine allemande qui doit m'aider à assurer la traduction, nous discutons du contenu de sa communication. Je le préviens : « le public risque d'être assez choqué quand tu parleras des infirmiers-surveillants. C'est un mélange des rôles incompréhensible ici ». Au moment où Manfred aborde cette question, les chuchotements se multiplient dans la salle, quelques voix plus bruyantes se font entendre. Le modérateur appelle la salle au calme, mais l'agitation se poursuit jusqu'aux questions. Une voix s'élève du fond de la salle et lance avec un ton indigné : « Comment acceptez-vous de travailler dans ces conditions ? ». Une psychiatre demande : « Comment s'articulent les missions de soin et de surveillance des infirmiers ? ». Manfred donne des éléments de réponse, il souligne la difficulté à travailler avec les infirmier-e-s qui sont à la fois sous son autorité de médecin et qui peuvent en même temps potentiellement lui donner des ordres relatifs à la sécurité. Mais il précise que les infirmier-e-s n'ont pas tous la même façon de se représenter leur métier, certains sont « de vrais infirmiers dans l'âme ». Les auditeurs commentent désormais à voix haute la présentation de Manfred, la session se conclut sur un brouhaha général.

Journal de terrain, 21 novembre 2013

Encadré 19 Infirmier-e-s en milieu pénitentiaire en France et en Allemagne

À Tourion, les infirmier-e-s amenés à travailler en milieu pénitentiaire sont recrutés par le centre hospitalier universitaire de la ville. En règle générale, ces infirmier-e-s ne reçoivent pas de formation spécifique – une formation *ad hoc* de quelques jours a été organisée pour les premières recrues de l'UHSA. À Grünstadt, les infirmier-e-s sont recrutés par l'école pénitentiaire en fonction des besoins de recrutement de l'hôpital pénitentiaire. Ils reçoivent une formation spécifique de six mois au métier de surveillant-e pénitentiaire, condition *sine qua none* pour pouvoir obtenir le statut de fonctionnaire pénitentiaire et travailler à l'hôpital pénitentiaire. Jusqu'au début des années 1990, l'école pénitentiaire permettait à l'inverse de former des surveillant-e-s pénitentiaires au métier d'infirmier-e. Pour des raisons budgétaires, l'école recrute depuis des infirmier-e-s qualifiés. L'accès au statut de fonctionnaire est une motivation professionnelle non négligeable pour les infirmier-e-s de l'APP de Grünstadt. Ce statut spécifique explique que les infirmier-e-s de l'unité passent une grande partie de leur carrière à l'hôpital pénitentiaire, contrairement aux infirmier-e-s français qui sont nombreux à quitter le milieu pénitentiaire au bout de quelques années.

Le mélange des rôles d'infirmier et de surveillant heurte l'entendement du public français, composé de psychiatres, psychologues, infirmier-e-s et travailleurs-ses sociaux. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre 3, la protection du territoire du soin passe, en France, par une stricte

¹⁸ Chaque jour, l'infirmier sélectionné au hasard parmi l'ensemble du personnel de l'hôpital pénitentiaire pour réaliser les extractions de la journée reçoit la liste des déplacements qu'il accompagnera, ainsi qu'un document spécifiant les éventuelles mesures de sécurité spécifiques à appliquer.

délimitation des groupes professionnels, qui est aussi, implicitement, une hiérarchisation morale de leur identité professionnelle. Cette conception a d'ailleurs guidé les négociations autour de l'ouverture des UHSA : tout a été fait pour que les surveillant-e-s restent au maximum à la périphérie des services psychiatriques. Chargés du contrôle des entrées de biens (cantines, courriers, etc.) ou de personnes (parloirs), de la surveillance des murs d'enceinte et de l'activation des premières portes d'accès au bâtiment, les surveillant-e-s ne peuvent accéder aux unités de soins – et au système de vidéo-surveillance installés dans celles-ci – que lorsqu'ils sont sollicités pour un « prêt de main forte » :

Un patient arrivé hier soir et placé depuis en chambre d'isolement refuse de prendre le traitement antipsychotique qui lui a été prescrit. Depuis le matin, on l'entend chanter à tue-tête puis hurler depuis sa chambre, située près de l'entrée de l'unité, à proximité immédiate des autres patients. Après avoir « réintégré en chambre » les autres patients, qui viennent à peine de terminer leur petit-déjeuner, l'équipe se prépare à réaliser une contention, pour « éviter que tout le service monte », c'est-à-dire pour éviter que l'état d'énervement du nouveau patient ne se propage à tous les patients. Observant la « réintégration en chambre » des patients récalcitrants, je ne vois pas arriver les aide-soignant-e-s et infirmier-e-s des autres unités. Lorsque je me retourne, le couloir est rempli de professionnel-le-s en blanc. Barbara, une infirmière de l'unité qui avait prédit dès le matin que « la journée allait mal tourner », a ôté ses lunettes, et porte les sangles de contention. Près d'elle, Olivier prépare une injection de sédatifs. Derrière la porte, j'aperçois des surveillants qui s'harnachent de protections et de boucliers, prêts à intervenir. Finalement, après dix longues minutes de négociation avec l'interne qui termine sa garde et un infirmier de l'unité, le patient accepte un traitement *per os* (i.e. par voie orale). Les soignant-e-s des autres unités et les surveillants refluent lentement, comme déçus, de l'unité.

Journal de terrain, mardi 25 mars 2014

Lors de ce prêt de main forte, qui ne se conclut finalement pas par une intervention des surveillants au sein de l'unité, les surveillant-e-s ont été appelés en renfort pour « sécuriser l'équipe soignante » qui doit pratiquer un soin contraint sur un patient non consentant. Si l'alarme de « niveau 3 »¹⁹ est ordinairement plutôt prévue pour les cas d'agression physique ou de tentative d'évasion, les surveillants (tous des hommes dans ce cas) sont ici sollicités pour intervenir dans un acte de soin, ou plus exactement pour en réaliser la part la plus coercitive. Cette scène témoigne donc de la difficulté à distinguer clairement le rôle de chaque groupe professionnel en pratique.

Cette distinction est par ailleurs délicate car la relégation des personnels pénitentiaires en dehors des unités de soins a pour conséquence de faire porter par les infirmier-e-s certaines missions habituellement réalisées par les surveillant-e-s : ainsi, ce sont les infirmier-e-s qui sont chargés de s'assurer de la présence effective des patient-e-s deux fois par jour, de surveiller et de signaler éventuellement la présence d'objets ou de substances interdits. En dehors des contrôles pénitentiaires réalisés exceptionnellement par les surveillant-e-s, les chambres sont discrètement fouillées par les agents hospitaliers chargés de leur nettoyage. Les infirmier-e-s exerçant en UHSA reçoivent d'ailleurs, comme tous leurs collègues exerçant en milieu pénitentiaire, une indemnité

¹⁹ Les alarmes de niveau 1 et 2 permettent d'appeler des infirmier-e-s, aide-soignant-e-s et agents hospitaliers (tous des hommes) en renfort.

forfaitaire de risque qui souligne la spécificité et l'ambiguïté de leur rôle²⁰. Enfin, si le système d'alarme et la présence de renforts musclés²¹ permettent à certains infirmier·e·s de l'unité de se sentir plus en sécurité que leurs collègues exerçant dans les hôpitaux psychiatriques, ils nourrissent cependant l'idée que les UHSA sont des lieux dangereux et amènent les infirmier·e·s à se préoccuper de leur sécurité. À Tourion comme à Grünstadt, il semble donc que les infirmier·e·s, qu'ils soient ou non également surveillant·e·s, font dans ces espaces l'expérience d'une méfiance proprement pénitentiaire.

c) De la méfiance dans le soin

On perçoit cette méfiance dans les moqueries qu'ils adressent aux psychiatres – et que l'on pourrait retrouver, *mutatis mutandis* dans le discours de certains surveillant·e·s sur les « intervenant·e·s extérieurs » : les psychiatres sont perçus, par certains, comme naïfs, inconscients de la dangerosité de ces patient·e·s détenus :

« Les médecins se prennent pour les sauveurs du monde » ironise Anita, qui illustre son propos en m'expliquant que le professeur Köttler a « mené un combat pour que les chambres restent ouvertes la nuit ». Le projet ne s'est jamais concrétisé, tout comme celui de placer des étagères de livres dans les couloirs du service, « nous étions tous contre, sinon c'est impossible de maintenir l'ordre. Il y a des choses de la psychiatrie de dehors qu'on ne peut pas importer ici. Mais heureusement, le professeur a compris qu'il ne pouvait pas aller contre nous ! Il ne faut pas être trop idéaliste ici, enfin je veux dire, être réaliste c'est important, surtout ici ! ».

Journal de terrain, 9 novembre 2012

Pendant cet échange, Siegfried garde un silence que j'interprète comme un signe de désapprobation. Il m'explique par la suite, se désolidarisant des propos tenus par cette infirmière, qu'il était, comme quelques collègues, en faveur du projet des « portes ouvertes », soucieux de proposer une hospitalisation « équivalente » à celle de l'extérieur. Mais on retrouve à Tourion des propos comparables sur l'ingénuité des psychiatres et des internes, qui imputent trop facilement aux troubles psychiatriques des comportements que les infirmier·e·s jugent, quant à eux, purement stratégiques :

Lors d'une réunion de transmission entre le poste du matin et celui de l'après-midi, deux infirmier·e·s de l'unité d'accueil et de crise font pour leurs collègues le compte-rendu de la réunion de synthèse qui a eu lieu le matin. Les blagues fusent sur les médecins. Un infirmier prend une voix suraiguë et reprend, sur un ton niais, les propos de la psychiatre : « Je me demande s'il y a vraiment de la dissociation ou s'il simule ? ». Pour un autre patient : « Il entendrait des voix... Il entend quoi ? Je me demande... » Une infirmière entonne : « J'entends le loup, le renard et la Belette... ». Dans l'hilarité générale, l'infirmier reprend, ironique : « On s'attend donc à une 'hospitalisation courte'... comme d'habitude ! ». Pour un patient homosexuel très efféminé qui redoute la détention, l'infirmier joue la

²⁰ La prime, d'un montant de 97,69€ est inférieure de plus de moitié à celle que reçoivent les infirmier·e·s travaillant en unité pour malades difficiles (234,89€). Voir le décret 1992-6 du 2 janvier 1992 portant attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à certains personnels hospitaliers qui détermine les conditions d'attribution de ce régime indemnitaire et l'arrêté du 21 décembre 2000 qui fixe le montant mensuel alloué aux fonctionnaires hospitaliers.

²¹ Je parle ici des personnels de surveillance, mais également des agents hospitaliers, tous des hommes recrutés pour pouvoir servir de renforts en cas de problème.

comédie en imitant les internes : « Ce Monsieur, il peut vraiment pas aller en détention. La détention, ça va pas être possible ! » Le second infirmier commente : « Donc on va finir par l'envoyer au SMPR, sauf si on est grillés à force d'envoyer nos patients à la con ! ».

Journal de terrain, vendredi 4 avril 2014

Ces blagues témoignent de l'agacement des infirmier·e·s face à une hiérarchie médicale qui ne prendrait pas en considération les stratégies des patient·e·s accueillis. Elles montrent que s'insinue à leur égard, une certaine méfiance. Il m'est ainsi rappelé à plusieurs reprises au cours des terrains réalisés dans les prisons pour hommes de Tourion et Grünstadt, l'importance de ne pas perdre de vue la spécificité de ces « patient·e·s détenus », qu'on suspecte de pouvoir être violents :

Un infirmier exerçant dans l'unité de soins avec consentement de l'UHSA m'explique : « Je suis resté à côté de toi parce que tu étais entourée de patients, il ne faut jamais te laisser encercler comme ça, c'est dangereux », comme si les patients en question étaient tous des agresseurs en puissance.

Journal de terrain, vendredi 4 avril 2014

Cette suspicion n'est évidemment pas infondée : passant leurs journées à proximité immédiate des patient·e·s, les infirmier·e·s ont le loisir d'observer des expressions d'hostilité ou de violence, qui leur rappellent la dureté du quotidien carcéral :

Lors d'une partie de foot, la tension semble vive entre deux patients de l'unité d'accueil et de crise. Leurs gestes sont brutaux, ils se taclent violemment, échangent des regards noirs et les infirmiers qui jouent avec eux les rappellent plusieurs fois à l'ordre. Tout à coup, l'un des deux tire trop violemment dans le ballon qui passe au-dessus des grillages et retombe dans une zone interstitielle inaccessible aux infirmiers. La partie est menacée, tout le monde est ostensiblement agacé, et le patient qui montrait des signes d'hostilité depuis le début glisse, discrètement mais avec violence : « Tu vas voir, toi, mon petit frère il est chez les mineurs, il va pas te rater quand tu vas rentrer ». Les infirmiers présents se regardent, dubitatifs. Ils n'interviennent pas mais semblent prendre note de cette violence.

Journal de terrain, jeudi 3 avril 2014

Les infirmier·e·s sont fréquemment témoins de conflits hérités du quotidien carcéral. Ils ont face à eux des patient·e·s qui redoutent de se faire passer à tabac à leur retour en détention ou qui se sont endettés auprès de codétenus et tentent d'échapper aux représailles. Ils observent parfois les stratégies déployées par certains patient·e·s pour prolonger leur séjour en UHSA, loin de la prison. Ils sont dès lors prompts à se méfier des personnes accueillies et à juger que l'unité se laisse instrumentaliser par des patient·e·s qui n'ont pas leur place à l'UHSA. Cette méfiance prend parfois un tour moral, lorsqu'il est rappelé aux patient·e·s leur dette à l'égard de la société :

A un patient qui demande ce que signifie la lettre qu'il a reçue et qui lui accorde l'aide juridictionnelle, une infirmière répond vertement : « ça veut dire que c'est nos impôts qui vont payer votre avocat ! ».

Des infirmier·e·s s'offusquent lorsqu'ils apprennent que les transferts n'auront plus lieu le jeudi, jour de livraison des produits cantinés par les patients, pour éviter qu'un patient reste trop longtemps sans tabac : « Attends, ils sont quand même en taule ! On est là pour les soigner, pas pour les chouchouter ! ».

Extraits journal de terrain, mars-avril 2014

Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien ont montré, en se penchant sur les représentations des personnes détenues, comment la prison « pollue » les relations par une « suspicion ambiante, toute une gamme de soupçons, de craintes et de défiances » (Bessin, Lechien, 2000, p.104).

d) Des candides et des brutes : conflit moral au sein de l'équipe soignante

Conscients d'être perçus comme trop laxistes avec les patient·e·s, les psychiatres considèrent quant à eux que les infirmier·e·s cèdent trop facilement à la méfiance. Manfred m'explique ainsi comment le « bleu sur l'habit déteint sur la personnalité de certains infirmiers », tandis que les psychiatres de l'UHSA rient régulièrement des « lubies sécuritaires » des infirmier·e·s :

Lors d'un déjeuner, une interne s'exclame : « Les infirmiers ils voudraient des fouilles toutes les semaines, allez, tous les patients en rang devant les chambres, les mains sur la couture de pantalon, hop hop hop ! ». Une autre « hallucine » parce que des infirmières lui ont dit qu'elles garaient leur voiture dans le parking « visiteurs » pour éviter de retrouver leurs pneus crevés ou leurs vitres cassées par des familles de patients.

Journal de terrain, 4 avril 2014

On reproche aux infirmier·e·s de se laisser corrompre par l'univers carcéral et de se comporter en surveillant·e·s, voire de jouir du pouvoir que leur confère la situation d'enfermement. Béatrice regrette ainsi que soient parfois banalisés des contrôles qui sembleraient exorbitants en milieu hospitalier :

Béatrice me raconte une affaire récente de circulation de briquets, interdits dans le service comme dans tous les espaces hospitaliers, notamment pour des raisons de sécurité : « avec des patients sévèrement sédatisés, tu vois... qui pourraient s'endormir la clope au bec, moi j'en ai vu des gens carbonisés qui se sont simplement endormis avec leur cigarette... ». Or deux briquets circulent dans l'unité de crise et malgré un travail de sensibilisation des patients, les briquets ne sont pas retrouvés. Une fouille à corps est demandée à « la pénitentiaire ». Les surveillants, prétextant leur petit nombre, demandent aux soignant·e·s d'indiquer les suspects pour ne pas avoir à fouiller tout le monde. Ils demandent également aux infirmières de pratiquer la fouille sur les femmes, car aucune surveillante n'est en poste ce jour-là. « Et là, les infirmiers donnent les numéros de chambre, sans se poser de question, et t'as deux soignantes qui emmènent les patientes en chambre d'isolement, qui les font se dénuder, s'accroupir et tout ça. Sans se poser de question ! »

Journal de terrain, 3 avril 2014

Cette anecdote révèle un conflit entre l'équipe médicale et les soignant·e·s de première ligne sur la légitimité de participer à certaines missions qui relèvent plus de la surveillance que du soin. Ce conflit se cristallise autour du traitement des entorses au règlement :

Bernd, un jeune infirmier, me relate une situation de conflit avec les psychiatres de l'APP, qui veulent garder un patient schizophrène qui a introduit du cannabis dans l'unité. Les infirmiers ont tenté d'obtenir son retour en détention : « parce qu'on estimait qu'il avait rompu la relation de confiance et parce que c'était une menace pour les autres patients – on a beaucoup de toxicomanes ici ». Le psychiatre jugeait quant à lui qu'un retour en détention briserait le travail accompli avec le patient autour de l'acceptation du traitement. Le patient a finalement été « sanctionné » autrement : ses parloirs ont désormais lieu avec utilisation d'un hygiaphone, pour « raisons médicales » – on estime que le cannabis peut interférer avec le traitement antipsychotique.

Journal de terrain, 12 novembre 2012

Dans ce conflit s'opposent une logique disciplinaire (l'introduction de stupéfiants est interdite dans l'unité, le patient doit donc en être renvoyé) et une logique médicale (le retour en détention pourrait conduire à une rupture de traitement pour un patient qui adhère mal aux soins). Il est résolu par un compromis qui permet de faire converger ces deux logiques. Le conflit peut également porter sur le degré de contrainte dans la mise en œuvre des soins :

Lors du « prêt de main forte » (décrit plus haut), je vois ainsi les infirmier·e·s de l'unité en retrait de la scène s'impatienter ostensiblement, alors que résonnent dans notre dos les cris d'un patient qui supporte mal d'être cloîtré dans sa chambre. Après la scène, ils fulminent dans leur bureau : « Putain, tout le service est en train de monter ! Drasnaoui pète un plomb dans sa chambre, tous les autres patients en pâtissent, c'est nul ! ». Interpellant l'infirmier qui a participé à la négociation : « Pourquoi vous avez mis autant de temps ? On s'est battus pour ça, pour que les protocoles soient respectés ! ». L'infirmier explique que l'interne n'est pas familière des services d'hospitalisation sans consentement, qu'elle a voulu « temporiser », il justifie la démarche : « le mec il est arrivé ici dans un sale état, il était complètement interprétatif, persécuté, il fallait faire redescendre la pression, c'était important pour la suite ». Un infirmier répète, rythmant ses propos de petits coups de poing sur la table : « C'est simple pourtant, action ? Réaction ! Action, réaction ! Là c'est pareil, agitation, contention, injection ! Agitation, contention, injection ! Y'a pas à se poser plus de questions ! Les protocoles sont clairs ! ».

Journal de terrain, mardi 25 mars 2014

Dans cette scène, deux visions de la contrainte s'opposent : les infirmier·e·s agacés se réfèrent aux « protocoles » relatifs à l'utilisation de la contrainte dans les soins sans consentement, qui encadrent l'utilisation de la contrainte et qui auraient ici pour utilité de préserver l'ambiance du service – elle sera effectivement particulièrement tendue pendant toute la journée ; tandis que l'interne et l'infirmier qui a négocié auprès d'elle, justifient leur action par la nécessité de nouer une alliance thérapeutique avec le patient, qui se traduit par le souci de ne pas susciter sa méfiance et de ne pas être assimilés à la contrainte pénitentiaire. Mais si l'interne peut se permettre de prendre le temps de négocier avec ce patient, c'est peut-être parce qu'elle n'est pas prise dans le face-à-face avec les seize patients du service et pourra, une fois cette négociation achevée, sortir de l'unité.

Sans doute une telle scène pourrait avoir lieu dans un service ordinaire de psychiatrie : Anselm Strauss décrit déjà en 1981 dans *Ideologies and Psychiatric Institutions* des désaccords au sein de l'équipe soignante sur le niveau de contrainte dans le soin psychiatrique, que l'on retrouve dans les services fermés des hôpitaux psychiatriques (voir Moreau, 2015), et qui trouvent notamment leur fondement dans un différend autour de la place de la sécurité dans le soin : les équipes infirmières, aux premières lignes, redoutent la violence potentielle de leurs patients (Velpry, 2011). Néanmoins, on peut penser que l'enfermement carcéral a pour effet d'attiser les tensions : évoquant la prison dont on cherche à se distinguer, la contrainte et toutes les formes de surveillance doivent être réduites au maximum, de façon à éviter une confusion problématique entre prison et psychiatrie. Mais les infirmier·e·s, invités à endosser plus ou moins officiellement un rôle de surveillant, tendent au contraire à légitimer la double contrainte exercée sur les patient·e·s détenus qu'ils ont en face d'eux. La situation de ces services, inclus dans le dispositif carcéral, pèse également sur les « trajectoires » (Strauss, 1992) de patient·e·s dont le milieu de vie ordinaire est la prison.

3. Produire des patient·e·s comme les autres

Les services psychiatriques se donnent pour mission, par le soin, d'engager des « trajectoires » de malades (Strauss, 1992, p.143) en impliquant activement les patient·e·s dans la maîtrise du cours de la maladie. L'objectif est ainsi de leur permettre d'engager des soins qui pourront se poursuivre une fois sortis de prison. Néanmoins, les services pâtissent ici de leur position et doivent multiplier les efforts pour « vendre leurs patient·e·s » aux services de psychiatrie ordinaires.

a) Produire des patient·e·s

Décrivant les attentes morales des psychiatres et psychologues à l'égard de leurs patient·e·s en prison, Samuel Lézé et Fabrice Fernandez constatent que les thérapeutes sélectionnent leurs patient·e·s en fonction de valeurs morales telles que l'honnêteté, la sincérité et l'observance thérapeutique (*compliance*) (Lézé, Fernandez, 2011). Si ce cadre moral semble effectivement guider le travail des soignant·e·s, il ne constitue cependant pas un *a priori* de la rencontre comme le suggèrent les deux auteurs, mais plutôt le cap vers lequel doit tendre la relation de soin. Les observations réalisées dans les services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt témoignent des efforts entrepris par les équipes pour convertir les personnes accueillies en patient·e·s capables de réflexivité et d'autonomie.

Accueillir la folie

Comme le montre la scène qui ouvre ce chapitre, l'UHSA de Tourion accueille, tout comme l'APP de Grünstadt, des patient·e·s sous l'emprise de la folie. On en voit des expressions parfois impressionnantes, voire effrayantes. Il est souvent question dans les discussions entre soignant·e·s de délires « florissants » ou d'hallucinations « fascinantes », qui semblent constituer les sujets de conversation les plus appréciés du service :

En réunion de synthèse, tout le monde écoute avec attention le récit de Zoé, interne dans le service, qui s'est longuement entretenue avec Monsieur Garam. Il lui a décrit des hallucinations « incroyables » : l'homme voit partir de ses pieds et de ses mains des fils invisibles, qui ressemblent à des racines, et lui permettent de ressentir les vibrations de la planète entière et de se connecter à tous les individus qui la peuplent. L'équipe écoute attentivement, un psychologue commente : « c'est un délire très poétique, c'est beau ! ».

Journal de terrain, 24 mars 2014

Se voir confier ces récits souvent gardés secrets en détention, est le signe pour les soignant·e·s que le patient leur accorde une certaine confiance et qu'un premier pas a été franchi dans « l'alliance thérapeutique ». Les psychiatres, psychologues ou infirmier·e·s rapportent, comme une petite victoire, le récit de ces manifestations perçues comme surnaturelles. Cette confiance est progressivement gagnée par la répétition des échanges et entretiens avec les patient·e·s :

Je ne participe normalement pas aux entretiens cliniques, mais Matthias Guth me propose de l'accompagner lorsqu'il rencontre Monsieur Makri. Nous discutons tranquillement de son quotidien, des raisons pour lesquelles il a été hospitalisé. Matthias lui explique qu'il semble être parfois envahi par des hallucinations. Le jeune homme tente de nous convaincre de l'existence de ce qu'il perçoit. Des voix suaves de femmes s'adressent à lui lorsqu'il regarde la télévision, les visages de ses interlocuteurs se déforment jusqu'à prendre l'apparence d'oiseaux lorsqu'il les fixe trop longuement. Matthias lui explique que ces perceptions pourraient un jour l'effrayer, le menacer, et lui conseille de tester le traitement qu'il lui propose. Monsieur Makri refuse, il connaît les antipsychotiques, et leurs effets secondaires : « je me sens tout mou, je n'ai plus envie de rien quand je les prends ». Il sait également combien sa libido est affectée par les traitements. Avant la prison, il a régulièrement interrompu son traitement, lui préférant le cannabis. La discussion s'arrête sur un demi-refus : « je vais réfléchir », propose le jeune homme. Un nouvel entretien est fixé pour le lendemain.

Journal de terrain, mercredi 14 novembre 2013

Ces confidences et ces manifestations sont accueillies positivement par l'équipe qui y voit le point de départ d'un travail possible avec le patient. Ainsi, dans le cas évoqué dans la scène d'ouverture de ce chapitre, Monsieur Ali semble terrorisé par des apparitions du Diable dans son poste de télévision ; le travail peut s'appuyer sur cette terreur, que l'homme aimerait apaiser. Il s'agit ainsi d'aider les patient·e·s à prendre de la distance par rapport aux pathologies qui les affectent.

Former à la réflexivité

À Tourion comme à Grünstadt, la parole des patient·e·s est fréquemment sollicitée, tant dans les interactions informelles avec les infirmier·e·s que lors des entretiens thérapeutiques ou encore, à l'APP, lors des visites du chef de service.

Le professeur Köttler a instauré trois types de réunions collectives : la première consiste en une tournée des chambres, au cours de laquelle les soignant·e·s s'intéressent à la façon dont les patients vivent leur hospitalisation. Les soignant·e·s, réunis dans la salle collective, accueillent par ailleurs un par un chaque patient le mardi matin. Le chef de service lit alors les dernières entrées ajoutées au dossier et pose au patient une question rituelle : « Tout va bien ? » (*alles Gut ?*) qui ouvre une discussion sur l'état de santé ou sur d'éventuelles démarches en cours. Enfin, une assemblée générale des patients se réunit de façon hebdomadaire en présence des infirmier·e·s, qui est l'occasion de discuter du fonctionnement concret de l'unité – de la propreté des douches au volume sonore des radios personnelles.

Journal de terrain, novembre 2013

Dans toutes ces réunions, l'accent est mis sur la prise de parole des patients. Isabelle Coutant parle, pour le service de pédopsychiatrie qu'elle a observé, d'une « pédagogie de la réflexivité », visant à enseigner aux patient·e·s un « pouvoir dire » (Coutant, 2012, p.120). On retrouve cette ambition dans les services psychiatriques de Grünstadt et de Tourion. La relation de soin y est constamment négociée : on attend du patient qu'il donne son avis sur les activités qu'il suit et sur les traitements qu'il prend, afin de les ajuster au mieux à l'objectif partagé d'une amélioration de son état psychique. Les personnes détenues sont invitées expressément à endosser le rôle de patients :

Dans l'unité d'accueil et de crise, l'infirmier chargé de la distribution des médicaments du matin interroge les patient·e·s sur leur programme de la journée : à un homme qui dit avoir mal dormi, il recommande d'appeler l'équipe de nuit : « Il faut appeler quand vous avez un problème de sommeil, c'est important qu'on sache ». Il propose à un patient de lui donner des conseils sur son tabagisme. Il interpelle un autre : « Il faudra fixer des objectifs thérapeutiques là Monsieur Fraisse, parce que c'est pas un lieu de repos ici, c'est un hôpital psychiatrique ».

Il s'agit dans cette interaction de mobiliser le patient, de lui faire adopter un rôle actif de patient, faute de quoi, il risquerait de devoir quitter l'unité, car l'équipe n'aurait pas le moyen de justifier son intervention. De nombreuses interactions visent à « rendre le patient capable de devenir le protagoniste d'une relation de type participatif avec les soignants » (Velpry, 2010, p.126) et pour cela, à le former à la réflexivité :

J'assiste ce matin à la seconde séance de psychoéducation que propose Katia autour de la schizophrénie. Elle fait le bilan de la séance précédente et résume l'information principale : la schizophrénie est une pathologie « bio-psycho-sociale ». Monsieur Kiehl, un homme de 25 ans dont les gestes et le regard lents trahissent l'emprise des psychotropes tandis que son visage raviné de petites cicatrices d'acné et ses dents en mauvais état témoignent des années de galère qu'il a dû traverser, intervient : il se demande s'il est normal que la psychose entraîne de la dépression. Katia le rassure d'un ton calme et posé : oui, évidemment, c'est fatigant de se sentir menacé, parfois de ne plus s'alimenter ou dormir pendant quelques jours, surtout quand on prend des drogues. Le « repli dépressif » (*depressiver Rückstand*) est donc selon elle une réaction très normale. Monsieur Kiehl se demande si sa fille pourra éviter la schizophrénie, s'il y a des chances pour qu'elle soit normale. Bien sûr répond Katia, si elle est bien entourée, protégée, aimée. Mais pour cela, explique-t-elle tout en rebouchant son stylo et en s'approchant de la table, il faut que Monsieur Kiehl fasse un travail sur lui-même, qu'il trouve une place de thérapie à la sortie de prison. La discussion tourne pendant quinze minutes autour de l'avenir de sa petite fille âgée de trois ans, Monsieur Gross écoute attentivement les paroles encourageantes de la psychologue, intervient pour rassurer à son tour son condisciple. Puis Katia reprend ensuite le fil de la séance : elle nous invite à identifier les différents facteurs de stress extérieur qui peuvent peser sur notre état psychique. L'objectif est de mieux prévenir les décompensations psychotiques (*psychotischer Anfall*).

Journal de terrain, mardi 13 novembre 2013

Cet extrait de journal décrit une séance particulièrement formalisée d'enseignement « psycho-éducatif » dans l'APP de Grünstadt, à destination de patients schizophrènes. Comme on l'a montré plus haut, ces activités sont cependant soumises au tempo d'hospitalisations parfois trop courtes pour mener à leur terme ces formations. Mais les interactions quotidiennes dans ces services semblent s'attacher à donner aux patients les clés de leur pathologie pour les rendre plus autonomes dans la gestion de leurs symptômes. Le soin vise ainsi à produire des patient·e·s « authentiques », « honnêtes » et « observants » (Lézé, Fernandez, 2011).

« *Si vous me renvoyez, je me tue* »

La grande majorité des patient·e·s semble se plier bien volontiers au travail de subjectivation auquel l'équipe soignante les convie, y compris dans l'unité de soins sans consentement de l'UHSA de Tourion : en effet, si la personne arrive sous le régime du SDRE, il est rare qu'elle persiste dans son refus de soin. Lors de mon séjour à l'UHSA, seul un patient insistera pour abrégé son hospitalisation et rentrer en prison, invoquant le besoin de pouvoir fumer à son aise²².

Avec l'accord des infirmier·e·s de l'unité de soins sans consentement, je réunis les patients dans l'espace collectif pour discuter de leur expérience au sein de l'UHSA. Quelques blagues fusent sur les infirmier·e·s – présents à cette réunion – décrits comme des tyrans, mais elles témoignent moins d'une critique que de la complicité qui semble s'être instaurée entre patients et soignant·e·s. Des

²² À l'UHSA comme à l'hôpital, il est interdit de fumer dans les chambres et les patient·e·s ne disposent pas de briquet. Il est donc quasiment impossible de fumer lorsque la cour intérieure est fermée, et notamment pendant la nuit.

patients restent silencieux et semblent perdus dans leurs pensées. Ceux qui s'expriment sont plutôt satisfaits : un patient explique qu'il a commis « plusieurs tentatives de suicide » et qu'il ne s'en serait pas sorti s'il n'était pas venu à l'UHSA, un autre critique juste l'interdiction de fumer en chambre, mais reconnaît que le calme de l'unité fait du bien. Un autre explique qu'il s'ennuie un peu et reproche aux infirmier-e-s de ne pas organiser assez de sessions sportives, mais est quand même content d'être là. Son voisin explique : « l'UHSA, en fait, c'est toujours la prison, mais en mieux. La prison elle aurait tout à apprendre ici. Comment on peut se parler poliment, avec respect, on nous écoute. Et puis c'est clean ici, c'est calme, c'est tranquille ». D'autres acquiescent en silence. La réunion tourne rapidement court parce que deux patients commencent à échanger des propos animés dans un coin de la salle.

Journal de terrain, 24 mars 2014

Dans cet échange collectif, l'UHSA est perçue comme un espace de repli hors de la détention. Si le regard des infirmier-e-s a peut-être pour effet de produire une certaine autocensure des patients les plus critiques, ceux qui s'expriment apprécient ces espaces dans lesquels l'attention et l'écoute sont des denrées moins rationnées qu'en prison²³. Constamment négociée et ajustée, la relation de soin est par ailleurs une relation suffisamment flexible pour que soient évités la plupart des conflits qui ponctuent le quotidien carcéral : les surveillant-e-s de l'hôpital pénitentiaire de Grünstadt m'expliquent ainsi que les « incidents » sont beaucoup plus fréquents dans les services somatiques que dans le service psychiatrique, qui sait gérer la violence par des techniques de réduction du conflit (*Deeskalation*). Des protocoles de soins sont par ailleurs établis pour gérer les débordements éventuels et les services disposent de chambres d'isolement (ou *Krisen Interventionsraum* à Grünstadt) pour les états de crise les plus violents.

Cette situation privilégiée vis-à-vis de la détention produit parfois des formes de chantage, certains patient-e-s tentant de justifier la prolongation de leur séjour pour pouvoir profiter des avantages du cadre hospitalier. C'est tout particulièrement le cas à Tourion où la durée du séjour dépend, comme on l'a vu, de l'appréciation par l'équipe soignante du degré de souffrance et de vulnérabilité :

En réunion de synthèse, plusieurs patients de l'unité d'hospitalisation libre sont décrits comme des « Calimero », qui théâtralistent à outrance leur souffrance, comme le petit personnage du dessin animé. Perçue comme peu « authentique », leur souffrance est mise en doute et on estime pour certains qu'il est « grand temps » de les faire sortir. On envisage le retour en détention des patients qui semblent « trop bien installés », qui « commencent à se prendre pour un roi », qui « pren(nent) tout pour acquis ». À propos d'un patient hospitalisé pour des troubles schizophréniques, une interne suggère : « sa personnalité psychopathique revient, donc on peut estimer qu'il va mieux et qu'il est bientôt temps de partir ? ».

Extraits du journal de terrain, UHSA, 2014

Dans ces exemples, le comportement des patient-e-s ne semble plus en phase avec le projet de l'UHSA : ils semblent pervertir ou ne plus vouloir se soumettre à l'exigence de subjectivation formulée par l'équipe soignante et sont ainsi suspectés de vouloir profiter des bénéfices secondaires de l'hospitalisation sans s'engager activement dans une démarche de soins. Au cours des observations à Tourion, un patient pousse cette stratégie de dramatisation de la souffrance jusqu'à un chantage par corps :

²³ Je retrouve à l'APP de Grünstadt un discours similaire sur la qualité de l'accueil et le confort des lieux.

Les patient-e-s de l'UHSA ne peuvent pas, pour des raisons de sécurité pénitentiaire, être informés des dates précises de retour en détention. Ils savent cependant que ce retour est imminent. Pour Monsieur Kohmri, Béatrice suggère de rester « très flou » sur la date de retour. Elle demande à l'équipe d'être « très pédagogue mais ferme » au moment du départ : « il doit comprendre qu'on ne peut plus le garder chez nous tout le temps, mais qu'on l'accueillera s'il en a vraiment besoin une prochaine fois ». Je comprends que ces précautions résultent d'un premier retour échoué : le patient avait tenté de mettre fin à ses jours lorsqu'il avait appris que son séjour touchait à sa fin.

Journal de terrain, date 2014

Dans certains cas, le retour en prison est tellement redouté (parce que les personnes y ont été victimes de violences du fait des délits commis, de leur orientation sexuelle présumée ou de dettes contractées), que les patients adoptent une stratégie de mise en danger. Paradoxalement, en offrant un espace de repli et de prise en charge de la souffrance, l'UHSA peut, dans ces cas extrêmes, avoir pour effet de produire du symptôme et des manifestations désespérées de cette souffrance produite par la prison.

b) Engager des trajectoires de soins : la gageure de la continuité des soins

Les patient-e-s des services psychiatriques de Grünstadt et de Tourion présentent généralement, en plus des troubles psychiatriques éventuellement associés à une dépendance addictive – des parcours de vie marqués par une certaine précarité et marginalité sociale. Les équipes soignantes portent sur ces vies un regard sinon misérabiliste, au moins apitoyé :

Alors qu'elle vient de « recadrer » une infirmière qui se plaignait du comportement d'un patient psychotique qu'elle jugeait trop « agressif » et « tout le temps à la limite de l'insulte », Aldée m'explique dans son bureau : « Il ne faut jamais oublier qu'on travaille avec des patients qui viennent de milieux carencés, de survie ! Beaucoup ont été violés. Je ne comprends pas les infirmiers des fois, il faut aller au-delà des personnalités agressives, la souffrance s'exprime autrement ! ». Je lui demande si elle qualifierait sa pratique de « psychiatrie sociale ». « Oui, complètement ! » s'exclame-t-elle. Elle me parle ensuite pendant dix minutes d'un quartier populaire de Tourion, dans les rues duquel règne une « violence permanente » à laquelle les enfants ne peuvent pas échapper. « C'est des gens de ces quartiers-là qu'on accueille au final ! ».

Journal de terrain, vendredi 4 avril 2014

Face à des patient-e-s qui ont souvent un passé marqué par des difficultés sociales auxquelles s'ajoutent d'éventuelles violences intrafamiliales, les équipes expriment une certaine impuissance.

Béatrice me présente le parcours de chacun des patients dont il va être question lors de cette réunion de synthèse. Elle rappelle aux infirmiers combien il est « important de garder en tête l'anamnèse de nos patients ». D'un homme détenu depuis plusieurs années, elle nous explique qu'elle le connaît depuis près de vingt ans, qu'il vient d'une famille bien connue des services sociaux et de la justice. Un autre, diagnostiqué « psychotique » et âgé d'environ quarante ans, a vécu principalement dans la rue et en prison. Il est « trop hors des clous » pour avoir un logement. La réunion se poursuit, et les situations semblent plus désespérées les unes que les autres. D'un jeune adulte atteint de « schizophrénie paranoïde », elle nous explique qu'il a un délire de persécution impressionnant, mais que sa personnalité psychopathique revient quand il va bien. Il vient d'un « milieu misérable » et a été « diagnostiqué très tard ». « Autant dire que question adhésion aux soins, c'est pas terrible. En arrivant en prison, il a troqué le leponex (un traitement antipsychotique) contre du cannabis. Et il l'a dit cash aux psychiatres ». Elle conclut, pessimiste quant à la possibilité de le soigner : « Lui, je suis à peu près sûre qu'il va mourir dans la rue ». Le caractère tragique de ces récits produit un effet étonnant :

Béatrice, les infirmiers et l'assistante sociale qui participent à la réunion glissent de plus en plus fréquemment des traits d'humour noir aux nuances scabreuses, et la réunion se termine dans nos éclats de rire partagés.

Journal de terrain, 25 mars 2014

Dans cette scène, l'accumulation de récits de vie tragiques met en lumière l'impuissance des équipes soignantes à corriger la destinée des patient-e-s accueillis : l'humour semble avoir ici pour fonction de conjurer le découragement que pourrait ressentir l'équipe face à des patient-e-s qui cumulent les coups durs de la vie et pour lesquels on craint que la mise en place de « trajectoires » durables, qui pourront se prolonger une fois la personne sortie de prison, soit impossible.

Encadré 20 La continuité des soins

Que l'équipe psychiatrique s'intéresse à l'avenir de ses patient-e-s une fois sortis de prison n'est pas nouveau. La circulaire encadrant le fonctionnement des SMPR prévoyait déjà en 1988 que les SMPR pouvaient participer à l'organisation du suivi postpénal. À Tourion, cette mission est prise au sérieux dès la fin des années 1980 par le chef de service, M. Cordier, qui embauche, au sein de l'équipe, des éducateurs-trices spécialisés et assistant-e-s sociaux chargés d'insérer le SMPR dans le réseau des structures médico-sociales de la région de Tourion, afin de permettre aux personnes sortant de prison d'accéder à ces hébergements. Ces éducateurs-trices spécialisés coopèrent avec les conseiller-e-s pénitentiaires pour monter des demandes de permissions de sortir ou des aménagements de peine visant à préparer ces placements²⁴. Constatant la difficulté à se loger pour les personnes sortant de prison, du fait de l'impossibilité de déterminer à l'avance leur date de libération²⁵ et de la saturation des structures d'accueil d'urgence, l'équipe du SMPR crée en 1994 sous la forme d'une association, la Maison d'accueil du Petit Bois, une structure d'accueil temporaire, qui fait office de relais entre la sortie de prison et la mise en œuvre d'un projet de soins ou d'insertion. Le service participe donc depuis le début des années 1990, à la hauteur de ses ressources limitées, à l'organisation de la sortie de prison de certains de ces patient-e-s, tout particulièrement ceux pour lesquels une hospitalisation ou un hébergement thérapeutique résidentiel sont envisagés. La question de la « continuité des soins » reste cependant un point névralgique pour les psychiatres et psychologues exerçant en milieu pénitentiaires qui peinent, faute de moyens et de temps, à impliquer les secteurs de psychiatrie classiques dans le suivi des personnes à la sortie de prison. Cette difficile coordination entraîne des ruptures de suivi et de traitement psychotrope, qui peuvent avoir des conséquences importantes sur la résistance des symptômes, notamment dans le cas de la schizophrénie mais surtout sur les trajectoires des personnes particulièrement désocialisées – toxicomanes (Fernandez, 2009) et/ou atteints de troubles psychiatriques graves²⁶. En multipliant les efforts pour organiser une « continuité des soins », les équipes soignantes tentent de corriger des trajectoires de vie marquées par une certaine relégation à laquelle contribue aussi la prison. Mais ces efforts légitimement, paradoxalement, l'incarcération de ces personnes aux marges de la société présentant de graves troubles psychiatriques.

²⁴ Une unité dite de « préparation à la sortie » est même conçue au sein du centre de détention de Tourion, qui est cependant fermée au milieu des années 2000.

²⁵ Dont la date dépend d'un savant calcul réalisé par les greffes du Juge d'Application des Peines et de l'établissement pénitentiaire, en fonction des réductions de peine supplémentaires, des crédits de réduction de peine, des possibles aménagements, mais également des éventuelles peines qui peuvent venir se surajouter aux peines actuellement purgées.

²⁶ Le lecteur trouvera dans la thèse de Méoïn Hagège, en cours de bouclage, une analyse fine de cette question de la continuité des soins dans le cas du VIH et des hépatites, à partir de l'étude du dispositif et des parcours de personnes détenues puis sorties de prison.

Au sein de l'UHSA de Tourion, la question de la continuité des soins à la sortie de prison préoccupe l'équipe et les réunions de synthèse, auxquelles participe l'assistante sociale du service, sont souvent l'occasion de faire un point sur l'avenir des patient-e-s. On s'inquiète ainsi de l'hébergement d'un jeune patient bipolaire que sa mère ne peut plus accueillir, on s'interroge sur l'opportunité d'appeler les psychiatres du secteur pour prévenir de l'arrivée prochaine d'un autre patient qui sortira avant de pouvoir accéder à un centre de postcure, on se prépare à l'hypothèse d'une hospitalisation sans consentement pour un patient psychotique qui « risque de passer à l'acte ». L'assistante sociale est chargée ici d'une demande de complémentaire santé pour un patient proche de la sortie, là d'une demande de mise sous tutelle d'un patient incarcéré plusieurs fois pour des délits liés à une addiction à l'alcool, ou encore d'un projet de placement dans un appartement thérapeutique. Une conseillère d'insertion et de probation vient chaque semaine à l'UHSA pour une demi-journée et court dans les trois unités chargée de ses dossiers de demandes de permissions ou d'aménagement de peine. Bien qu'elle n'ait pas réussi à obtenir la création de postes supplémentaires de travailleurs sociaux pour l'UHSA²⁷, Béatrice tente de mettre en place différents projets pour améliorer la « continuité des soins » :

Béatrice aurait souhaité réaliser de véritables projets de sortie depuis l'unité d'hospitalisation libre de l'UHSA, avec passage physique de relais entre le dedans et le dehors pour pouvoir présenter le patient à l'équipe qui le prendra en charge ensuite. Mais les levées d'écrou sont rares à l'UHSA (moins de 1% des sorties) et l'unité étant submergée, elle doit se contenter de réussites plus modestes que prévues. Elle se réjouit cependant des dernières réunions de travail que l'UHSA a eues avec les juges d'application des peines de Tourion pour faciliter les « aménagements de peine » pour des personnes qui « nécessitent des soins très organisés à l'extérieur ». Déterminée à surmonter les difficultés²⁸ que pose la préparation des projets de soins à la sortie, Béatrice entend œuvrer dans les années à venir sur « cette question cruciale du lien dedans-dehors ».

Journal de terrain, 25 mars 2014

La question de la « continuité des soins » repose donc sur les efforts des équipes soignantes en milieu pénitentiaire pour travailler l'interface entre milieu pénitentiaire et psychiatrie ordinaire. De même à Grünstadt, les hospitalisations, quoique focalisées sur la stabilisation d'un état pathologique au moment présent, sont également l'occasion d'un bilan socio-médical en urgence. La travailleuse sociale, chargée des démarches proprement pénitentiaires (demandes de parloirs, de cantines, suivi des procédures judiciaires) participe également à l'élaboration de projets d'aménagement de peine en vue de substituer à l'incarcération une prise en charge médico-judiciaire²⁹. Présente à toutes les réunions de synthèse, la travailleuse sociale est sollicitée par les psychiatres pour trouver une place d'hébergement ou s'assurer qu'un patient a bien le contact des

²⁷ La réduction des postes de travailleurs sociaux dans le service psychiatrique est un sujet d'inquiétude récurrent dans les entretiens réalisés auprès de ceux-ci. Cette réduction peut être lue au prisme des transformations managériales de l'hôpital, invité à se concentrer sur son cœur de métier, le soin psychiatrique entendu dans une acception biomédicale.

²⁸ Tant pratiques (par exemple, les équipes de l'UHSA n'ont plus le droit de véhiculer les personnes détenues lorsqu'elles sont libérées, car celles-ci ne sont plus patientes de l'UHSA dès lors que leur écrou est levé) qu'humaines (les centres médico-psychologiques ne considèrent pas tous les personnes sortant de prison comme des publics prioritaires, et cela d'autant moins que l'obligation de soins a été ordonnée pénalement – et que l'on peut craindre que la motivation à se soigner ne soit pas la priorité du patient)

²⁹ Cet aménagement de peine inscrit dans le code de procédure pénale (§35 StGB - *Therapie statt Strafe*) est réservé aux personnes condamnées pour des actes en lien avec la consommation de produits stupéfiants. Il doit avoir été envisagé par le juge de première instance, et être validé par le parquet (*Staatsanwaltschaft*), et les candidats doivent trouver une structure prête à les accueillir et une modalité de financement de leur séjour (assurance maladie, mutuelle, etc.)

services sociaux chargés du suivi des personnes sans domicile fixe. Mais les psychiatres s'impliquent également dans ce travail de continuité :

Dans le bureau de Mathias Guth, je l'écoute discuter par téléphone avec la cheffe de groupe (travailleuse sociale) de Monsieur Scheller, qui doit bientôt retourner dans son établissement pénitentiaire d'origine. Le psychiatre explique à son interlocutrice que le patient n'est pas schizophrène, qu'il a eu un épisode dépressif mais surtout qu'il semble désormais bien prêt à engager une cure de désintoxication. La travailleuse sociale semble sceptique, Mathias argumente : « oui, il en a interrompu plusieurs par le passé, mais cette fois, je crois qu'il est prêt à plier bagage, dans un sens symbolique [...] Je sais qu'il a consommé un nombre incroyable de produits, et qu'il a une liste de dépendances longue comme le bras, mais je ne suis pas d'accord avec l'expertise dont vous me parlez, je pense que maintenant, les perspectives se sont améliorées. » Il suggère de mettre en place une demande d'aménagement de peine pour que le patient puisse mettre en place son projet de postcure. Et il incite la travailleuse sociale à trouver un job pénitentiaire au patient en attendant, pour le garder occupé. Il l'invite enfin à le recontacter à tout moment.

Journal de terrain, 13 novembre 2012

Dans cette conversation, Mathias, délié du secret médical par son patient, tente d'influer sur la décision de la travailleuse sociale qui sera *in fine* chargée de mettre en place l'aménagement de peine. C'est donc indirectement que le psychiatre participe à l'organisation d'un projet de sortie pour son patient, projet qui sera organisé concrètement par les agents pénitentiaires de la prison. La question de la « continuité des soins » vient confirmer l'analyse présentée plus haut : si l'APP se présente ici aussi en appui technique – elle fournit des contacts, des lettres de soutien, l'UHSA aimerait au contraire prendre en charge cette question et organiser la levée d'écrou des patient-e-s qui nécessiteront, de son point de vue, un suivi à la sortie.

Les services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt se présentent comme des services hospitaliers classiques. Situés dans l'enceinte carcérale, ils sont néanmoins contraints de prendre position par rapport à l'enfermement carcéral : la neutralité technique de l'APP révèle que l'équipe s'accommode de l'enfermement carcéral tandis que le malaise est palpable à l'UHSA, qui tente de constituer un espace protégé de la prison, et de fournir un asile à ceux qui souffrent de l'incarcération. Cependant, les patient-e-s n'échappent ni à leur identité de détenus, ni au parcours de désocialisation qu'entraîne l'incarcération. De surcroît les services psychiatriques contribuent à produire cette altérité qu'ils cherchent pourtant à gommer, comme va le montrer la seconde partie.

II. LE CRIME, « UN OBJET PERTINENT » POUR LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE ?

La relation entre savoirs psychiatriques et réflexion sur le crime plonge dans une très longue histoire comme l'a montré le deuxième chapitre. L'ambition d'écarter les « fous » du traitement pénal est fondatrice de l'institutionnalisation de la psychiatrie, mais a également donné de l'eau au moulin de ceux qui tentaient de décrire et de traiter la « folie du crime ». Comme l'a bien montré Marc Renneville, folie et crime, loin d'être deux entités insécables, ne cessent de se recouper dans les savoirs qui sont produits à leur propos. Or, comme on l'a montré, les services psychiatriques de Tourion et Grünstadt, en se présentant comme des services hospitaliers ordinaires, semblent mettre à distance cette spécificité de leurs patient·e·s, qui sont incarcérés en raison des délits ou crimes qu'ils ont perpétrés ou sont suspectés d'avoir commis. À Grünstadt, cette dimension n'est pas pertinente dans la clinique, mais est en revanche constitutive de l'identité professionnelle des soignant·e·s, qui se rattachent à la psychiatrie psycho-légale ou *Forensik*. À Tourion, les soignant·e·s revendiquent au contraire une appartenance à la psychiatrie générale. La question des crimes commis est donc maintenue au second plan, comme un objectif secondaire de l'intervention clinique. Néanmoins, certains soignant·e·s participent à la constitution de nouveaux « segments professionnels »³⁰ à la croisée du traitement pénal et médical.

1. Grünstadt : des professionnel·le·s de la *Forensik*

Le service psychiatrique de Grünstadt développe, comme on l'a vu, une conception très biomédicale de son activité : il s'agit, dans le temps court des hospitalisations, de stabiliser des états de crise. Si ces hospitalisations peuvent être le temps d'un bilan socio-judiciaire pour les personnes détenues, elles ne sont cependant pas pensées comme des moments de réflexion autour des actes délictueux qui ont amené les personnes en prison. Les soignant·e·s n'ignorent de toute façon pas l'encadrement pénitentiaire étroit du « travail sur les faits » auquel les personnes détenues sont soumises. Concevant l'APP comme une annexe technique de la prison, ils considèrent en quelque sorte que le temps de la peine y est comme suspendu. Néanmoins, les actes commis par les patients intéressent les psychiatres, et font parfois l'objet de commentaires lors des réunions médicales bihebdomadaires qui réunissent les médecins de l'unité :

Pour un patient dont le procès va bientôt avoir lieu, le professeur Köttler explique ainsi qu'il y a deux solutions pour qu'il échappe à la peine de réclusion à perpétuité (*Lebenslange Strafe*) : « soit la voie juridique, c'est-à-dire que le meurtre soit transformé en homicide involontaire (*Mord aus*

³⁰ Anselm Strauss définit les segments professionnels comme des « groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession », celle-ci étant selon lui l'agrégation de différents segments, « maintenus dans une appellation commune à une période particulière de l'histoire » (Strauss, 1992, p.68).

Versehen), avec un bon avocat, ça me paraît possible... mais ce serait de la pure manipulation. Ou alors la voie médicale, qu'il soit reconnu malade mental. Mais je n'y crois pas trop, la symptomatique n'était pas assez envahissante au moment des faits. Il faut voir ce que dira l'expert. » À propos d'un autre patient, reconnu « entièrement responsable de ses actes » par le juge, il profite d'une réunion pour lire à haute voix les conclusions de l'expertise contenues dans le jugement et commente : « Oui, ça se tient, je pense que j'en serais arrivé aux mêmes résultats ».

Journal de terrain, 12 novembre 2012

Ces commentaires sont écoutés avec attention par les psychiatres du service : en effet, plusieurs d'entre eux (4 sur les 7) ont choisi de venir travailler à l'APP de Grünstadt spécifiquement pour se former³¹ à l'expertise psychiatrique (*zertifizierter Sachverständiger*) auprès du professeur Köttler, très reconnu au sein de la profession. Il est en effet directeur de l'institut de recherche en « psychiatrie légale » (*Forensik*) de l'hôpital universitaire voisin. Il est donc fréquent que soient évoqués des éléments relatifs à la procédure ou au détail des expertises disponibles sur les patients de l'unité – même si les psychiatres ne réalisent eux-mêmes aucune expertise sur leurs patients pour éviter de cumuler les deux rôles jugés incompatibles de « soignant » et « d'évaluateur ». Un séminaire de réflexion est d'ailleurs organisé autour de l'expertise psychiatrique qui invite régulièrement les collègues des huit instituts allemands (*Institut für Forensische Psychiatrie*) qui ont obtenu la certification nécessaire pour former les experts psychiatres en 2000, notamment à l'Université de médecine de Duisburg, de Göttingen, de Hamburg-Eppendorf ou encore à l'hôpital de la Charité de Berlin.

Encadré 21 Les contours de la Forensik allemande

Le terme de *Forensik* est polysémique en allemand : au sens large, il désigne les sciences et techniques forensiques, c'est-à-dire les différentes méthodes d'analyse destinées à résoudre les enquêtes judiciaires dans le domaine pénal. Les psychiatres et psychologues *Forensik* sont, dans cette acception du terme, l'équivalent allemand des experts psychiatres et psychologues français auprès des tribunaux. Tous les praticiens peuvent réaliser des expertises, mais une certification au métier d'expert psychiatre a été créée au début des années 2000. Huit instituts sont accrédités pour délivrer ce certificat, au terme d'un cursus de trois ans. Le chef de service de l'APP, le professeur Köttler dirige l'un de ces instituts.

Mais les termes de *Forensik* et *forensische Psychiatrie* désignent aussi par extension le domaine de l'internement psycho-légal (*Maßregelvollzug*), c'est-à-dire tant les hôpitaux psycho-légaux que les savoirs développés autour de cette clinique spécifique. Il existe autour de l'internement psycho-légal un champ scientifique actif, des manuels de pratiques professionnelles³², des revues³³, mais également des manifestations scientifiques³⁴, qui réunissent souvent des professionnel·le·s venus d'Allemagne, de Suisse et d'Autriche – et auxquelles participent les psychiatres et psychologues de l'APP de Grünstadt.

³¹ Le service recevait des internes de psychiatrie jusqu'en septembre 2004, date à laquelle le statut d'interne (*Arzt im Praktikum*) a été supprimé lors d'une grande réforme allemande dans le domaine de la santé. Avant cette date, l'APP recrutait spécifiquement des internes intéressés par l'expertise psychiatrique

³² Nedopil, 2000 ; Kröber *et al.*, 2006 ; Müller-Isberner, Eucker (dir.), 2012, etc.

³³ La revue *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* par exemple. Le professeur Köttler publie par ailleurs régulièrement dans la revue *International Journal of Law, Crime and Justice*.

³⁴ Le congrès international de psychiatrie et de psychologie forensiques (*Internationales Symposium forensische Psychologie und Psychiatrie*) réunit ainsi des praticien·nes et chercheurs·euses germanophones.

Psychiatres et pour certains, (futurs) experts, les médecins de l'APP de Grünstadt ainsi que l'ensemble des soignant·e·s qui y exercent se considèrent comme appartenant au sous-champ de la psychiatrie et psychologie « psycho-légales » (*forensische Psychiatrie und Psychologie*). Ce champ professionnel réunit les professionnel·le·s chargés de l'évaluation et de la prise en charge des « auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux », donc tout particulièrement les professionnel·le·s exerçant au sein des hôpitaux psycho-légaux (*Maßregelvollzug*). Parmi le personnel de l'APP, trois psychiatres, une psychologue et plusieurs infirmier·e·s ont d'ailleurs travaillé dans une telle structure avant de rejoindre l'hôpital pénitentiaire de Grünstadt. Une certaine porosité semble donc exister entre ces deux univers professionnels.

Cependant, comme le rappelle souvent le professeur Köttler, la psychiatrie en milieu pénitentiaire constitue en quelque sorte le parent pauvre de la psychiatrie légale. Les perspectives de carrière sont limitées pour les psychiatres qui n'envisagent pour la plupart de rester à l'hôpital pénitentiaire que le temps de leur formation à l'expertise psychiatrique, avant de rejoindre un lieu de travail plus valorisé au sein de la profession :

À l'extérieur, nos collègues croient qu'on fait une sorte de sous-psychiatrie, qu'on n'est pas vraiment psychiatres parce que nos patients ne sont pas vraiment malades. Comme tu l'as vu avec Monsieur Makri, ce n'est pas vraiment le cas... Alors quand tu ajoutes à cette image négative tout le reste, les contraintes pénitentiaires, euh... qu'on ne peut pas voir les familles, et puis qu'on a quand même des patients pas toujours très sympathiques... C'est pas comme en clinique privée où les patients viennent te dire « merci docteur » à la fin ! Enfin bon, je ne sais pas combien de temps je resterai là, mais pas toute ma carrière c'est certain !

Entretien Mathias Guth, psychiatre, 13 novembre 2012

La place qu'occupe l'APP dans la carrière de Mathias Guth est assez révélatrice du caractère peu valorisé de ce service. D'ailleurs, quelques mois plus tard Mathias quitte effectivement l'APP, après avoir achevé une recherche sur la sexualité en prison et terminé sa formation d'expert psychiatre.

Si les psychiatres exerçant à l'APP se considèrent comme les parents pauvres de la psychiatrie légale c'est tout d'abord parce qu'ils sont suspectés de ne pas soigner de « vraies » pathologies psychiatriques, contrairement aux hôpitaux psycho-légaux³⁵. Révélateur de ce discours, un ouvrage (Steinböck, 2009) s'emploie ainsi à distinguer les patients internés en hôpital psycho-légal des patients en milieu pénitentiaire en ces termes : les détenus, par contraste avec les patients internés, sont décrits comme des auteurs d'infraction « normaux » (« normale » *Straftäter*). Les guillemets signalent, selon l'auteur, que ces détenus ne sont en revanche pas « normaux » du point de vue de la norme sociale par rapport à laquelle ils ont dévié en contrevenant à la loi (*Normabweichung*). Cette remarque de l'auteur nous paraît témoigner d'un relatif consensus, en Allemagne, sur le fait que la peine de prison sert à « normaliser » les personnes détenues – alors qu'elle est généralement conçue, en France, comme la simple « privation d'aller et de venir ». Le chapitre suivant montrera que cette différence est cruciale dans la réflexion autour du « traitement pénitentiaire ». Si ces détenus

³⁵ Ces hôpitaux reçoivent des personnes dont les infractions ont été jugées en lien avec un trouble mental qui aurait aboli, ou altéré leur discernement.

« normaux » peuvent être également malades, et que la proportion de détenus malades est vraisemblablement assez élevée en prison, il précise, sans en apporter une quelconque preuve empirique, que les troubles mentaux sont moins marqués qu'en hôpital psycho-légal.

Les psychiatres et psychologues exerçant à l'APP tentent au contraire de démontrer, chiffres à l'appui, que les prisons accueillent en réalité un nombre insoupçonné de personnes présentant de lourdes pathologies psychiatriques, tout particulièrement parmi les détenu·e·s incarcérés pour jours-amende, qui ne subissent pas d'examen psychiatrique en amont de l'incarcération. Ils plaident par ailleurs pour une augmentation des moyens à disposition de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. La participation des soignant·e·s de l'APP à l'entreprise de visibilisation de ce problème social (voir annexe 5), résulte d'un constat éprouvé par l'expérience clinique et vérifié empiriquement par quelques rapides enquêtes épidémiologiques. Ils font l'expérience, auprès de patients particulièrement malades d'un « something wrong », c'est-à-dire du sentiment d'un dysfonctionnement, d'un trouble dans le quotidien (Emerson, Messinger, 2012, p.59). Mais on peut analyser les efforts investis par le professeur Köttler dans ce rôle « d'entrepreneur de cause »³⁶ comme un souci de relégitimer la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire ainsi que de capter des moyens supplémentaires pour la mise en œuvre d'une meilleure prise en charge.

Il y a donc chez les soignant·e·s de l'APP une volonté de faire reconnaître les patients pris en charge dans le service comme de « vrais » patients de psychiatrie légale (*Forensik*) sans toutefois que leur présence en prison ne scandalise nécessairement les équipes. Peut-être que ces professionnel·le·s, qui connaissent bien l'internement psycho-légal savent que l'on n'échappe pas à l'une ou l'autre forme d'enfermement et qu'une peine de prison à durée déterminée vaut peut-être mieux qu'un enfermement psychiatrique illimité ? Ainsi, Manfred Birchel, qui a longtemps exercé en hôpital psycho-légal et termine sa carrière dans le service, me parle d'un patient en détention provisoire qui, selon ses termes, « risque » d'être interné en psychiatrie (*him « droht » eine §63 Maßnahme*), comme si ce sort lui paraissait peu souhaitable. Mais sans doute considèrent-ils par ailleurs que l'on peut très bien être malade et néanmoins apte à une peine de prison, comme me l'expliquait la directrice de l'unité d'orientation de la prison de Grünstadt :

« Oui, parfois on a un profil de type « hôpital psycho-légal », quelqu'un qui est malade et qui aurait sans doute dû aller là-bas. Mais ça tient au fait que l'internement psycho-légal dépend de ce que dit l'expert, du fait qu'il a ou non repéré la maladie, et puis qu'il estime qu'on peut la traiter. Si ce n'est pas le cas, il pourra préférer l'envoyer en prison. Donc oui, nous avons des individus vraiment très malades, ça arrive, jusqu'à des maladies psychotiques, des formes de schizophrénies aiguës, ou des troubles borderline sérieux... ce sont des gens qui ne devraient pas être en prison, mais peut-être que l'expert s'est dit qu'avec les moyens de la clinique, ils n'arriveraient pas à les atteindre et que ça ne faisait pas sens de bloquer une place de thérapie pour ça entre guillemets. Parce que ces troubles borderline, mais aussi ce qui va dans le sens de la psychose, ils peuvent aussi profiter des règles sévères et rigides du système carcéral. Et ils peuvent traverser leur peine sans trop de problème. Enfin il peut toujours y avoir des décompensations, mais en général, ça va. »

Entretien Madame Gyerek, psychologue, 5 novembre 2010

³⁶ Un entrepreneur de cause est une personne qui « investit » un problème dans le but d'en faire « un problème public, voire médiatique, imposant sa prise en charge aux acteurs institutionnels ». (Gilbert, Henry, 2012)

Les propos de Madame Gyerek indiquent que les experts psychiatres allemands se posent les mêmes questions que les experts français, estimant pour certains que la « responsabilisation pénale » et l’incarcération peuvent être bénéfiques pour le malade – et un soulagement pour l’hôpital³⁷. Car les patients accueillis par l’APP sont perçus comme des patients particuliers :

« Les schizophrènes que je vois, moi, ce sont la plupart du temps des hommes qui ont des troubles de la personnalité associés, personnalité antisociale, borderline, très impulsifs, très agressifs, avec souvent des addictions importantes. Avec la formation à la psychoéducation ce que je veux justement, c’est de réviser ce manuel qui a été pensé pour des schizophrènes « classiques ». Ça suppose d’inclure des choses sur la toxicomanie notamment, sur la gestion des émotions, etc. »

Entretien Katia, psychologue, 9 novembre 2012

Il semble aller de soi pour les psychiatres et psychologues de l’APP qu’ils ont pour mission de prendre en charge un sous-ensemble de la population « psycho-légale », c’est-à-dire des auteurs d’infractions présentant des troubles mentaux. Mais ce groupe est, de plus, caractérisé par des troubles spécifiques (troubles de la personnalité ou du comportement) qui justifient leur incarcération. À ce titre, les soignant-e-s font partie de la *Forensik*, de la psychiatrie (et psychologie) psycho-légale. La cartographie professionnelle est très différente en France : les soignant-e-s se considèrent comme apparentés à l’hôpital psychiatrique ordinaire et considèrent que la question du crime excède leur mandat. Pourtant, on voit ça et là des indices témoignant de la constitution de nouveaux « segments professionnels » assumant la spécificité de la prise en charge de patients-auteurs d’infractions pénales.

2. Tourion : le soin au premier plan, le crime hors champ ?

Si la question des délits ou crimes commis doit rester au second plan, c’est, pour les soignant-e-s de Tourion parce qu’elle constitue un aspect secondaire du travail clinique et ne s’inscrit pas dans les missions du soin. En revanche, la relation thérapeutique peut amener les soignant-e-s à orienter le travail sur la question des actes commis, lorsque ceux-ci suscitent une certaine souffrance psychique.

a) « Aux côtés des patient-e-s »

Le service psychiatrique de Tourion tente, comme on l’a vu plus haut, d’indexer son activité sur celle des hôpitaux ordinaires. Le passé délictueux ou criminel des patient-e-s qu’il accueille est donc largement laissé hors champ : celui-ci n’est que partiellement et incidemment connu. Lorsque des informations circulent sur les faits commis, elles semblent plus relever de l’anecdote plus ou

³⁷ Ses propos reprennent en effet les arguments de la « grammaire de l’intégration » mobilisée par certains experts français (Protais, 2011) : la responsabilité pénale, en confrontant les patient-e-s à la loi sociale, aurait un effet thérapeutique. Elle permet de donner un « point d’arrêt » à des patient-e-s qui présentent, en plus de leurs troubles psychiatriques, des personnalités transgressives.

moins morbide que d'une information pertinente pour le soin. Comme en détention, les faits sont toujours vaguement connus, jamais complètement ignorés : les fiches pénales ont été discrètement consultées, les patient-e-s ont éventuellement raconté les actes commis, et l'information circule de bouche à oreille.

Dans l'unité d'accueil de crise, je discute avec un patient qui a été hospitalisé après une tentative de suicide en détention. Il m'explique qu'il supportait mal l'environnement carcéral, la saleté de sa cellule, le bruit envahissant et qu'il est heureux de pouvoir retrouver un peu de sérénité à l'UHSA, un peu de force pour affronter la suite de sa peine. Lorsque l'échange se termine, je suis discrètement prise à partie par un infirmier qui me met au défi de trouver le motif d'incarcération du patient, élégamment habillé et distingué. Puis il lève le suspense : « il a décapité sa femme ».

Journal de terrain, 4 avril, 2014

En faisant un mystère du crime qui a conduit ce patient en prison, l'infirmier semble indiquer que cette information n'a pas de pertinence dans son travail de soin. Il ne s'agit pas de soigner un criminel qui a commis un geste grave, mais de prendre en charge un patient qui a des troubles anxieux. Un jeune aide-soignant, arrivé à l'UHSA depuis quelques semaines, m'explique, comme pour témoigner qu'il a bien intégré la culture du service : « pour nous, ce ne sont pas des informations centrales : on est là pour le soin, pas pour les juger une nouvelle fois. On n'a pas à se mettre à la place du juge ». D'ailleurs, lors des entretiens réalisés au SMPR de Tourion, les soignant-e-s me disent ne pas toujours connaître les motifs d'incarcération. Un psychiatre m'explique : « on doit essayer de faire comme si c'étaient des patients non incarcérés ». D'autres disent les connaître « de la bouche des patients » mais ne pas chercher à approfondir leur connaissance par la lecture des dossiers pénaux. Comme on l'a vu dans le chapitre 3, les soignant-e-s conçoivent leur activité indépendamment des missions pénitentiaires et judiciaires :

« De toute façon, comme mes collègues du SMPR, moi je ne me fixe pas pour objectif de prévenir la récidive criminelle ! C'est ce qu'on nous demande, mais ce n'est pas mon boulot. »

Entretien François, psychiatre SMPR Tourion, 15 septembre 2011

Si François a une lecture très médicale de son travail – sa situation de psychiatre en maison d'arrêt ne lui laisse de toute façon pas d'autres choix tant la file active de patient-e-s est longue, et l'oblige à se concentrer sur les prescriptions médicales, d'autres considèrent que si la prévention de la récidive ne fait pas partie des missions du soin psychiatrique celui-ci peut néanmoins, incidemment, y concourir et adhèreraient ainsi sans réserve au discours de cette cheffe de service d'un autre SMPR français :

« Nous étions d'accord et majoritairement d'accord, pour dire que notre champ n'était pas la prévention de la récidive, notre champ était le soin, c'était l'accès au soin pour tous, qu'évidemment quelqu'un qui entre dans un dispositif de soins et qui se soigne, que se soit en champ psychiatrique ou en champ somatique va aller mieux, va, c'est la même histoire, se réconcilier avec lui-même, autrui et le monde qui l'environne et qu'on peut en espérer, évidemment, qu'il ne se retrouve pas dans la situation qui l'a conduit en prison... que peut-être aussi quand une personne veut aller plus avant dans la compréhension de ce qui l'a conduit en prison, c'est notre travail de le faire et nous le faisons mais nous le faisons à son rythme, avec elle, parce que d'une certaine façon, nous sommes aux côtés du patient. »

Entretien Dominique Lachenal, 4 juillet 2011

Il s'agit de rester « aux côtés du patient·e·s » : aborder les faits commis n'est donc pas un objectif pour le soignant·e, mais peut devenir en revanche un objectif du patient·e, et donc du soin.

Dans ce souci de rester « dans le soin », les soignant·e·s manifestent par ailleurs leur souci de rester des « soignant·e·s comme les autres », c'est-à-dire réalisant un travail similaire à celui de leurs collègues de psychiatrie ordinaire. C'est en effet à ce milieu professionnel, dans lequel ils seront probablement amenés à exercer après quelques années passées en milieu pénitentiaire, qu'ils se sentent appartenir. Néanmoins une ligne de fracture se dessine entre la psychiatrie ordinaire et la psychiatrie en milieu pénitentiaire, qui se traduit chez les psychiatres observés à Tourion par une grande suspicion à l'égard des experts psychiatres chargés d'évaluer la question de l'irresponsabilité pénale.

b) « Des soignant·e·s, pas des expert·e·s »

Contrairement aux psychiatres exerçant à Grünstadt, ceux de Tourion ne pratiquent pas d'expertises pénales. Ils considèrent, comme la plupart de leurs collègues exerçant en milieu pénitentiaire (Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016, chapitre 2) qu'il y a une incompatibilité fondamentale entre la mission de soin en milieu pénitentiaire et l'expertise d'irresponsabilité pénale :

« Moi je n'ai jamais fait d'expertise pénale, mais je n'en ferai jamais tant que je travaille à l'UHSA. Je considère qu'on ne peut pas être experts, parce qu'on pourrait se retrouver juge et partie... Expertiser quelqu'un qui est en détention provisoire chez nous par exemple. Tu ne peux pas être celui qui évalue et celui qui soigne, c'est des démarches contradictoires »

Entretien Zoé, interne psychiatre, 3 avril 2014

L'explication qu'avance Zoé pour justifier son refus de faire des expertises pénales tient dans l'incompatibilité des rôles de soignant et d'expert. Il est cependant étonnant que cet argument ne soit pas invoqué par les psychiatres qui travaillent en hôpital psychiatrique – et qui constituent la majorité des experts-psychiatres inscrits sur les listes officielles et peuvent être chargés de l'expertise et de l'accueil d'une même personne. Si les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire refusent donc d'être experts, c'est sans doute parce qu'il leur serait difficile de valider, par une expertise « responsabilisante » une incarcération sur laquelle ils portent un jugement, on l'a vu, très critique. C'est parce qu'ils sont témoins – et dénonciateurs – du caractère pathogène de l'incarcération³⁸ qu'ils ne peuvent se résoudre à participer à un jugement qui déboucherait sur une peine de prison.

D'ailleurs, les psychiatres de Tourion n'ont pas toujours jugé incompatibles ces deux activités : ainsi le chef de service historique, le professeur Cordier, a longtemps exercé comme expert. Il était cependant connu comme étant plutôt un fervent défenseur du principe d'irresponsabilité à une époque où ce principe était contesté par une partie de la profession. C'est également la volonté

³⁸ Il n'est néanmoins pas certain que toutes les personnes dont le sort est déterminé par une expertise psychiatrique pénale partageraient l'opinion qu'une déclaration d'irresponsabilité vaut toujours mieux qu'une peine de prison. Voir ici Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016 : le chapitre 3 analyse le récit de patients déclarés irresponsables.

de faire échapper à la prison ceux qu'elle décrit comme « grands fous », que Béatrice, la psychiatre coordinatrice de l'UHSA a réalisé quelques expertises³⁹ lorsqu'elle est arrivée au SMPR de Tourion à la fin des années 1980. Mais elle a bien rapidement constaté la difficulté à obtenir « l'irresponsabilisation » des plus malades :

« À l'époque, j'avais fait aussi le DESS de médecine légale. Et puis des expertises, et puis vraiment j'étais passionnée par cet aspect là...

CL. Et tu as exercé comme experte ?

Béatrice : Alors au début quand les choses étaient encore relativement gérables, ce que j'avais adoré c'était faire quelques expertises dans les commissariats. T'étais appelée, mais c'était suivi d'effet ! Et puis à un moment ça a basculé, t'étais appelée, mais de toute façon la personne était incarcérée. Donc deux ou trois fois, je me suis retrouvée avec des gens que j'avais vus en garde à vue, et puis ben que... je retrouvais au niveau d'un couloir... Et puis après ben on était appelés en garde à vue pour des gens pour lesquels y'avait pas de raison psy qu'ils échappent à la peine quoi...

CL. Donc c'est pas le fait d'être soignante et experte qui t'a dérangée ?

Béatrice : Ça. Alors si, ça aurait posé problème... Tu vois le docteur Cordier il faisait plus d'expertises dans l'agglomération de Tourion, parce que ça posait problème... Mais à l'époque, la satisfaction c'est que t'évitais à un grand malade d'aller en prison. Et... mais après quand on s'est rendu compte que finalement l'expertise ben... jouait pas du tout dans leur sens ou aggravait la sentence, ben c'est tout. Ça avait beaucoup moins d'intérêt... »

Entretien Béatrice, psychiatre, 6 février 2015

Béatrice fait référence dans cet extrait au mouvement de « responsabilisation pénale » des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, lié notamment à l'introduction d'une distinction entre l'abolition et l'altération du discernement ainsi qu'à une tendance, parmi une partie des experts psychiatres, à promouvoir le caractère socialement incluant voire psychologiquement thérapeutique de la peine de prison. Les soignant·e·s de Tourion opposent à ces arguments des doutes sérieux, comme nombre de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire, comme l'a montré l'enquête réalisée sur l'irresponsabilité pénale (Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016, chapitre 2) : parmi les psychiatres interrogés, les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire constituent les plus fervents défenseurs du principe d'irresponsabilité et jugent utopiques, irréalistes voire immoraux les arguments des partisans d'une « responsabilisation » des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Sur la question de la responsabilité pénale, la position des psychiatres de l'UHSA et du SMPR les rapproche généralement plutôt de celle des experts les plus enclins à prononcer une irresponsabilité pénale pour des raisons déontologiques (privilégier un principe de soin à un principe de punition). Ils puisent dans une « grammaire » que Caroline Protais qualifie « de protection du malade mental », qu'elle oppose à la « grammaire de l'intégration » (voir Protais, 2011). La prison, jugée pathogène, est donc *a fortiori* nocive pour les patient·e·s atteints de graves troubles psychiatriques. On s'interroge ainsi régulièrement sur la présence de ces patient·e·s qui « n'ont rien à faire » en prison :

En réunion de synthèse, il est question d'un homme diagnostiqué « psychotique » depuis la fin de son adolescence et qui, à plus de soixante ans lors d'une rupture de traitement passée inaperçue a

³⁹ Contrairement au professeur Cordier, Béatrice réalise cependant uniquement des « expertises de garde à vue », c'est-à-dire en réalité des examens médicaux pendant la garde à vue (article 63-3 du Code de procédure pénale), qui vérifient la compatibilité de l'état de la personne avec le maintien en garde à vue ; elle ne se prononce donc théoriquement pas sur la question de l'irresponsabilité pénale.

« tué sa mère pour l'aider à partir, sur fond de thèmes délirants » selon Béatrice, la psychiatre qui le suit. Elle juge son « délire complètement enkysté, ritualisé ». Il se trouve dans l'unité depuis plusieurs mois déjà parce qu'elle craint « un passage à l'acte » en prison : « dès qu'on ne va pas dans son sens, il est agressif. Chez nous au moins, il est tenu ». Face à mon étonnement de voir cet homme condamné à une longue peine de prison, elle lève les épaules : « ben on ne sait pas. Pas le bon expert ? C'est un mystère... Peut-être que l'expert n'a pas posé les bonnes questions ? ».

Journal de terrain, 25 mars 2014

La réponse ironique de Béatrice témoigne du regard pour le moins critique que jettent les psychiatres du service sur les expertises réalisées par leurs confrères et consœurs suspectés de se débarrasser des patient·e·s dont l'irresponsabilité ne fait pourtant selon eux aucun doute, mais qui pourraient être difficiles à accueillir dans les services hospitaliers classiques.

Aldée m'explique que comme tout le monde, elle a constitué sa « petite liste des experts crédibles et pas crédibles ». Elle me cite le cas d'une psychiatre qui a expertisé l'un de ses patients les plus « délirants » (celui qui est décrit dans le prologue de ce chapitre) - parce que les policiers estimaient son état incompatible avec le maintien en garde à vue. L'experte a décidé qu'il n'était pas malade mais simulateur. « Mais voilà, cette psychiatre, il faut la voir avec ses sacs à plusieurs milliers d'euros et son arrogance, toujours super sapée mais méprisante avec ses équipes. C'est évident que quand elle a vu Monsieur Ali, elle s'est dit 'ah non, mais je ne vais certainement pas le prendre dans mon service !' ».

Journal de terrain, 24 mars 2014

Cette anecdote est révélatrice du jugement moral porté à l'encontre des experts qui « responsabilisent à outrance », selon l'expression d'un psychologue de l'unité. On critique le mépris de ces experts à l'égard de ceux qui cumulent un trouble psychiatrique et une grande marginalité sociale. Mais elle témoigne également du désarroi des psychiatres exerçant en milieu carcéral face à la distance qui semble se creuser entre leur expérience clinique et celle de leurs confrères et consœurs de psychiatrie ordinaire. C'est sans doute pour protéger un rattachement professionnel à l'hôpital menacé qu'ils présentent leurs patient·e·s comme « des patient·e·s comme les autres ». Cette posture les amène à placer, au moins en discours, le « crime » hors champ. Cependant, il semble non pas absent du tableau, mais plutôt placé à l'arrière-plan des pratiques cliniques.

c) « Travailler à partir de ce que le patient apporte »

Si les matériaux des terrains réalisés à Tourion ne permettent pas d'analyser précisément ce qui se joue lors des consultations, les entretiens réalisés avec certains psychiatres et psychologues invitent à penser que les faits commis peuvent ainsi devenir l'objet du travail thérapeutique lorsque le patient en fait plus ou moins explicitement la demande. Un psychiatre m'explique ainsi qu'il en discute avec ses patient·e·s « à la rigueur quand le patient le met sur le tapis, mais pas sinon ». Une psychologue considère qu'il faut aider les patient·e·s « à prendre conscience de leurs actes, mais à leur rythme, sans forcer ». Si beaucoup regrettent, tout particulièrement en maison d'arrêt, de ne pouvoir faire que du « suivi ponctuel » ou des « thérapies de soutien », ils considèrent, à quelques

exceptions près⁴⁰, qu'il faut « prendre les patients dans leur globalité », « ne pas faire abstraction du contexte » ou « de ce qui les a conduits là ». C'est ce que m'explique Olivia, psychologue au SMPR de Tourion :

CL : Sur cette question du crime... est-ce que toi, systématiquement dans les entretiens que tu fais avec les patients c'est une question que tu essaies d'aborder ?

Olivia : Oui... sauf si c'est contre-indiqué. C'est-à-dire, ça n'est JAMAIS (elle insiste) un objectif. Pour moi le passage à l'acte fait partie de la réalité des patients que je rencontre, mais c'est comme si je rencontrais des patients en hôpital psychiatrique et que je leur demandais pas qu'est-ce qui fait qu'ils sont là. Pour moi ne pas leur demander, c'est nier une partie de leur réalité. Ils sont quand même en prison, je suis psychologue, je les vois pas parce qu'ils sont en prison, mais ils sont quand même en prison, c'est aussi m'intéresser à eux pour savoir qu'est-ce qui leur est arrivé... [...] Après je ne travaille pas du tout sur le passage à l'acte, lorsque c'est contre-indiqué. Hum, je pense à... j'ai accueilli une patiente psychotique samedi matin dernier, euh... j'ai senti qu'il y avait quelque chose de gros, d'un crime, je sais pas quoi, mais après la patiente elle était complètement décompensée, c'était pas le moment. Et qu'est-ce que ça peut me foutre... l'objectif c'est de travailler autour du passage à l'acte dans le bénéfice du patient ! »

Entretien Olivia, psychologue, 13 septembre 2011

Olivia parle, pour désigner les délits et les crimes commis de « passages à l'acte », une notion mi-criminologique mi-psychanalytique qui permet de faire le pont entre crime et soin (voir infra). Elle place le patient en position de maître d'œuvre des soins, et donne à ceux-ci un objectif d'amélioration du bien-être général et non une normalisation des comportements. Lors des quelques entretiens réalisés avec des personnes détenues de Tourion (voir annexe 6), plusieurs personnes m'expliquent qu'elles consultent un « psy » (souvent un psychologue, parfois un psychiatre) pour discuter des faits commis.

Lors des entretiens, les soignant-e-s peuvent néanmoins guider les patient-e-s vers une réflexion sur les actes commis :

Exceptionnellement, j'assiste cet après-midi aux consultations d'un psychologue psychanalyste de Tourion. Arrive une jeune femme d'environ 25 ans, condamnée pour maltraitance sur un nourrisson qu'elle gardait souvent. Le psychologue me laisse mener l'entretien : à ma demande, elle me décrit rapidement sa situation avant la prison, les emplois qu'elle cumulait pour soutenir sa mère handicapée, et enfin le burn-out qui l'a amenée à craquer et à maltraiter l'enfant. Elle nous explique ensuite que son avocate l'incite à porter plainte pour harcèlement moral contre la famille de l'enfant, mais qu'elle n'ose pas. Le psychologue intervient alors, et lui demande en quoi consistait ce harcèlement moral. Elle explique que la famille pour laquelle elle travaillait l'humiliait, la surchargeait de tâches ménagères et lui faisait par exemple laver les culottes de l'aînée récemment réglée. Il lui demande ensuite de parler de ce qu'elle a fait à l'enfant. La jeune femme se met à pleurer : « ça je peux toujours pas vous dire, ça me fait trop mal d'y repenser, j'ai fait deux crises d'angoisse au tribunal, je peux pas vous en parler ». Le psychologue laisse un long silence, puis interrompt l'entretien, conseillant à la jeune fille de porter plainte.

Journal de terrain, jeudi 4 août 2011

Lors de cette consultation, le psychologue invite la jeune fille, par ses relances parcimonieuses et ciblées, à mettre en mots les faits commis. Interrompant la séance sur un silence autour du crime commis, il donne à penser que le travail thérapeutique doit désormais se concentrer

⁴⁰ Ainsi François, psychiatre au SMPR de Tourion juge pour sa part que le service psychiatrique doit se positionner comme un « centre médico-psychologique », les établissements pénitentiaires devenant ainsi un simple secteur géographique de recrutement des patient-e-s, sans aucune autre spécificité.

sur cette question. Cette consultation laisse également penser que les psychologues et psychiatres⁴¹ disposent dans le travail thérapeutique d'une marge de manœuvre substantielle dans la manière d'aborder – ou non – les faits commis.

Par ailleurs, si la demande de soins exprimée par le patient institue et légitime la prise en charge, elle n'est pas uniquement l'expression libre d'un besoin individuel, mais également le produit d'incitations diverses. Ces incitations sont explicites lorsqu'elles sont énoncées par la juge d'application des peines (voir chapitre 3), plus implicites lorsqu'elles résultent de la souffrance causée par la situation d'incarcération ou ses conséquences – la « peine » de prison, qui a pour de nombreuses personnes détenues un caractère afflicatif. En somme, en proposant de travailler à partir des souffrances apportées par les patient·e·s, les soignant·e·s négligent parfois le fait que celles-ci sont, en partie, produites par le contexte. Loin de ne venir qu'avec « ce qu'ils sont, avec leur vie », les patient·e·s viennent également « avec ce dont on se plaint à leur sujet » pour reprendre les termes utilisés par Michel Foucault lorsqu'il fait la genèse de la clinique psychiatrique⁴². Cette contrainte, qui s'exerce sur les patient·e·s ainsi que sur les soignant·e·s s'infiltré nécessairement dans la demande de soins.

3. Travailler sur le crime en restant dans le soin

Le « crime » n'est pas une catégorie psychiatrique. Cependant, les outils de classification du savoir psychiatrique contiennent des catégories qui recourent, peu ou prou, des comportements sanctionnés par la loi : une partie des troubles de l'addiction et des troubles de l'identité sexuelle. Saisies avec les outils de la psychiatrie, certaines « déviations » font l'objet de spécialisations cliniques, qui contribuent à faire émerger un champ de psychiatrie « criminelle ».

a) « Passage à l'acte » : le crime saisi par les savoirs psychiatriques

Le crime ne constitue pas, en tant que tel, un objet d'intervention thérapeutique légitime. En témoignent certains critères d'exclusion au moment de recruter les stagiaires psychologues dans le service :

« Il y a un nombre extraordinaire de demandes, tout le monde d'un seul coup veut travailler avec les criminels ! Attention ! Faut faire la part des choses entre la fascination du crime, la fascination,

⁴¹ Les premiers plus que les seconds, qui sont, tout particulièrement dans les services ambulatoires, submergés par la file active de patient·e·s et envahis par la dimension strictement médicale de leur métier (prescriptions et procédures administratives). C'est moins le cas dans les unités hospitalières (SMPR d'hospitalisation de jour et UHSA), dans lesquelles les psychiatres disposent d'un nombre plus restreint de patient·e·s.

⁴² Michel Foucault dans son cours au collège de France consacré au pouvoir psychiatrique explique ainsi la façon dont se construit la clinique psychiatrique : « avec ce que tu es, avec ta vie, avec ce dont on se plaint à ton sujet, avec ce que tu fais et ce que tu dis, fournis-moi des symptômes pour, non pas que je sache quel malade tu es, mais pour que je puisse en face de toi être un médecin » (Foucault, 2003 [1973-1974], p.270).

en gros, c'est 'Les experts', c'est 'Dexter', tu vois... y'a une sorte de lumière jetée sur ces problématiques, c'est à la mode ! Et nous c'est pas ça, c'est le soin ! Tiens, pour illustrer : j'ai accueilli une étudiante l'autre jour et j'ai passé deux heures avec elle pour lui expliquer qu'on ne met pas la criminologie en hobby ! (Rires). Dans son CV ! Et que quand on candidate en prison, on précise pas dans sa lettre de motivation qu'on a fait un stage à la morgue... parce que... en psy, le principe de base, c'est pas la morgue⁴³, c'est de ramener quelque chose à la vie ! »

Entretien Olivia, psychologue, 14 septembre 2011

Se démarquant de ces jeunes psychologues « fascinés » par le crime, Olivia, psychologue au SMPR depuis 6 ans, entend souligner son souci de rester « dans le soin ». Si les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire entendent ne pas être pris pour des spécialistes du crime, ils s'interrogent cependant régulièrement sur la façon dont ces actes s'inscrivent dans l'histoire des patient·e·s qu'ils rencontrent. On voit revenir dans le discours des soignant·e·s des expressions qui semblent traduire en langage médical des réalités judiciaires : ainsi, les expressions de « passage à l'acte », de « personnalité psychopathique » ou de « dangerosité psychiatrique » constituent des concepts-frontières, qui tout en relevant d'un lexique psychiatrique, permettent de saisir des réalités judiciaires.

Passage à l'acte

Au terme de « crime » ou de « délit » est systématiquement préférée l'expression de « passage à l'acte », qui renvoie à une approche psychanalytique du sujet mais semble être devenue un terme assez courant dans le jargon quotidien de la psychiatrie⁴⁴. Ainsi, lors du séminaire hebdomadaire de psychanalyse organisé par le service psychiatrique de Tourion, auquel participent une dizaine de psychologues, de psychiatres et d'internes du service, il est souvent question des « passages à l'acte » des patient·e·s :

Deux situations sont discutées lors de la séance que j'observe le 22 juin 2011. La première concerne un homme condamné pour des faits de voyeurisme et d'exhibition. Le psychanalyste analyse le voyeurisme à la lumière des travaux de Freud, de Lacan et de Sartre. À la fin de son exposé, la psychologue qui suit l'homme s'interroge sur la meilleure façon de faire parler ce patient particulièrement renfermé, qui n'évoque qu'à mi-mot ses « passages à l'acte », notamment pour tenter de comprendre « le plaisir qu'il peut prendre à se faire systématiquement arrêter ». Le cas suivant est celui d'une femme dont « l'anamnèse », racontée par la psychologue qui la suit, ébahit l'assemblée : arrivée en état de *delirium tremens* en prison, elle a de graves problèmes somatiques consécutifs à une « consommation massive » d'alcool et de toxiques. À ces troubles s'ajoute une précarité sociale qui l'expose depuis son enfance à des violences physiques et sexuelles récurrentes. La psychologue expose les éléments dont elle dispose sur son parcours fait d'errance et de survie. Elle raconte dans le détail les faits commis (une complicité de meurtre) et s'attarde sur sa difficulté à obtenir la confiance de la patiente, qui a un mauvais souvenir de la psychiatrie (elle a été plusieurs fois hospitalisée) et qui reproche à l'équipe de l'avoir « balancée en HO pour se débarrasser d'elle ». Elle la juge particulièrement violente, multipliant les « passages à l'acte ». Le psychanalyste prend des notes et demande des précisions sur le meurtre commis pour préparer le commentaire qu'il présentera lors de

⁴³ Plusieurs psychiatres et psychologues s'interrogent d'ailleurs sur la pertinence d'avoir placé la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le même « pôle hospitalier d'activité » (regroupement de services hospitaliers) que la médecine légale.

⁴⁴ Le terme de « passage à l'acte » a d'abord servi de traduction pour le concept freudien d'« *agieren* », qui décrit des conduites par lesquelles le patient manifeste un conflit avec l'Autre. Certains psychanalystes, dans la lignée de Jacques Lacan, ont préféré utiliser le terme anglais d'« *acting-out* ». Nonobstant cette origine psychanalytique, le concept de « passage à l'acte » est devenu un terme courant et consensuel, qui décrit différents comportements déviants, tant à la norme sociale qu'à la loi. Voir l'article de Pierre-Paul Lacas, « acting out », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 20 février 2016. URL : <http://www.universalis-fr-encyclopedie-acting-out>.

la prochaine séance. Les collègues s'interrogent sur ce parcours chaotique, une psychiatre qui se dit « sidérée », commente : « c'est du Zola ton histoire ! ».

Journal de terrain, 22 juin 2011

Ces deux cas cliniques posent problème aux soignant·e·s parce qu'ils ne parviennent pas à mettre du sens sur les différents « passages à l'acte » des patient·e·s dont il est question. Mais ces « passages à l'acte » renvoient à différents comportements, qui ne tombent pas tous sous le coup de la loi : consommation massive d'alcool, tentative de suicide, agitation physique, etc. L'expression n'est donc pas synonyme de « crime », mais permet d'enclencher une réflexion thérapeutique sur les comportements délictuels, avec l'objectif d'aider les patient·e·s à gagner en réflexivité (ou « *insight* »⁴⁵) afin de verbaliser – plutôt que d'agir impulsivement. Le terme constitue en quelque sorte une traduction psychiatrique de la notion labile de « violence » :

À propos d'un patient qui a commis une impressionnante tentative de suicide dans le bureau de sa psychiatre en détention avec l'objectif de se faire ré-hospitaliser : « Il a une personnalité schizotypique, qui plaide en faveur de la psychose même s'il n'a jamais vraiment déliré. En revanche, il y a beaucoup d'agressivité, il passe à l'acte dès qu'il est contrarié ». D'un autre patient que je vois provoquer les infirmiers lors d'une partie de foot : « Il est apparemment psychotique, même s'il n'y a pas eu de symptômes ici. Par contre, il a une personnalité psychopathe, il est agressif, dans le passage à l'acte. »

Journal de terrain, mars-avril 2014

Le terme de « passage à l'acte » permet de parler de comportements du point de vue des troubles psychiatriques plutôt que du point de vue de la loi. Il dresse cependant un pont entre le domaine psychiatrique et celui de la justice.

Psychopathie

C'est également le cas du concept de « psychopathie » ou de « personnalité psychopathe », qui opère un lien entre troubles psychiques et comportements transgressifs. Dans un usage de sens commun, le terme de psychopathe renvoie à des criminels particulièrement dangereux, qui multiplient les homicides sans motivation apparente. Hannibal Lecter en représente la figure archétypale, largement mobilisée dans la fiction. L'usage du terme « psychopathe » dans la psychiatrie française correspond plutôt à ce que le DSM IV qualifie de « trouble de la personnalité antisociale » ou « dyssociale », marquée par une certaine agressivité, impulsivité, mais également par des comportements excessifs de mise en danger de soi-même ou d'autrui et une absence de remords pour les actes transgressifs. Le qualificatif de « psychopathe » ou de « personnalité psychopathe » est fréquemment employé pour décrire des patient·e·s au comportement impulsif, qui élèvent rapidement la voix et en viennent facilement aux mains, ou qui sont capables de scarifications ou de tentatives de suicide impressionnantes. En réintégrant la violence de ces patient·e·s dans le tableau clinique et en en faisant le symptôme d'un trouble de la personnalité qui affecte le patient, les soignant·e·s se donnent le moyen de jeter un regard clinique sur des comportements qui peuvent susciter l'agacement :

⁴⁵ Le terme fait lui aussi partie du jargon psychiatrique, et décrit la conscience par le patient du trouble qui l'affecte. Voir par exemple le dossier consacré à *l'insight* dans la *Lette du Psychiatre* (vol. XI - n° 3-4 - mai-juin-juillet-août 2015).

Réunion de synthèse. C'est au tour du cas de Monsieur Graves, 28 ans. Béatrice rappelle rapidement son parcours : « Donc c'est un patient qui est en prison pour de la consommation de stup, il est en détention à XX, sauf qu'il a été violé là-bas ». Son histoire est « un peu sordide, il vient d'une famille apparemment violente, parents alcoolos, enfin la totale ». Quant à sa pathologie, « il est apparemment psychotique, en tous cas, il a fait un séjour en psychiatrie pour ça, mais ici, on a surtout le droit à sa personnalité psychopathique ». Béatrice conclut : « Je crois qu'ils nous ont tous saturés ? ». Les infirmiers confirment par de grands hochements de tête. L'assistante sociale le juge « urticant, rien que le ton de sa voix perchée, maintenant, je ne supporte plus ! ». Béatrice s'interroge : « je me demande si on est encore soignants avec lui, il induit des comportements contre-transférentiels, plus personne n'a d'empathie... »

Journal de terrain, 25 mars 2014

En intégrant le comportement du patient dans le tableau clinique, les soignant·e·s se donnent la possibilité d'en faire un symptôme qui affecte le patient – et par conséquent la relation clinique sur le mode du contre-transfert. Il devient dès lors possible de remettre une certaine distance qui permet d'analyser avec réflexivité ces comportements voire d'en faire l'objet de la relation clinique. Paradoxalement, si le terme de « psychopathie » a pour le grand public un caractère très péjoratif, il semble utilisé ici par les soignant·e·s pour euphémiser le comportement insupportable de certains patient·e·s. Cette euphémisation peut être lue comme une tentative d'améliorer l'image de ces patient·e·s, notamment aux yeux des services de psychiatrie ordinaires qui les prendront en charge ultérieurement :

« Alors le problème c'est que les schizophrènes qu'on voit, ils ont aussi cette personnalité psychopathique en plus d'être schizophrènes, donc c'est très compliqué à gérer. [...] Eux (les services de psychiatrie ordinaires), ils ne voudraient que des vrais fous ! Moi aussi j'adore les fous, c'est pour ça que je fais ce métier, mais nous on a aussi une autre catégorie de personnes, qui ont des personnalités psychopathiques, et ceux-là, ils ne sont pas les bienvenus ! »

Entretien Mélanie, psychiatre, 10 août 2011

Mélanie se pose en intermédiaire entre ces patient·e·s difficiles, dont les troubles sont essentialisés (ils sont une « catégorie de personnes ») et les services de psychiatrie ordinaires. Elle donne à ces comportements déviants la « signification de maladie qui demande traitement plutôt que de crime qui demande punition, oppression qui demande réparation, ou de péché qui demande patience et grâce » (Carricaburu, Ménoret, 2004). D'ailleurs, certains, comme Béatrice, ont une empathie particulière pour ces patient·e·s :

« Les psychopathes ou les états-limites, c'est passionnant. Ce sont des patients qui n'arrivent pas à gérer leurs émotions. Ils sont bien là, mais complètement débordés et du coup, ils ne maîtrisent rien du tout. Je trouve ça passionnant... de les aider à se réguler. C'est un travail de longue haleine par contre. Mais bon, en général, ce sont des gens qui sont incarcérés plusieurs fois, on les voit revenir ! »

Entretien Béatrice, psychiatre, 6 février 2015

Le concept de « personnalité psychopathique » mériterait une analyse à part entière tant il semble médicaliser le comportement de patient·e·s perçus comme « *unworkable* », c'est-à-dire difficilement accessibles à une relation thérapeutique apaisée. Avec François Sicot, on pourrait ainsi en conclure que « faciliter la rencontre des pauvres et des spécialistes de l'âme, c'est médicaliser la pauvreté, voire participer à la construction de nouvelles entités nosographiques inconnues jusqu'alors » (Sicot, 2001, p.21). Mais cette entité nosographique permet, dans le même temps, de garder une capacité d'empathie et de développer un souci thérapeutique pour des comportements

qui pourraient au contraire entraver la relation thérapeutique. Comme le terme de « passage à l'acte », celui de « psychopathie » permet aux psychiatres de se saisir des comportements transgressifs sans toutefois quitter le registre psychiatrique qui est le leur.

Dangerosité psychiatrique

La « dangerosité » constitue un autre concept frontière : la préoccupation politique pour la « dangerosité » de certains infracteurs présentant des troubles mentaux a fait couler beaucoup d'encre, notamment sur la confusion produite par le concept – et son utilisation dans des lois et des rapports sur la récidive – entre troubles psychiques et criminalité. Si les équipes de Tourion sont éloignées de ces débats, auxquels ils n'ont pas directement participé, ils estiment unanimement que la question de la récidive ne les concerne pas, comme on l'a vu plus haut. Mais une exception se dessine pour les patient·e·s dont le discernement est incertain et dont on peut craindre, une fois libérés, un acte violent en raison des troubles psychiatriques :

Je discute avec Aldée du sort de Monsieur Tristan (celui que tout le monde considère comme un « vrai fou »), qui doit sortir de prison dans quelques semaines, et dont les troubles psychiatriques ne semblent pas se calmer sous l'effet des psychotropes. Aldée juge qu'il présente une certaine « dangerosité » et qu'il pourrait très bien « refaire la même chose », c'est-à-dire une agression sexuelle avec violence. Elle m'explique qu'un suivi socio-judiciaire de huit années est prévu à l'issue de sa peine, et que la juge d'application des peines en charge de son dossier l'a appelée pour savoir ce qui était prévu pour le patient à sa sortie. La JAP s'est dite inquiète, car la famille a peur qu'il tue quelqu'un à sa sortie. Aldée l'a rassurée : « ne vous inquiétez pas, on en a conscience ». Elle sait qu'il a « trop d'énergie » pour être hospitalisé dans un service classique et pense qu'il partira en unité pour malades difficiles à sa sortie de prison.

Journal de terrain, 25 mars 2014

L'inquiétude qu'exprime Aldée porte sur les symptômes psychiatriques de Monsieur Tristan qu'elle ne voit pas faiblir et qui lui font craindre une certaine violence. Si sa « dangerosité » concerne la psychiatrie, c'est parce qu'elle est considérée comme le résultat direct de ses troubles psychiques. La dangerosité n'est donc conçue que dans le cadre classique de la psychiatrie : il s'agit de repérer les éventuels patient·e·s difficiles, ceux pour lesquels on craint une violence particulière, liée à une pathologie psychiatrique, et pour lesquels il faut éventuellement prévoir une hospitalisation sous contrainte dans un service fermé ou une unité pour malades difficiles.

La relance de la juge d'application des peines n'est pas vue comme intrusive parce qu'Aldée se considère responsable⁴⁶ du sort de ce patient, qui n'a de toute façon selon elle pas sa place en prison, et sera d'ailleurs pris en charge par la psychiatrie une fois libéré. Mais on voit comment ce concept-frontière peut être source de malentendus :

⁴⁶ La question de la responsabilité des psychiatres devient un enjeu crucial à l'heure où leur responsabilité judiciaire peut être mise en cause : ainsi, l'affaire Canarelli (du nom d'une psychiatre marseillaise condamnée – puis relaxée – pour homicide involontaire après que l'un de ses patients a assassiné un homme au cours d'une fugue). Si la profession psychiatrique conteste unanimement cette tendance à mettre en cause la responsabilité du médecin, cette affaire a cependant ravivé un clivage profond entre les psychiatres estimant nécessaire de délester la psychiatrie de la question de l'enfermement des malades dangereux et ceux qui considèrent que la protection des malades difficiles relève bien du mandat de la psychiatrie. (Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, 2016, chapitre 2).

Béatrice, la coordinatrice de l'UHSA, se réjouit de la coopération naissante avec les juges d'application des peines de Tourion. Les permissions de sortie vont être accordées plus facilement par les JAP pour que les patients, accompagnés par l'équipe de l'UHSA établissent un premier contact avec les structures qu'ils fréquenteront à la sortie. Mais elle précise en entretien : « évidemment, là encore, faut faire de la pédagogie : les JAP ils pensent avant tout aux potentiels récidivistes qui pourraient faire les gros titres, nous on pense 'continuité des soins'. Voilà il faut toujours être vigilant, répéter inlassablement que notre boulot, c'est pas la récidive. Mais une fois que c'est clairement posé, nous on peut travailler. »

Entretien Béatrice, psychiatre, 6 février 2015

Les psychiatres prennent donc en considération les actes commis lorsque les troubles psychiatriques qu'ils diagnostiquent leur laissent craindre la possibilité de nouvelles violences. Il s'agit alors, comme en milieu libre, de mesurer la « dangerosité psychiatrique » de leurs patient-e-s, et d'envisager une réponse psychiatrique adaptée. En revanche, la lutte contre la récidive est considérée comme non pertinente – ou plutôt comme secondaire – lorsqu'elle ne peut être imputée à un trouble psychique. C'est ainsi que les psychiatres distinguent, en pratique la « dangerosité psychiatrique » de la « dangerosité criminologique », se donnant pour mission, en tant que soignant, de n'intervenir que sur la première – de la même façon que leurs collègues exerçant en milieu ordinaire⁴⁷.

Néanmoins, la question se pose de savoir de quels troubles psychiques les psychiatres se considèrent responsables : comme on le voit avec le cas de Monsieur Tristan, « l'univers de la psychose décompensée » (Protais, 2011) relève clairement selon les psychiatres de Tourion d'une prise en charge psychiatrique, ici au long cours. Il ne suffit cependant pas que soit identifié un trouble psychique pour que les psychiatres considèrent la question de la récidive comme étant de leur ressort, contrairement à ce qu'aimeraient parfois croire les juges d'application des peines. En revanche, en acceptant de se spécialiser sur des groupes de patient-e-s qui ont en commun d'avoir transgressé la loi, les soignant-e-s de Tourion contribuent au mouvement de pathologisation de certains comportements pénalisés.

b) De la peine à la souffrance : quand la prison fait évoluer les savoirs cliniques

Howard Becker a montré comment le processus d'étiquetage des « déviances » pouvait mobiliser de façon concomitante le milieu médical et judiciaire. Ainsi, il montre en faisant la généalogie des *Harrison Narcotics Act* et *Volstead Act* qui interdisent respectivement la consommation d'opiacés (1914) et d'alcool (1919) que ces lois résultent d'une mobilisation « d'entrepreneurs de morale » provenant tant des milieux religieux que des milieux médicaux (Becker, 1968 [1963]). À Tourion, on observe une certaine concordance entre la pénalisation

⁴⁷ Les psychiatres exerçant en unités pour malades difficiles (UMD) justifient de la même façon leur travail sur la « dangerosité » : il s'agit dans ces unités de travailler sur les causes psychiatriques – ainsi que sur le contexte, qui a pu amener un patient à devenir « dangereux », dans le but de permettre aux patient-e-s de retourner *in fine* dans le circuit de soins ordinaires (voir Velprey, 2016).

croissante de certaines infractions et une spécialisation clinique autour de celles-ci : les « toxicomanies » et les « violences sexuelles ».

Lutte contre la toxicomanie et addictologie

Le nombre de personnes détenues présentant un trouble de l'addiction excède largement les statistiques pénales⁴⁸ de condamnations à de la prison ferme pour « usage de stupéfiants » ou « conduite en état d'ivresse » en augmentation rapide depuis la fin des années 1980. En effet la consommation alcoolique ou toxicomaniaque n'est pas toujours liée au délit qui a entraîné l'incarcération. Ainsi Caroline, psychologue au SMPR de Tourion depuis plus de vingt ans et spécialisée depuis quelques années en addictologie, estime à 45% le nombre d'arrivants qui « se déclarent avec une problématique d'addictologie ».

Néanmoins, on remarque autour des addictions une certaine concomitance entre la pénalisation croissante et le développement de structures médicales spécifiques à l'attention des personnes toxicomanes (Fernandez, 2009) et, plus récemment, alcooliques. La progressive constitution d'un champ de la prise en charge des toxicomanies accompagne une tendance de la société à condamner plus sévèrement cette déviance sociale⁴⁹ et signe une forme de « médicalisation » de cette déviance (Conrad, 1992). Dans la prison de Tourion, cette spécialisation se traduit au milieu des années 1990 par la mise en place d'un CSST⁵⁰ (centre de soins spécialisés aux toxicomanes) intégré au service psychiatrique, qui se transforme, à la fin des années 2000 en CSAPA⁵¹ (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) – le changement de dénomination et l'apparition du terme 'd'addictologie' manifestant l'institutionnalisation de cette sous-discipline spécifique.

Les soins dispensés en milieu carcéral ont d'ailleurs une importance majeure dans les politiques de lutte contre la toxicomanie : en effet, dans un milieu où il est *a priori* moins facile de se procurer drogues et alcool, les consommateurs actifs n'ont parfois pas d'autres solutions que de se tourner vers les services psychiatriques pour recourir aux traitements de substitution. La circulaire instaurant les CSAPA insiste donc sur l'importance du travail mené en milieu carcéral, moment « privilégié » de « contact » entre les personnes toxicomanes et les structures de soins, qu'on espère pouvoir pérenniser une fois l'incarcération terminée par une amélioration de la « continuité des soins ». Avec la question de la « toxicomanie », requalifiée progressivement en « troubles de l'addiction » s'opère un discret transfert de responsabilité de la justice vers la

⁴⁸ Voir les rapports de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (notamment OFDT, 2013) pour une analyse fine des statistiques pénales relatives aux « infractions à la législation sur les stupéfiants ».

⁴⁹ On peut, avec Fabrice Fernandez remarquer que ces deux phénomènes de pénalisation et de médicalisation, qui débutent dans les années 1980, répondent à une « prolétarianisation des usages ». La politique de santé publique de « réduction des risques », c'est-à-dire des risques de transmission du SIDA et des hépatites participe donc d'une forme médicalisée de contrôle social des classes populaires. (Fernandez, 2009)

⁵⁰ Décret n° 92-590 relatif à la création des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

⁵¹ Les CSAPA regroupent les anciens CSST et les anciens CCAA (centres de cure ambulatoires en alcoologie). Voir circulaire n°DGS-MC2-2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

psychiatrie, désormais chargée de prendre en charge ces comportements que condamne le code pénal, au nom du soin⁵².

Au cours des dernières années, un transfert de responsabilité similaire s'organise quant à la prise en charge des « violences sexuelles », même si les précautions de langage des thérapeutes spécialisés dans la prise en charge des « auteurs de violences sexuelles » témoignent de la difficulté pour cette spécialisation clinique à s'installer dans le paysage du soin psychiatrique.

Lutter contre et soigner les auteurs de violences sexuelles

Comme pour la toxicomanie, l'attention de la psychiatrie pour les « agresseurs sexuels » accompagne une sévérité pénale croissante à l'encontre des infractions sexuelles au cours des années 1990 et 2000. Les lois françaises et allemandes de 1998, qui mettent en place un dispositif d'injonction de soins pour les auteurs de violences sexuelles, s'inspirent des travaux de psychiatres et psychologues qui ont insisté sur la « vertu thérapeutique du rappel à la loi » qui permet de susciter une demande de soins chez des personnes sinon fréquemment dans le « déni de leurs troubles sexuels » (Doron, 2006). Si la loi se nourrit du travail de ces chercheurs⁵³, elle marque en retour une étape importante dans l'institutionnalisation de la prise en charge psychiatrique de ce groupe, délimité par une série d'infractions spécifiques. Elle va en effet ouvrir la voie à la création, dans le courant des années 2000 de centres ressources interrégionaux pour le suivi des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS), dont le rôle consiste à sensibiliser et former les intervenants en santé mentale autour de la prise en charge clinique des auteurs de violences sexuelles, d'assurer pour les sortants de prison la liaison avec le secteur psychiatrique, mais également de proposer des prises en charge spécifiques (hormonothérapie, thérapies de groupe, etc.).

À Tourion, les trois psychologues qui travaillent dans cette unité de prise en charge postpénale saluent d'ailleurs unanimement la création de ces dispositifs spécifiques qui donnent enfin le statut de *patients* à des personnes longtemps ignorées de la psychiatrie, ainsi que l'explique Nadège, une psychologue qui exerce à cheval entre la prison et le CRIAVS :

« Tous les psychiatres... euh tous les soignants qui ont bataillé pour la mise en place de l'injonction de soins, parce que c'était les soignants en intra-carcéral qui rencontraient les agresseurs sexuels en milieu carcéral qui ont bataillé pour faire valoir une notion de souffrance chez des personnes avec des traits psychopathiques et pervers, où tout le monde disait mais enfin, c'est des grands méchants, c'est pas des personnes qui souffrent. Et c'est quand même des soignants qui ont demandé ça... Et y'a eu un dispositif petit à petit de soins qui se met en place, l'injonction de soins, c'est un dispositif extraordinaire... »

Entretien Nadège, psychologue, 19 août 2011

⁵² Lors de la conférence de consensus sur la récidive, organisée en février 2013 par le ministère de la Justice, deux médecins proposent ainsi une réflexion sur les addictions et la récidive : « la part des addictions : à quelles conditions les mesures de traitement des addictions favorisent-elles la prévention de la récidive et la sortie de la délinquance ? » (par Olivier Cottencin et Thierry Danel, du CHRU de Lille).

⁵³ Claude-Olivier Doron cite notamment les travaux du psychiatre Claude Balier ou du psychologue André Ciavaldini, très actifs au sein de l'ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles) qui regroupe dans les années 1990 la majorité des soignant-e-s intervenant auprès des auteurs de violences sexuelles. On peut ajouter les travaux d'Evry Archer (Archer, 1998).

Si Nadège accueille avec enthousiasme ce dispositif, beaucoup de soignant-e-s de Tourion le tiennent à distance, avec une certaine méfiance, considérant pour certains que les auteurs de violences sexuelles qui ne présentent pas de souffrance psychique ne sont pas des clients légitimes pour la psychiatrie, craignant pour d'autres que le cadre de l'injonction de soins, pour l'instant réservée à la phase « postpénale », devienne un cadre légitime en milieu carcéral⁵⁴.

Cependant, pour Nadège comme pour Olivia ou Jérôme, ses collègues psychologues, il est important de souligner la dimension thérapeutique du travail mené auprès des auteurs de violences sexuelles : c'est au nom d'une souffrance parfois cachée qu'il faut intervenir. Leur souci d'arrimer ce « segment professionnel » à la profession médicale vise à légitimer une intervention qui risquerait sinon d'apparaître simplement comme un adjuvant du contrôle social. Pour Claude-Olivier Doron, cette démarche s'enracine dans une « idéologie thérapeutique » « un ensemble de récits articulés entre eux qui forment un savoir clinique disponible sur les auteurs d'agressions sexuelles. Ils ont pour objectifs affichés de donner du sens à la prise en charge des 'AAS', de répondre à des questions et des angoisses des thérapeutes, de justifier et de préciser les rapports qui doivent exister entre santé et justice. » (Doron, 2006, p.165). Il nous semble qu'il y a, au-delà d'une volonté de se donner « bonne conscience » un souci d'aménager un espace de rencontre avec le patient : cette « idéologie thérapeutique » est également un « souci thérapeutique ». Ce souci transparaît dans les propos de Zoé, interne en psychiatrie, dont le discours tout en nuances traduit l'incertitude des soignant-e-s face à ces « nouveaux » patients :

« Typiquement c'est sûr qu'en milieu pénitentiaire, c'est la prise en charge des auteurs de violences sexuelles qui pose beaucoup question et qui pour moi n'est pas une question simple parce qu'à mon sens, on est parfois plus du côté de la déviance... que vraiment de la maladie... En même temps, je suis d'accord, ce sont des personnalités très carencées, à traits pathologiques... avec euh... des traumatismes subis dans l'enfance... une éducation pas géniale. Mais ça ne génère pas forcément de souffrance quoi... ou une souffrance très clivée, très indicible... Et quand je me demande s'il faut soigner ou pas, je me réfère souvent à cette idée de souffrance. »

Entretien Zoé, interne psychiatre, 3 avril 2014

Si les auteurs de violences sexuelles peuvent donc être considérés comme des patients légitimes de la psychiatrie au nom d'une souffrance qu'il faut parfois patiemment exhumer par une « thérapie proactive » (Saetta, 2016), la systématisation progressive du prononcé de l'injonction de soins à tous les auteurs de violences sexuelles ainsi que sa généralisation à d'autres catégories de personnes condamnées pose problème aux psychologues de Tourion :

« Sauf... qu'il y a eu à partir d'un moment donné, généralisation de l'injonction de soins... à tout et n'importe quoi. Moi je pense qu'il faut revenir au système de base : une double expertise psychiatrique pour montrer que... ça peut être utile... c'est à dire... comme chez les Anglo-Saxons, c'est à dire que : l'injonction de *soins*, c'est quand même d'abord du soin ! Notion de soin, c'est prendre soin de l'autre. Alors si tu vois que l'autre c'est un psychopathe avéré, qui de toute façon va détourner tout le dispositif... Il faut quand même adhérer un minimum... Je veux bien qu'on travaille la demande, et on la travaille la demande... Mais bon voilà, si l'autre n'adhère pas, qu'est-ce que tu veux faire ? Tu peux pas ouvrir le cerveau de quelqu'un... Et ça c'est quelque chose qu'on a oublié. »

⁵⁴ Nous avons vu au chapitre 3 – et dans la première section, que les soignant-e-s restaient maîtres de la file active de patient-e-s, même si des formes discrètes d'injonction existent en milieu carcéral, qui rendent partiellement caduque l'idée que les soins psychiatriques y seraient parfaitement « libres ».

Olivia soulève ici deux enjeux majeurs pour les psychiatres et psychologues qui travaillent au CRIAVS : un enjeu d'autonomie et un enjeu de légitimité professionnelles⁵⁵. En effet, en élargissant la base des personnes concernées par l'injonction de soins au gré de deux lois portant sur la récidive, le législateur semble insister sur la mission de contrôle pénal de ce dispositif, mission que les psychologues et psychiatres tentent au contraire de placer au second plan pour protéger leur identité professionnelle de « soignant-e-s » (« l'injonction de *soins*, c'est quand même d'abord du soin ! » rappelle Olivia). Mais surtout, cette généralisation dilue les frontières du public ciblé par le dispositif et met ainsi en péril la spécialisation à laquelle prétendent ces thérapeutes (autour des violences sexuelles) et qui leur permet de se positionner en sous-champ disciplinaire de la psychiatrie, disposant de ses lieux d'échanges (colloques, publications) et fondé sur des travaux cliniques et des recherches empiriques.

Cette généralisation de l'injonction de soins est cependant symptomatique des relations entre psychiatrie et justice, la seconde semblant toute prête à déléguer à ces nouveaux spécialistes un problème de sécurité publique qui l'encombre, tandis que la première accueille avec méfiance cette demande exogène, qui met en évidence la dimension normative du soin.

c) Vers une « psychiatrie criminelle » ?

L'addictologie et la clinique des auteurs de violences sexuelles constituent deux « segments professionnels », le premier étant un peu plus ancien et donc mieux ancré dans le paysage du soin psychiatrique que le second. À Tourion, nombre de psychiatres et de psychologues restent à l'écart de ces segments, sans nécessairement afficher d'hostilité à leur égard, mais dans un souci de rester « généralistes ». Se spécialiser dans le champ de l'addictologie ou de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles relève d'une stratégie professionnelle pour les soignant-e-s qui décident de travailler dans les nouvelles structures dédiées. Cette spécialisation permet aux infirmier-e-s, éducateurs-trices, psychiatres ou psychologues de se distinguer par des connaissances cliniques spécifiques, des compétences techniques particulières, la maîtrise d'un réseau d'acteurs déterminé, etc.

Ainsi, Mariette, infirmière à Tourion depuis plus de vingt ans et spécialisée depuis le milieu des années 1990 dans les traitements de substitution me montre avec fierté les tableaux de suivi qu'elle complète minutieusement depuis plusieurs années, et qui lui permettent souvent d'anticiper les demandes des personnes détenues qui reviennent en prison. Elle s'étend longuement sur les compétences humaines qu'elle a dû développer pour faire face aux « toxicomanes » :

⁵⁵ Les propos des trois psychologues interviewés rejoignent ceux des psychiatres et psychologues interrogés par Guillaume Brie dans la recherche qu'il a menée dans un centre de détention « spécialisé » dans l'accueil d'auteurs de violences sexuelles (voir Brie, 2012, p.174-201)

« C'est-à-dire que c'est une population spéciale... Les toxicomanes ils ont une personnalité différente quoi... Ils sont dans le charme, dans la... dans la recherche de considération, ils sont aussi dans le mensonge... et donc ils savent aussi que c'est pas à un vieux singe qu'on apprend à faire des grimaces. Je leur parle assez franchement comme ça tu vois, et ça je crois qu'ils apprécient beaucoup. Quand j'ai des choses à leur dire en face, je leur dis en face dans mon bureau. Et des fois ça hausse le ton, mais c'est comme ça. »

Entretien Mariette, infirmière, 9 septembre 2011

Pour Mariette, cette spécialisation lui permet de se distinguer de ses collègues infirmier·e·s et de gagner en autonomie : c'est ainsi elle qui a été chargée de piloter la mise en place du système de distribution des traitements de substitution aux opiacées dans la nouvelle prison de Tourion. De même, Olivia, qui a débuté à Tourion comme stagiaire psychologue et exerce désormais à cheval entre la prison et le CRIAVS met en avant le long travail d'appropriation des connaissances scientifiques spécifiques sur les auteurs de violences sexuelles, tant psychanalytiques que cognitivistes :

« Donc en gros... ce que les cognitivistes vont appeler 'la prise en charge du passage à l'acte' ce que les analystes vont appeler 'la clinique du recours à l'acte'. Peu importe l'obédience derrière, dans mon université, y'avait rien qui était dit, donc moi j'ai essayé de creuser... il y a une sorte de curiosité intellectuelle autour de ça, et au fur et à mesure, je me suis intéressée aux travaux de Balier et puis aux prises en charge surtout ayant rencontré Thierry Pham, donc il m'a ouvert euh... les horizons vers d'autres types de prises en charge que moi je ne connaissais pas auparavant, parce que je n'étais pas du tout d'orientation cognitiviste. »

Entretien Olivia, psychologue, 14 septembre 2011

Cette spécialisation permet à Olivia de gagner une certaine reconnaissance symbolique, en contribuant à la recherche en psychologie sur ces questions. Caroline, psychologue spécialisée en addictologie, apprécie elle aussi l'intensification de sa vie professionnelle produite par cette spécialisation :

« J'ai été quelques temps à mi-temps sur les deux prisons, mais c'était compliqué. Aller aux synthèses des deux côtés, c'était pas simple. [...] Là c'est mieux, 100% sur une unité, 100% CSAPA, c'est aussi pouvoir aller à des formations complémentaires, les colloques, les réseaux, sur ce qui est le champ des addictions. Enfin y'a toujours 10% qui sont réservés à ce qui est arrivants, accueil, urgences, qu'on a tous, mais après je suis en temps plein CSAPA femmes et hommes. Et ça me permet d'être vraiment au courant de ce qui se fait en addicto quoi, de me mettre au point, d'être en réseau avec ceux qui travaillent là-dessus dehors aussi. »

Entretien Caroline, psychologue, 13 septembre 2011

Profitant au maximum de ses temps de formation, Jérôme, psychologue à Tourion depuis plus de 10 ans a accompagné la création du CRIAVS dans lequel il travaille à mi-temps. Il est investi dans plusieurs travaux de recherche autour des « représentations sociales » et « distorsions cognitives » des auteurs de violences sexuelles. Comme Olivia, il souligne l'intérêt de ces temps de formation, qui lui permettent d'obtenir une reconnaissance symbolique qui compense partiellement la différence de salaire entre psychiatres et psychologues. C'est également par la maîtrise d'un savoir spécifique que la psychiatre responsable du centre ressource semble justifier sa pratique : lors d'un séminaire de Tourion, elle présente ainsi dans le détail les derniers travaux anglo-saxons relatifs à l'hormonothérapie. Si elle débute sa présentation par un questionnement éthique sur ces thérapies controversées pour souligner son appartenance au monde médical, elle se positionne cependant en

pionnière, par sa volonté d'importer en France ces savoirs peu connus. À l'échelle de Tourion, peu de psychiatres semblent cependant prêts à faire ce pari.

À Tourion, il semble que ceux qui se spécialisent prennent cependant des précautions importantes pour « rester dans le soin », c'est-à-dire tenir à distance les préoccupations judiciaires et politiques pour la question de la récidive. Ainsi, si deux tendances se dessinent selon Claude-Olivier Doron dans le champ de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, les soignant·e·s de Tourion appartiennent à la tendance majoritaire, inspirée notamment par les travaux de Claude Balier, qui cherche à légitimer cette spécialisation d'un point de vue exclusivement médical, en présentant les auteurs des violences sexuelles comme des sujets présentant une particularité clinique : le déni de leur souffrance. Ils se tiennent à distance d'une seconde tendance, représentée notamment par Roland Coutanceau ou Arnaud Martorell, qui assument au contraire l'idée que la psychiatrie a une responsabilité sociale et doit donc participer, dans la mesure de ses moyens, à une mission de sécurité de la société contre les risques de récidive. Cependant, cet objectif affleure dans le discours de certains : ainsi, un document de communication du CRISAVS signé par une ancienne chef de service justifie l'existence d'une intervention spécifique par « *l'insupportable* » augmentation des violences sexuelles et la nécessité de « *punir* mais aussi soigner » les agresseurs. De même, Jérôme participe à la mise en place des « programmes de prévention de la récidive » (un outil d'accompagnement psycho-criminologique, voir chapitre 6) et à l'évaluation des outils cliniques de mesure de la dangerosité. Il estime nécessaire d'assumer la contribution des soignant·e·s à la dimension pénale :

Reprochant à certains psychiatres ou psychologues qui évacuent la dimension pénale de « nier la réalité du patient », Jérôme juge dans le « déni » ses collègues qui « font comme si les patients n'étaient pas en taule, mais à l'extérieur ». Utilisant un jargon psychologique, il craint le « retour du refoulé », c'est-à-dire que ce « clivage » apparent en cache un second, plus profond : le fait de considérer les patients comme appartenant à un autre monde, « comme des monstres ». Pour lui, il est nécessaire d'assumer la contribution des soignant·e·s à la dimension pénale.

Entretien Jérôme, psychologue 1^{er} juillet 2011

Jérôme intervient d'ailleurs dans un diplôme universitaire de psychiatrie criminelle⁵⁶. Deux internes de psychiatrie de Tourion ont suivi ce diplôme et m'expliquent être ravies d'avoir enfin reçu un enseignement spécifique sur les problématiques qu'elles rencontrent en détention. Si les psychiatres de Tourion se tiennent à distance de ces initiatives universitaires, je ne retrouve cependant pas dans mes entretiens de propos aussi critiques que ceux de Sophie Sirère et Pascale Giravalli qui ironisaient à propos de la création de ce diplôme de psychiatrie criminelle :

⁵⁶ Il s'agit du « diplôme inter-universitaire » de psychiatrie criminelle et médico légale de l'Université de Poitiers, qui selon sa plaquette de présentation « s'adresse aux médecins et professionnel·le·s de santé qui peuvent prendre en charge les troubles sous-tendant les passages à l'acte criminels, notamment aux équipes de soins intervenant en milieu pénitentiaire et aux équipes de secteur. Elle a aussi comme objectif de contribuer à la formation des experts psychiatres. Cette formation peut aussi accueillir des magistrats, avocats, psychologues, éducateurs·trices ou étudiants en droit ou en psychologie ». (Il serait d'ailleurs intéressant de voir comment la psychiatrie se rapproche des initiatives de constitution d'un champ criminologique, qui contribue aussi à faire du crime un objet pertinent de savoir et d'intervention).

« La psychiatrie criminelle est – nous dit Jean-Louis Senon – la prise en charge des auteurs d’infractions, présentant des troubles mentaux ou de la personnalité. Nous sommes d’accord avec lui pour qualifier de criminelle une psychiatrie qui ferait passer l’infraction avant le trouble mental ».⁵⁷

Le jeu de mots, qui s’appuie sur une figure de style raffinée (amphibologie), soulève un enjeu majeur pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire : les deux psychiatres se demandent si le crime pourrait devenir un « genre pertinent » pour la clinique c’est-à-dire un objet à la croisée de la morale et de la science, qui trouverait, en tant que tel, une certaine pertinence sur le plan clinique. En empruntant ici le concept de « genre pertinent » à Ian Hacking, qui l’utilise notamment pour décrire la façon dont la maltraitance infantile est devenue un objet d’intervention publique au cours du vingtième siècle, il s’agit, comme lui, de ne pas en rester à une description constructiviste de ce problème social, qui lui confère progressivement une certaine pertinence, un caractère scientifique, et moralement légitime, mais d’en montrer aussi le caractère « actuel et oppressant », c’est-à-dire la façon dont le problème est éprouvé par les individus concernés. Dans notre cas, on peut lire la souffrance des auteurs de violences sexuelles comme le point de départ autant que le produit de cette mobilisation politique et médicale autour des violences sexuelles.

Encadré 22 Psychiatrie criminelle et criminologie

Si la criminologie est une discipline académique reconnue dans de nombreux pays francophones (Suisse, Belgique, Canada), elle est en France une appellation controversée. Il n’y a ainsi pas de « section de criminologie » au Conseil National des Universités⁵⁸ : une section de criminologie a brièvement été créée par le Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche le 15 mars 2012 et sera supprimée à l’arrivée au gouvernement du parti socialiste. En revanche, une chaire de criminologie tenue par Alain Bauer existe au conservatoire national des arts et métiers (CNAM). La criminologie désigne donc un champ interdisciplinaire très dispersé et dont les tentatives d’unification, largement encouragées par plusieurs rapports relatifs à la récidive et à la sécurité internationale, sont régulièrement critiquées par le milieu universitaire – tout particulièrement les sociologues et politistes. Les critiques portent tout d’abord sur l’absence de « cohérence paradigmatique et méthodologique » de la criminologie, qui créerait une certaine confusion « entre recherche fondamentale et sciences appliquées » et effacerait les frontières entre « champs scientifique, politique et expertal » (Mucchielli, 2008). Cette dernière critique s’adresse principalement aux porteurs du projet de création d’une section de criminologie, dont les ambitions politiques sont sujettes à caution (Bigo, Bonelli, 2014), mais au-delà de ce cas bien particulier, c’est l’ensemble du projet criminologique qui est mis en cause, en ce qu’il fait du « crime » son objet exclusif et participe à une essentialisation de celui-ci (Mucchielli, 2004). À défaut d’exister en temps que discipline universitaire reconnue, la criminologie constitue une sous-discipline dans plusieurs facultés de psychologie, de droit ou encore de psychiatrie. Plusieurs diplômes universitaires proposent des « formations pluridisciplinaires » à la criminologie ou à la psycho-criminologie. Un recensement et une analyse des programmes de formation seraient nécessaires pour mieux étudier la progressive formation d’un champ de savoirs légitimes autour du crime et du traitement des criminels.

À Tourion, les soignant·e·s conçoivent, comme on l’a vu, leur intervention en termes de santé publique. Ils se sentent ainsi bien plus concernés, au plan professionnel, lorsque paraît en avril 2016

⁵⁷ XXIIèmes Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, SMPR de Marseille, décembre 2011 : « Soigner en prison ou comment travailler le paradoxe d’y être ? » Communication de Sophie Sirère et Pascale Giravalli, SMPR des Baumettes, Marseille.

⁵⁸ Pour une analyse des enjeux politiques et financiers sous-tendant la création de cette chaire, voir (Bigo, Bonelli, 2014).

un rapport déplorant le manque de moyens psychiatriques (*Human Rights Watch*, 2016) dans les prisons françaises que lorsqu'un auteur de viol fait les gros titres de la presse régionale. Comme on l'a vu, c'est au nom d'un travail thérapeutique légitimé par la souffrance éprouvée par ces patient·e·s que certains psychologues ou psychiatres accueillent le « passage à l'acte » comme un objet parmi d'autre du travail clinique. Il faut cependant que les actes transgressifs aient été recodés en troubles psychiques, mais également que ces nouveaux « segments professionnels » trouvent une certaine légitimité au sein de la profession psychiatrique. En somme, l'importation, dans la clinique de préoccupations sociales n'est pas directe, elle suppose un travail d'appropriation et la production de savoirs légitimes qui permettront de justifier les pratiques de soins. La profession psychiatrique se transforme ainsi de façon progressive et de l'intérieur.

*
**

Décrivant la genèse et la fonction sociale des institutions⁵⁹, Mary Douglas explique :

« Au départ elles ont un fonctionnement empirique et normatif. Mais elles finissent par stocker toute l'information nécessaire. Quand tout est institutionnalisé, ni l'histoire ni les autres moyens de stockage ne sont plus nécessaires : « c'est l'institution qui dit tout » ».

(Douglas, 2004 [1986] p.82)

Cette petite formule condense une analyse à la fois profonde et limpide du rôle social des institutions : résultant de la stabilisation lente et progressive de façons de concevoir le social, celles-ci finissent par incarner et faire exister ces conceptions. Elles naturalisent ce faisant ces catégories et classifications sociales qui avaient pourtant émergé d'un long processus de construction sociale. Que nous disent, donc, les services psychiatriques des prisons de Tourion et de Grünstadt, espaces de soins encastés dans un dispositif carcéral ?

Si cette apparente hybridation semble aller de soi à Grünstadt, c'est peut-être parce que le service psychiatrique se considère comme une annexe des hôpitaux psycho-légaux (*Maßregelvollzug*), qui existent depuis les années 1930. L'idée que les patients de l'APP présenteraient la particularité d'être, par ailleurs, des auteurs d'infractions est donc une évidence, banalisée par le temps et parfaitement naturalisée, qui ne suscite chez les professionnel·le·s aucun étonnement. C'est d'ailleurs au sein de ce champ professionnel de la *Forensik* que les soignant·e·s de Grünstadt entendent plaider leur cause afin d'obtenir des moyens supplémentaires en direction des personnes détenues, qui ressemblent à leurs yeux, de plus en plus aux personnes internées dans les hôpitaux psycho-légaux.

Au contraire, on perçoit dans la toute jeune institution que constitue l'UHSA un certain malaise autour de l'identité des patient·e·s soignés entre ses murs. De façon paradoxale, des logiques

⁵⁹ Mary Douglas utilise le terme d'institution dans un sens très large, équivalent presque à la notion de « fait social » chez Durkheim, c'est-à-dire selon la définition qu'il en donne dans les *Règles de la méthode sociologique* (2010, [1895]) : « toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ». On utilise ici la citation dans un sens légèrement détourné, pour parler d'institutions qui ont une existence physique, dans le sens d'établissements.

de contrôle et de surveillance pénitentiaire s'infiltrent dans le service, qui constitue dans le même temps un lieu de répit et de repli. Mais les personnes détenues apportent avec elles leur histoire et leur(s) peine(s) et amènent les équipes psychiatriques à se spécialiser (autour des addictions ou des violences sexuelles) ou à étendre le champ de leur intervention clinique à un travail thérapeutique sur le « passage à l'acte » ou sur les « troubles de la personnalité psychopathique ». Organisant des rencontres inédites entre des groupes lourdement sanctionnés pénalement et la psychiatrie, les services psychiatriques en milieu pénitentiaire contribuent à donner chair à de nouvelles catégories de « patient·e·s psycho-légaux », ainsi qu'à des segments professionnels spécialisés dans leur prise en charge. Les résistances professionnelles sont importantes, car ces formes de spécialisation ont pour effet d'éloigner la psychiatrie en milieu carcéral de l'hôpital ordinaire. À l'avenir, elles n'empêcheront cependant pas l'institution de « dire tout » ce que ses murs expriment et de rendre naturelles ces nouvelles catégories à la croisée du soin et de la peine, de la souffrance et du crime.

CHAPITRE 6 : UNE PEINE THÉRAPEUTIQUE ? LES PRISONS COMME « INFIRMERIES DU CRIME »

Je serai, quant à moi, très timide et rappellerai ce qu'a dit Nietzsche : « Nos sociétés ne savent plus ce que c'est que punir. » À la punition, dit-il, nous donnons, comme par sédimentation, un certain nombre de significations comme la loi du talion, la rétribution, la vengeance, la thérapeutique, la purification et quelques autres qui sont effectivement présentes dans la pratique même de la punition, mais sans que nos sociétés aient été capables de choisir une interprétation ou d'y substituer une autre et de fonder rationnellement l'acte de punir sur l'une de ces interprétations. Et je crois que nous en sommes toujours là. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est précisément réfléchir là-dessus.

Michel Foucault (1994 [1984]), *Dits & Ecrits* tome 4, p.691-692

15h30 - Monsieur Brüggel entre dans le bureau d'Amelia Becker pour un entretien programmé. Agé d'environ cinquante ans, il est rasé de près, porte des vêtements sobres et classiques, et nous salue poliment avant de prendre place en face d'Amelia. Il est pourtant en colère depuis qu'il a appris que sa demande de permission a été rejetée à cause d'une expertise légèrement négative, qui estime que le risque de récidive est faible mais que le « travail sur les faits » laisse à désirer. Amelia lui propose de m'expliquer sa situation : il retrace à mon attention son parcours pénitentiaire, ses premières années dans une prison de la région, son « affectation » à Grünstadt lorsqu'a été prononcée contre lui une peine d'enfermement à perpétuité pour un double homicide (en vertu de laquelle il devra attendre quinze ans avant de demander un aménagement de peine). Au sein de la prison de Grünstadt, il a un comportement jugé irréprochable : il travaille à l'imprimerie, a appris à fabriquer un livre du début à la fin. Ingénieur de profession, il a même trouvé le temps de mettre au point un projet de réduction des particules fines, qu'il espère pouvoir mettre en place à sa sortie. Il a réussi à passer quelques années dans l'un des bâtiments connus pour sa forte population de toxicomanes : « moi, j'ai toujours bien gagné comme travailleur, vous pouvez imaginer ce que ça peut créer comme tensions sociales avec ceux qui ne travaillent pas et qui cherchent de l'argent pour consommer ! ». Sa famille « ne (l')a pas laissé tombé », il voit régulièrement sa femme et son fils. « Tout va bien, donc, sauf qu'on ne veut pas (lui) donner de permission de sortir ».

Il juge le motif de refus absurde : « Le travail sur les faits, je l'ai commencé pendant l'enquête de la police judiciaire, je l'ai continué pendant le procès, pour moi il est terminé depuis le jugement. Après voilà, pour moi, il faut que le détenu purge sa peine, se tienne droit, point à la ligne ! ». Il est fatigué de devoir se raconter : « J'ai changé au moins quatre fois de chef de groupe, à chaque fois il faut tout reprendre depuis le début, ça suffit, au bout de quinze ans, ça n'apporte plus rien ! Le travail sur les faits, c'est de la connerie ! ».

Lorsqu'il quitte le bureau, après avoir repris rendez-vous pour le mois suivant, Amelia me donne son dossier : j'y lis qu'en 2008, son dernier chef de groupe considère que « le détenu s'est largement penché sur son passé criminel et (que) son travail sur les faits peut être considéré comme parachevé (*abgeschlossen*) ». Après son transfert en 2009 dans une autre aile de la prison, son plan d'exécution des peines, rédigé par Amelia, indique un « changement important » (*gravierende Abweichung*) par rapport aux plans précédents. La cause : le détenu a refusé de parler des faits à l'expert psychologue chargé d'évaluer sa dangerosité. Le plan, rédigé par Amelia, reprend les termes de l'expert : « On ne peut pas vraiment parler d'un travail sur les faits : aucun sentiment de honte ou de

culpabilité n'était palpable lors de la discussion autour des faits, en revanche, le détenu s'est longuement plaint de la pénibilité de son propre destin de prisonnier à perpétuité, qui a perdu sa place dans la société et auprès de sa famille ». Je demande à Amelia ce qu'elle pense de ce paradoxe : « Si le travail sur les faits a été jugé terminé, pourquoi faut-il y revenir ? ». Elle me répond, sans l'ombre d'un doute : « En fait, on ne peut jamais écrire que ce travail est terminé, il n'est jamais terminé ! ».

Journal de terrain, 27 octobre 2010

La réflexion est vive, en France, sur les conséquences de l'hybridation institutionnelle qu'auguraient les SMPR et que confirment les UHSA. Dans les années 1990 et 2000 se multiplient les cris d'alarme de psychiatres inquiets de participer à un mélange des genres qu'ils jugent éthiquement douteux. Le spectre de la « prison asile » refait surface et avec lui une série d'interrogations sur l'articulation problématique entre « soigner et punir »¹. Cette hybridation est, en revanche, rarement interrogée du point de vue des pratiques pénitentiaires – et de la « punition ». On peut pourtant imaginer que l'entrée dans les coursives de psychologues contribue largement à remodeler le contenu du temps passé en prison, c'est-à-dire le temps de la peine et donc in fine le « sens » de la peine. Cette question du « sens de la peine », contemporaine de la création de la prison, a fait couler beaucoup d'encre et semble avoir été tranchée en France par la publication de *Surveiller et Punir* qui liste avec une certaine ironie les éléments² de la « critique monotone de la prison » (Foucault, 1975) tout en remarquant que la réforme de la prison semble permettre à l'institution de se pérenniser. En appliquant un peu rapidement une grille de lecture foucauldienne, on pourrait ainsi évacuer la question des conséquences de la place croissante de psychologues dans le « traitement pénitentiaire » comme une simple stratégie de perpétuation de la prison. Mais Foucault accorde une place particulière aux « psy » lorsqu'il souligne que « toutes les sciences, analyses ou pratiques à radical « psycho » ont leur place dans le retournement historique des procédures d'individualisation » (Foucault, 1975, p.226). Ce faisant, il invite à analyser plus finement ce que produit cette présence psy dans les coursives. C'est ce que ce chapitre entend entreprendre, en étudiant la façon dont l'entrée de psychologues dans les prisons françaises et allemandes s'articule à la réforme de l'institution et vient modifier le fonctionnement de la prison, le sens de la peine et les trajectoires des personnes qui y sont détenues.

Le chapitre 4 décrit la place croissante des psychologues dans le « traitement pénitentiaire » en Allemagne : dans la scène qui ouvre ce chapitre, une psychologue du service d'expertise a réalisé un « examen approfondi de la personnalité » de Monsieur Celik dans le cadre de la commission des peines ; le détenu est par ailleurs invité à consulter un psychologue pour approfondir son « travail sur soi ». En France, si leur présence n'est pour l'instant pas systématique, des psychologues ont été

¹ Les exemples sont nombreux (voir chapitre 2 et annexe 6) : en 1996, un ouvrage collectif tiré des actes du colloque des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des unités pour malades difficiles paraît, sous le titre « Soigner et-ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison » (Dormoy (dir.), 1996). Jean-Louis Senon, psychiatre et responsable d'un diplôme université de psychiatrie en milieu pénitentiaire réfléchit à « punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994 » (Senon, 1998). Gérard Dubret, expert psychiatre défenseur d'une définition plus large de l'irresponsabilité, se demande en 2006 : « la prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? » (Dubret, 2006), tandis que Catherine Paulet, longtemps directrice de l'association des psychiatres en milieu pénitentiaire soumet ses « réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire » (Paulet, 2006).

² Les prisons ne diminuent pas le taux de la criminalité, provoquent la récidive, favorisent l'organisation d'un milieu de délinquants, font tomber dans la misère la famille du détenu, et fabriquent ainsi des délinquants.

recrutés ces vingt dernières années pour participer et mettre en œuvre une réforme pénitentiaire qui s'appuie sur des savoirs psycho-criminologiques. En somme, la situation observée à Grünstadt semble préfigurer les objectifs de la réforme pénitentiaire française. Il y a d'ailleurs un écho troublant entre la loi pénitentiaire allemande de 1977 et la loi pénitentiaire française de 2009 qui donne à la prison un même objectif de responsabilisation dans une perspective de lutte contre la récidive :

« L'exécution de la peine privative de liberté doit permettre au détenu de **retrouver sa responsabilité sociale pour conduire à l'avenir une vie sans infraction** (Objectif pénitentiaire). L'exécution de la peine privative de liberté a également pour vocation de protéger la société de la commission de nouvelles infractions. »

Article 1^{er} de la loi pénitentiaire allemande (*Strafvollzugsgesetz*) de 1977³

« Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de **mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions**⁴. »

Article 1er de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire française

Si la situation allemande semble ainsi préfigurer⁵ ce qu'ambitionnent les réformes actuellement menées en France, le propos ne sera pas ici normatif : il ne s'agit pas de laisser entendre que l'Allemagne parviendrait à résoudre les problèmes auxquels les prisons françaises sont encore confrontées. Si la présence de psychologues dans les coursives des prisons allemandes semble avoir fortement transformé le fonctionnement de l'institution carcérale et peut-être pacifié les relations professionnelles autour d'un objectif psycho-criminologique commun, elle pose cependant également des questions importantes sur le sens de la peine que produit cette configuration.

Le chapitre montrera que ces liens entre psychologie et réforme pénitentiaire peuvent être analysés à l'aune de l'éthique du *care*, une éthique de prise en charge attentive aux besoins d'autrui tels qu'il les exprime (voir *infra*), mais sont également révélateurs de l'avènement d'une nouvelle « gouvernementalité », c'est-à-dire de techniques et procédures destinées à diriger la conduite des personnes détenues, que l'on pourrait, avec Robert Castel, qualifier de « néolibérale ». Observant l'utilisation de plus en plus fréquente des savoirs médico-psychologiques pour constituer des outils de mesure actuariels ou de dépistage précoce des risques (prénataux, de maltraitance infantile, de décrochage scolaire par exemple), Robert Castel concluait que « le savoir médico psychologique dev(enait) ainsi l'instrument d'une politique de gestion différentielle des populations plus que de soin » (Castel, 1981, p. 114). En prison, la psychologie permet en effet d'un côté d'outiller la gestion

³ « Im Vollzug der Freiheitsstrafe soll der Gefangene fähig werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (Vollzugsziel). Der Vollzug der Freiheitsstrafe dient auch dem Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten. ».

⁴ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, qui donne pour la première fois à la prison un objectif de prévention de la récidive. Les missions de la prison étaient jusque là définies par la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire selon un diptyque « garde » et « réinsertion » : « le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. »

⁵ Cependant la situation allemande ne semble pas tellement inspirer le législateur français. Les pouvoirs publics français semblent, en matière de justice, plutôt s'intéresser aux exemples canadiens et anglo-saxons comme le montrent par exemple les documents de préparation de la conférence de consensus sur la récidive, organisée en 2013.

des risques, ici de récidive, par le moyen des évaluations. Mais elle permet par ailleurs d'engager l'individu dans un travail sur lui-même pour devenir « responsable de sa trajectoire sociale » (Castel, 1981, p.12).

On analysera dans une première section l'avènement de cette nouvelle forme de gouvernementalité en France avec la progressive focalisation de la politique pénitentiaire autour d'un projet que l'on qualifiera de « néo-correctionnaliste », qui tend à fonder le sens de la peine sur un traitement psycho-criminologique. L'observation des pratiques professionnelles de la psychologue du « parcours d'exécution des peines » de la prison de Tourion permettra de mettre en évidence les difficultés que rencontre ce projet de réforme qui entre en tension avec des logiques institutionnelles concurrentes. La seconde section reviendra sur le travail psycho-criminologique qui constitue, comme l'a montré le chapitre 4, la colonne vertébrale de la détention allemande. Ce travail a de forts effets de subjectivation, il produit des identités de papier regorgeant de catégories psychiatriques (troubles du comportement et de la personnalité) avec lesquelles les personnes détenues se débattent. En cherchant à ajuster le traitement au plus près de la personnalité des détenus, ce travail psycho-criminologique vient légitimer une transformation de la prison en institution de défense sociale.

I. FRANCE : L'INCERTAINE RÉFORME DU TRAITEMENT PÉNITENTIAIRE

La réflexion sur le sens de la peine de prison est aussi ancienne que l'institution elle-même. Les prisons françaises n'ont donc pas attendu la loi pénitentiaire de novembre 2009 pour tenter de formaliser des projets de suivi et d'accompagnement des personnes détenues. Si ces projets étaient jusqu'alors l'apanage de l'administration pénitentiaire, ils participent depuis le début des années 2000, à une politique pénale de lutte contre la récidive : le suivi individualisé est désormais pensé comme un outil « psycho-criminologique » de prévention, qui peine néanmoins à se trouver un maître d'œuvre.

1. Le suivi individualisé : un projet sans maître d'œuvre ?

À Tourion, mes observations de terrain se sont focalisées sur la coopération conflictuelle entre les équipes psychiatriques et les professionnels pénitentiaires et judiciaires. Ces observations révèlent, comme on l'a vu, un conflit de juridiction autour du mandat des équipes psychiatriques, invitées à participer à des missions pénitentiaires et pénales d'évaluation et d'accompagnement des personnes détenues identifiées comme problématiques par l'administration pénitentiaire ou le juge d'application des peines. Mais en arrière plan de ce conflit, le chapitre 3 met également en évidence

la présence de deux acteurs de la justice (l'administration pénitentiaire et la justice de l'application des peines) aux intérêts divergents dont les relations ont été décrites par certains comme une « diplomatie feutrée » (Bouagga, 2015), marquées pour d'autres par une certaine schizophrénie institutionnelle (Mouhanna, 2011). L'administration pénitentiaire, placée en bout de chaîne pénale et en situation de gérer les décisions prises par la justice, doit veiller à maintenir l'ordre dans des maisons d'arrêt surpeuplées et dans des établissements pour peine confrontés à l'allongement des durées d'incarcération. La justice de l'application des peines placée en interface entre le dedans et le dehors, a le moyen de désengorger les prisons et de raccourcir les peines. Mais elle est soumise à d'autres contraintes : elle doit pour sa part s'assurer que la peine a permis de corriger les justiciables et protéger la société des risques de récidive. La mise en place d'un suivi individualisé dans les prisons françaises illustre parfaitement ces divergences.

a) **Un projet au service d'une gestion des détentions « par l'espoir »**

L'idée de mettre en place un accompagnement personnalisé est un projet ancien de l'administration pénitentiaire : comme on l'a vu au chapitre 2, la réforme Amor, inspirée par les principes de la nouvelle défense sociale, ambitionne d'amender et de réhabiliter les personnes détenues, au moyen d'une aide rapprochée mais également d'une meilleure connaissance des prisonniers. C'est dans cet esprit qu'est créé le « service social pénitentiaire », mais également les « annexes psychiatriques » et le « centre national d'observation » de Fresnes. Cette individualisation du traitement pénitentiaire, toute relative à l'époque en raison du faible nombre d'agent.e.s recrutés pour le mettre en œuvre, s'inscrit dans une volonté « d'humanisation de la prison » (Bouagga, 2015), qui passe, au cours des décennies suivantes, par une progressive normalisation de la vie en détention, guidée par la volonté de décroquer la prison, d'améliorer les conditions de vie intra-carcérales mais également de mieux préparer la « réinsertion » des personnes détenues : la prison recrute des éducateurs·trices spécialisés qui fusionnent en 1979 avec le corps des assistantes sociales pour devenir un « service socio-éducatif », qui deviendra par la suite (en 1999) un « service pénitentiaire d'insertion et de probation ».

La mise en place d'un suivi individualisé résulte par ailleurs de la nécessité pour l'institution carcérale de se conformer aux standards internationaux de bon traitement des personnes détenues. Ainsi, la France adopte les versions successives des règles pénitentiaires européennes, un ensemble de recommandations concernant le traitement des personnes détenues émanant du conseil de l'Europe et régulièrement révisées depuis 1973. Or l'objectif de personnalisation du traitement est central dans ces règles. En 1987, on peut ainsi lire :

« Il convient de personnaliser les traitements ; il faut donc mettre en place un système souple de répartition des détenus qui devraient être placés dans des établissements ou unités différents où chacun d'eux pourra recevoir et la formation et le traitement appropriés. [...] C'est pourquoi, dès que possible après l'admission et après une étude de la personnalité de chaque détenu condamné à une peine d'une certaine durée, un programme de traitement dans un établissement approprié doit être

préparé pour lui, à la lumière des données dont on dispose sur ses besoins individuels, ses capacités et son état d'esprit, en particulier son désir de demeurer à proximité de sa famille. »

Règles 67 et 68 tirées des Règles pénitentiaires européennes (RPE) de 1987

Et la version la plus récente de ces règles européennes précise :

Règle 103.2. : Dès que possible après l'admission, un rapport complet doit être rédigé sur le détenu condamné décrivant sa situation personnelle, les projets d'exécution de peine qui lui sont proposés et la stratégie de préparation à sa sortie.

Règle 103.3. : Les détenus condamnés doivent être encouragés à participer à l'élaboration de leur propre projet d'exécution de peine.

Règle 103.4. : Ledit projet doit prévoir dans la mesure du possible :

- a. un travail ;
- b. un enseignement ;
- c. d'autres activités ; et
- d. une préparation à la libération.

Règle 103.5. : Le régime des détenus condamnés peut aussi inclure un travail social, ainsi que l'intervention de médecins et de psychologues.

Règles pénitentiaires européennes de 2006

Bien que non contraignantes, ces règles témoignent du contrôle juridique croissant de l'activité carcérale par des instances nationales et européennes, associatives ou institutionnelles qui font évoluer progressivement la jurisprudence : le fonctionnement carcéral est de plus en plus encadré par des procédures et soumis à un contrôle administratif et judiciaire croissant. Dans ce contexte, la transposition de ces règles dans les prisons françaises (Chauvenet, Rambourg, 2010) fait l'objet d'une communication institutionnelle importante, visant à témoigner des efforts de l'administration pénitentiaire pour ajuster la prise en charge des personnes détenues aux besoins de celles-ci : une procédure de labellisation est par exemple lancée en 2008 pour distinguer les établissements qui ont mis en place un véritable suivi à l'entrée en détention, conforme aux attentes des RPE de 2006.

Mais la mise en place d'un « suivi individualisé » répond aussi à des contraintes plus pratiques : dans les années 1980 et 1990, les établissements pénitentiaires font face à un allongement progressif des peines, notamment lié à l'abolition de la peine de mort, mais aussi à la sévérité pénale croissante à l'égard des auteurs de violences sur autrui dont témoigne par exemple l'instauration, avec le Code pénal de 1994, d'une peine de perpétuité dite « réelle ». En 1992, un rapport sur la gestion des longues peines⁶ résume en ces termes le problème qui se pose, dans ce contexte, à l'administration pénitentiaire :

« Il est désormais acquis que l'effet cumulé de la longueur des peines prononcées par les juridictions et l'amplification du recours à la période de sûreté conduit inéluctablement à une augmentation du nombre des détenus condamnés à de longues peines. Face à cet état de fait, l'Administration Pénitentiaire pourrait se sentir confrontée à l'alternative suivante : se contenter de gérer l'exclusion induite par le prononcé de la peine ou s'inscrire dans une logique d'insertion en refusant d'être cantonnée dans une « gestion du désespoir ». Les tensions importantes que connaissent les maisons centrales montrent que la prise en charge des détenus condamnés à de longues peines ne

⁶ Rapport du groupe de travail de l'administration pénitentiaire sur l'étude des *longues peines*, 1992. Ministère de la Justice

peut être limitée à la seule exécution de la mission de garde. En effet, au-delà des structures, il ne peut être assuré ni sécurité, ni réinsertion sans projet d'exécution des peines, élément fondamental d'une sécurité active. »

Rapport du groupe de travail de l'administration pénitentiaire sur l'étude des longues peines, 1992

Le projet d'exécution des peines que propose le rapport sera expérimenté dès 1996, puis généralisé au début des années 2000⁷ à tous les établissements pour peine (à l'exclusion, donc, des maisons d'arrêt). Il se traduit par le recrutement, dans ces établissements, de psychologues « PEP », chargés d'organiser et d'animer ces projets d'exécution (voir *infra*). Repris dans la loi pénitentiaire de 2009 sous le nom de « parcours d'exécution des peines », il consiste à rythmer le temps de la peine en définissant conjointement avec les personnes détenues des objectifs et des échéances. Ces objectifs peuvent concerner une activité en détention (travail, formation, scolaire, etc.), un projet de réinsertion en vue d'un aménagement de peine mais également un projet de soin ou d'évolution personnelle (changement de comportement, travail sur la personnalité, etc.). Cette logique d'injonction à l'autonomie, de responsabilisation et de contractualisation vise à pacifier les relations avec les personnes détenues condamnées à de longues peines et à produire un « mode de production de l'ordre sous-tendu par la volonté d'influencer par la persuasion et la communication des types de comportements conformes aux objectifs de l'institution plutôt que de les imposer par la force ou par des mesures disciplinaires » (Chantraine, 2006, p.280),

La mise en place du « parcours d'exécution des peines » résulte donc de la volonté pour l'administration pénitentiaire de gérer les nouveaux risques auxquels sont exposés les établissements pénitentiaires face au « désespoir » des personnes condamnées à de longues peines. Il résulte de la volonté de donner un sens au « temps infini des longues peines » (Marchetti, 2001). On retrouve cette logique de gestion des risques dans la création de « régimes différenciés » (Cliquennois, 2015) ou encore dans la construction de nouveaux établissements particulièrement sécurisés tels que les prisons de haute sécurité⁸. La création de deux nouveaux centres nationaux d'évaluation spécialisés dans la mesure de la « dangerosité » en début et en fin de peine témoigne elle aussi de la volonté de mieux identifier les risques. Cette politique de gestion des risques guide par ailleurs, on l'a vu au chapitre 3, la multiplication des grilles d'évaluation et l'informatisation des données relatives aux personnes détenues sur des logiciels de partage d'informations⁹.

L'administration pénitentiaire est donc soucieuse, tant pour conformer le quotidien carcéral aux injonctions normatives internationales que pour résorber les risques induits par une politique pénale sévère, de développer des formes d'observation et d'accompagnement individualisé des personnes détenues. Ce suivi « pénitentiaire », que l'on pourrait qualifier avec Gilles Chantraine de « post-disciplinaire » dans la mesure où il ne s'appuie plus sur les « techniques correctionnelles » qui

⁷ La circulaire JUSE0040058C du 21 juillet 2000 prévoit la généralisation du projet d'exécution de peine à tous les établissements pour peine et développe dans ces établissements des instances d'échanges pluridisciplinaires destinées à améliorer la communication entre partenaires.

⁸ Deux prisons de haute sécurité ont ouvert au Condé-Sur-Sarthe (près d'Alençon) en 2013 et à Vendin-Le-Vieil (près de Lille) en 2015

⁹ Plusieurs travaux autour de ces logiciels analysent les ambivalences de leurs usages : outil de gestion des risques, ils ont également pour effet de contribuer à une rationalisation de l'évaluation des professionnels qui les utilisent et donc de contribuer à une plus grande transparence des institutions carcérales (voir Jonckheere, 2007 ; Chantraine, Sallée, 2014).

constituaient l'armature institutionnelle de la prison du XIX^{ème} siècle décrite par Michel Foucault, mais bien plutôt sur des formes d'incitations : l'accès à un régime de détention plus ouvert, à un travail, la possibilité d'une sortie anticipée, etc. Cependant cet outil post-disciplinaire échappe en partie à l'administration pénitentiaire : en effet par la maîtrise du temps de la peine, les juges d'application disposent du levier le plus important pour mobiliser les personnes détenues autour de ce projet pénitentiaire.

b) Un projet au service de la lutte contre la récidive

Les juges d'application des peines, dont on a rappelé au chapitre 3 la place croissante dans les établissements pénitentiaires, sont un acteur crucial de cette « gestion de l'espoir » qui constitue pour Rémi Piperaud (2013) un « instrument sans doute beaucoup plus efficace en matière disciplinaire [...] que la peur qui fondait le mode de gestion traditionnel des prisons ». En effet, ce sont eux qui pilotent l'individualisation des règles de calcul de la durée de la peine et les décisions relatives aux modalités d'aménagement de peine, qui se sont développées au cours des années 1980 et 1990¹⁰.

Or les juges d'application des peines sont soumis à un impératif politique croissant de lutte contre la récidive, résultant tout particulièrement de la volonté du législateur de contrôler de façon étroite les auteurs de violences sexuelles et plus largement de violences sur autrui (voir chapitre 2). Cet impératif se répercute sur l'activité des juges, sommés de mesurer, à l'aide d'expertises, les risques de récidive des personnes détenues. En aval de la peine de prison, cette politique de réduction des risques de récidive a entraîné ces dernières années une réflexion importante autour du champ de la « probation »¹¹. La « conférence de consensus sur la prévention de la récidive », organisée en février 2013 par le ministère de la Justice témoigne de cet effort conséquent de rationalisation de l'évaluation des justiciables en fonction de leurs risques criminologiques et la création d'alternatives à l'incarcération ajustées au niveau de « dangerosité » de ces personnes.

Cette réorganisation du champ de la probation a des conséquences directes sur le métier des conseiller·e·s pénitentiaires d'insertion et de probation, historiquement acteurs/trices de la politique de « réinsertion » des établissements pénitentiaires. Désormais qualifiés de « maîtres d'œuvre de l'exécution des peines »¹², ces agents pénitentiaires, placés dans le rôle d'auxiliaires du juge

¹⁰ Au sursis avec mise à l'épreuve et à la libération conditionnelle créés en 1975, s'ajoutent en 1983 le travail d'intérêt général, puis le suivi socio-judiciaire (1998), le placement sous surveillance électronique ou bracelet électronique (2004), la surveillance judiciaire (2005), et, plus récemment la contrainte pénale (2014). Voir la thèse de Xavier De Larminat pour une étude exhaustive de l'exécution des peines en milieu ouvert (Larminat (de), 2014).

¹¹ Que l'on peut définir comme « toutes les peines et mesures pénales qui se distinguent de la prison et des peines sans accompagnement (sursis simple, amende) » et qui nécessite l'institutionnalisation d'un accompagnement professionnel, encadré par les juges d'application des peines et mis en œuvre principalement par les conseiller·e·s pénitentiaires d'insertion et de probation qui s'appuient pour cela sur différents intervenants du champ psycho-social (voir Bellebna, Larminat, Dubourg, 2014).

¹² Circulaire du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) dans le cadre de la révision générale des politiques publiques.

d'application des peines, ont vu leur « cœur de métier » se déplacer d'une mission orientée vers la réinsertion à un travail d'évaluation et d'accompagnement centré sur la « prévention de la récidive » (Bellebna, Dubourg, Larminat, 2014). Ces évolutions, qui font porter par les conseiller·es les injonctions contradictoires d'une politique pénale qui oscille entre assistance et contrôle (Bouagga, 2012), sont diversement accueillies par les conseiller·es : elles heurtent l'identité professionnelle de ceux qui se considèrent toujours comme appartenant à la famille du travail social, elles permettent en revanche à certains de développer de nouvelles relations avec les justiciables et ouvrent pour d'autres des opportunités de spécialisation et de revalorisation symbolique (Moulin, Palaric, 2014 ; Dubourg, Gautron, 2014).

En somme, administration pénitentiaire et justice de l'application des peines développent en parallèle deux dispositifs de suivi individualisé, qui ont pour point commun de s'appuyer sur des savoirs psycho-criminologiques.

c) Le suivi individualisé ou la peine pour traitement

À la fin des années 2000, deux outils de suivi individualisé semblent se pérenniser dans le paysage carcéral : le « parcours d'exécution des peines », mis en place par des psychologues pénitentiaires au sein des établissements pour peine et les « programmes de prévention de la récidive », animés par les conseiller·es pénitentiaires en détention et en milieu « ouvert ». Ces deux outils s'inspirent fortement des savoirs psycho-criminologiques, qui visent à améliorer l'efficacité de la sanction pénale en l'adossant à des formes de traitement des comportements et personnalités individuelles.

L'idée d'une superposition de la « peine » et du « traitement » apparaît par ailleurs de façon évidente dans l'article de la loi pénitentiaire de 2009 qui encadre les « parcours d'exécution de peine » (PEP), dont le nom même évoque un « parcours de santé ». Initialement conçu pour les détenus condamnés à de longues peines, le PEP est désormais plus spécifiquement destiné au groupe d'infractions au centre de la politique de lutte contre la récidive : les auteurs d'infractions sexuelles et plus généralement les auteurs de violences sur autrui. Ainsi le texte prévoit des dispositions particulières pour ces détenus :

« Les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire¹³ est encouru exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté.

[...] Le juge de l'application des peines peut proposer à tout condamné relevant des dispositions de l'alinéa précédent de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement.

¹³ C'est-à-dire principalement les auteurs d'infractions sexuelles : le suivi socio-judiciaire a en effet été créé par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Le champ du suivi socio-judiciaire s'est étendu progressivement à d'autres types d'infractions (atteintes criminelles à la vie, enlèvements et séquestrations, actes de torture et de barbarie, destruction volontaire de biens par explosifs ou incendie).

[...] Deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné susceptible de relever des dispositions de l'article 706-53-13 (i.e. de la rétention de sûreté), celui-ci est convoqué par le juge de l'application des peines auprès duquel il justifie des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé [...]. Au vu de ce bilan, le juge de l'application des peines lui propose, le cas échéant, de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé. »

Extrait de la Loi pénitentiaire de 2009, article 89

Cet extrait du texte de loi illustre la volonté du législateur de faire correspondre, pour les auteurs de violences (sexuelles) sur autrui, la peine de prison – et au-delà la période de surveillance socio-judiciaire – à un temps de traitement. En donnant un contenu à la peine, le traitement vient légitimer le contrôle pénal exercé sur ces personnes placées sous main de justice.

De même, on observe une volonté de rationaliser le jugement et les pratiques professionnelles des conseiller·e·s pénitentiaires par l'importation d'outils d'évaluation et de traitement psycho-criminologiques : un « diagnostic à visée criminologique » est ainsi brièvement introduit par la circulaire du 19 mars 2008 qui recentre l'activité des conseiller·es d'insertion et de probation autour de la prévention de la récidive. L'outil sera rapidement supprimé en raison de résistances professionnelles. Ces professionnel·le·s sont également invités à s'approprier des techniques quasi-thérapeutiques comme les « programmes de prévention de la récidive », expérimentés à partir de 2007. Présentés comme des outils de « guidance », ces programmes – des groupes de parole destinés à des groupes de détenus spécifiques en milieu fermé et en milieu ouvert¹⁴, sont décrits par l'administration pénitentiaire comme « des programmes éducatifs et non thérapeutiques visant, dans une perspective proprement criminologique, à travailler collectivement sur le passage à l'acte délictueux et ses conséquences pour la victime et la société ». Néanmoins, ils soulèvent pour les professionnels des questionnements sur les compétences psychologiques nécessaires à leur mise en œuvre (Brillet, 2009). En effet ils s'appuient sur des techniques « cognitivo-comportementales » développées par la psychologie clinique et ont été partiellement conçus par des psychologues et psychiatres spécialisés notamment dans le suivi des auteurs de violences sexuelles¹⁵. En 2014, 138 programmes de prévention sont mis en place en France, qui traitent majoritairement des « infractions à caractère sexuel », des « violences intrafamiliales et conjugales » et plus largement des « violences »¹⁶.

Encadré 23 Les outils actuariels et leur critique

Une importante littérature scientifique s'interroge sur le développement d'outils dits « actuariels », visant à évaluer le risque de récidive ou la dangerosité. Si ces outils peinent à se faire une place dans les pratiques françaises, ils sont l'objet d'un engouement certain dans le monde anglo-saxon, où ils participent selon Bernard Harcourt d'une nouvelle forme de « rationalité actuarielle » et constituent un nouveau paradigme, dominant, qui « imprègne la totalité du champ pénal aux États-Unis » (Harcourt, 2007 ; 2011).

¹⁴ Ces groupes de parole, organisés en milieu ouvert et fermé, réunissent des groupes de détenus condamnés pour des délits routiers graves, des agressions sexuelles, des violences familiales ou encore présentant un trouble de l'addiction. (voir Brillet, 2009).

¹⁵ Ainsi, Roland Coutanceau, psychiatre président de l'Association française de thérapie des violences sexuelles et familiales, et favorable à une participation active de la psychiatrie à la politique de lutte contre la récidive a collaboré à l'élaboration de certains programmes.

¹⁶ Voir chiffres clefs de l'administration pénitentiaire, 2015.

Ces nouveaux instruments ont été particulièrement développés dans les années 1980 avec l'objectif de pallier les insuffisances du jugement clinique dans un contexte politique de « lutte contre la récidive ». Ils sont construits sur la notion de « risque », en tant que relation statistique entre les caractéristiques d'individus et des actes telle que la récidive criminelle. Les « facteurs de risque » sont établis aux niveaux psychologique, social, affectif, ou criminel. Par un renversement de la relation statistique, l'observation permet de construire un outil « prédictif », c'est-à-dire proposant le calcul d'une probabilité statistique de survenue d'un acte violent sur la base de ces critères.

De nombreux travaux portent un regard critique sur ces outils (voir notamment Côté, 2001 ; Harcourt, 2011 ; Raoult, 2014). Parmi les limites techniques, les auteurs mentionnent un échantillonnage souvent contestable, une lecture linéaire de la violence (considérant que « les comportements violents se répartissent sur un continuum allant des voies de fait à l'homicide », Côté, 2001) mais surtout le caractère statique de certains outils qui se basent sur des caractéristiques non modifiables des individus (leurs « indices historiques »), et qui en leur donnant un poids prédictif important, tendent dès lors à essentialiser ces caractéristiques. C'est par exemple le cas d'outils tels que le VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*) ou la SORAG (*Sex Offender Risk Appraisal Guide*). Mais un deuxième type d'outils a également vu le jour, qui prennent en compte certaines variables dynamiques, c'est-à-dire susceptibles de se modifier avec la prise en charge et l'évolution du patient et de son contexte, notamment social (au travers par exemple une pondération au moment du calcul des scores). C'est notamment le cas des « échelles de psychopathie » ou la HCR-20 (*Historical Clinical Risk Management 20 item scale*), envisagées plutôt comme un éclairage accompagnant et structurant le jugement clinique que comme un instrument de mesure visant à établir un « score ». Néanmoins, ces outils témoignent de la progression d'une certaine rationalité technicienne, qui se concentre sur la recherche de corrélations statistiques au niveau de l'individu et place à l'arrière plan la réflexion plus large sur les déterminants sociaux et économiques des comportements.

L'idée d'un « suivi pénitentiaire » trouve donc un fondement scientifique dans des savoirs psycho-criminologiques en plein renouvellement qui permettent de rationaliser l'idée que la peine serait le temps d'un « traitement ». Ce traitement pénitentiaire que l'on pourrait qualifier de psycho-criminologique semble donc être le diapason d'une politique pénitentiaire qui se cherche un chef d'orchestre et peine à articuler l'action des professionnel·le·s chargés de sa mise en œuvre. Musiciens de cet orchestre désaccordé, les psychologues du « parcours d'exécution des peines » interprètent donc leur partition avec hésitation, comme le montrent les observations réalisées auprès de Marion Desprès, la psychologue PEP de la prison de Tourion.

2. Le « parcours d'exécution des peines » entre gestion de l'ordre et soutien personnel

Le « parcours d'exécution des peines » a été généralisé à tous les établissements pour peine (centres de détention et maisons centrales) en l'an 2000 et constitue une réponse à l'allongement progressif des peines. En février 2006, un rapport du Conseil Economique et Social remarque pourtant que seuls 39 psychologues ont été recrutés pour animer le dispositif, alors que la France compte alors environ 70 établissements pour peine. Cette mise en place cahoteuse illustre les

contraintes pesant sur un projet qui entre partiellement en contradiction avec les logiques institutionnelles en place. Ces contraintes se répercutent sur les interactions des psychologues du PEP avec les personnes détenues.

a) Articuler « soin » et « peine » : un projet entre deux chaises

Recrutée depuis 2008 pour animer les « parcours d'exécution des peines » des quartiers pour peine de la prison de Tourion, Marion Desprès a pour mission d'accompagner les personnes condamnées à de longues peines et de contractualiser avec elles des objectifs annuels qui seront évalués lors d'une commission « PEP ». Marion suit par ailleurs plus régulièrement les personnes qui en font la demande – ou qui ont été signalées par les personnels pénitentiaires. Coordinatrice du « PEP », elle se considère comme une accompagnatrice, qui aide les personnes détenues à mobiliser les ressources disponibles pour « sortir du cercle vicieux qui les ramène en prison », mais également pour donner « du contenu à la peine ». Marion construit la légitimité de son action dans un entre-deux délicat entre thérapie et expertise : elle estime que cette double casquette de psychologue et d'agent pénitentiaire lui permet de produire une connaissance plus précise et une compréhension plus fine des hommes détenus grâce au travail partenarial avec les équipes pénitentiaires qui les observent au quotidien. On comprend mieux cette stratégie de justification quand on prend en considération le regard porté par les équipes psychiatriques du SMPR de Tourion sur ce dispositif pénitentiaire :

Au cours des trois journées que je passe avec elle, Marion revient régulièrement sur le « clivage » entre équipes pénitentiaires et équipes psychiatriques. Elle me parle ainsi d'une réunion du SMPR à laquelle elle avait été invitée avec une stagiaire qui souhaitait « travailler sur la motivation aux soins des personnes toxicomanes » pour son mémoire de fin d'études et demandait aux psychiatres d'informer leurs patients de la formation qu'elle mettait en place. « Mais elle a eu le malheur d'utiliser de façon indifférenciée les termes de détenu et de patient et ça a attiré les foudres d'une psychiatre qui lui a rétorqué : 'mais pour vous, c'est un détenu ou un patient ?' ». Marion me raconte comment la psychiatre a refusé de faire passer l'information, de peur que les patients puissent penser que le SMPR « collabore » avec la Pénitencière. Marion souligne : « collaborer, c'est un terme normal, mais dans sa bouche, ça signifiait clairement 'être un collabo'. Donc voilà, on nous a dit non ! Alors que la motivation aux soins, c'est un sujet crucial ! ».

Journal de terrain, 20 mai 2011

Cette anecdote témoigne de l'inconfort de Marion face aux équipes psychiatriques qui refusent de la considérer comme une collègue, au nom de sa « collaboration » avec l'administration pénitentiaire. Marion défend en effet un modèle d'accompagnement en rupture avec celui que propose le SMPR. Elle considère d'ailleurs comme contre-productif le positionnement du SMPR, tout particulièrement pour les détenus qui « jouent sur le clivage » :

« Jouer sur le clivage » entre pénitencière et psychiatrie est une stratégie courante selon Marion. C'est la stratégie des détenus qui récupèrent des traitements de substitution dont ils n'ont pas besoin pour disposer d'une monnaie d'échange sur le marché gris de la prison. C'est aussi une stratégie, moins consciente, pour les détenus qui « enjolivent un peu leur histoire » ou sont « carrément dans le déni ». Pour ces détenus, notamment les auteurs d'agressions sexuelles, elle juge que « si le SMPR ne vient pas chercher des infos de notre côté, ils peuvent complètement passer à côté

du problème ». Elle prend le cas d'un détenu qui racontait à sa psychologue qu'il allait bientôt sortir et qu'il allait pouvoir revoir sa copine. « Sauf qu'il avait oublié de dire à sa psy qu'il était en prison pour un viol sur sa copine. Donc voilà, le type, il va sortir, et il n'aura jamais travaillé la question de la violence sexuelle. Ben moi, ça ne peut pas m'arriver de passer à côté d'un truc aussi énorme. Et les détenus ils le savent. Avec moi, on travaille les vrais sujets, je les prends au sérieux, dans leur globalité ».

Journal de terrain, 8 juin 2011

Elle reproche au SMPR de se contenter d'une connaissance superficielle des personnes détenues, et, dès lors, d'être inefficace en matière de lutte contre la récidive. Pour elle, le terme de « patient » n'est pas un signe de respect, mais une façon de tronquer l'identité des hommes que le SMPR reçoit. Elle considère qu'il faut « faire le lien entre le pénitentiaire et le strictement médical », c'est-à-dire utiliser la peine de prison comme levier pour « aider le détenu à comprendre les mécanismes qui le poussent à récidiver parce que les détenus ne sont pas ici par hasard, il faut le prendre en compte, c'est même souvent une source de souffrance ». La peine de prison doit, selon elle, être une incitation à se transformer – elle insiste d'ailleurs à plusieurs reprises sur la nécessité de travailler « la motivation aux soins ». Marion adhère donc parfaitement à l'objectif néo-correctionnaliste du « parcours d'exécution des peines » qui constitue à ses yeux un outil très utile pour transformer le sens de la prise en charge carcérale.

Incomprise par les équipes psychiatriques de Tourion, Marion peine par ailleurs à trouver un réel soutien de la part de la direction pénitentiaire de la prison.

Avant d'être psychologue « PEP », Marion a travaillé comme « psychologue des personnels » à Tourion. Elle me parle d'un ton désabusé de son expérience, qui a débuté par un entretien d'embauche manqué – la direction avait oublié son arrivée. Accueillie par une équipe de direction qui voyait dans le « psy des cursives » un agent susceptible de mettre en danger l'autorité hiérarchique pénitentiaire, elle n'a pas pu mettre en place les « activités de groupe pour faire parler les surveillants de leurs conditions de travail » qu'elle avait imaginées. Installé en un point de passage central, son bureau était par ailleurs placé sous le regard de tous : « les surveillant·e·s n'osaient plus venir me voir pour ne pas être stigmatisés ». Cette placardisation subtile traduit selon elle une « sale ambiance » entre la direction et les surveillant·e·s, qui n'a changé que lors du passage bref d'une directrice à ses yeux exemplaire. Marion conclut son récit par un jugement sévère sur la direction de l'établissement : « comment veux-tu qu'ils se préoccupent du bien-être des détenus s'ils se préoccupent aussi peu de celui de leurs personnels ? ».

Journal de terrain, 20 mai 2011

Face au peu d'intérêt de l'équipe de direction pour le parcours d'exécution des peines, Marion multiplie les efforts : elle est en contact fréquent avec les conseiller·e·s et surveillant·e·s pénitentiaires, avec lesquels elle discute au quotidien et qu'elle réunit, avec la direction, pour des commissions « PEP » bimensuelles, lors desquelles sont évalués les progrès des personnes détenues dont le parcours d'exécution de peine arrive à sa date anniversaire. Néanmoins, lors des journées passées aux côtés de Marion, une commission PEP est organisée en l'absence de la direction, qui juge cette réunion trop chronophage et justifie son absence par la perspective du déménagement qui aura bientôt lieu. Marion interprète ce manque d'intérêt comme symptomatique du caractère secondaire du PEP, qui est par ailleurs considéré exclusivement comme un dispositif de centralisation de l'information :

« Dans la nouvelle prison, ils voulaient me mettre avec le BGD (bureau de gestion de la détention, lieu de centralisation des informations concernant la vie en détention), mais je suis allée voir la nouvelle directrice pour lui expliquer que je ne pouvais pas travailler comme ça : j'ai besoin de pouvoir échanger en toute discrétion avec les conseillers pénitentiaires, j'ai besoin d'avoir une armoire fermée à laquelle personne n'a accès pour ranger mes notes d'entretiens avec les détenus. Le BGD, c'est le bureau de passage où tous les surveillants viennent prendre un petit café, chez moi on n'entre pas comme dans un moulin ! »

Journal de terrain, 9 juin 2011

La psychologue PEP de Tourion tente de mettre en place ce suivi pluridisciplinaire qui permettrait selon elle de redonner « un sens » à la peine. Mais le manque de soutien de l'administration pénitentiaire semble cependant réduire le PEP à un outil supplémentaire de contrôle et de gestion de l'ordre interne. Reléguée par la direction, Marion s'agace souvent de découvrir certaines informations par hasard (une demande de transfert, un séjour en hôpital psychiatrique, etc.). Elle juge d'ailleurs que ces marques de désintérêt sont révélatrices d'une politique pénitentiaire qui a recopié la lettre sans adopter l'esprit des règles pénitentiaires européennes :

Marion m'explique que « la loi française, c'est 'garder, réinsérer, empêcher la récidive', mais il n'y a pas vraiment de place pour les détenus. Alors que c'est leur vie qui est en jeu ». Elle préfère s'inspirer des règles pénitentiaires européennes. Elle me lit un extrait de son rapport sur le PEP pour la nouvelle prison : « Les personnes détenues doivent être encouragées à participer à l'élaboration de leur propre projet d'exécution des peines, règles 103.2 et 103.3 des RPE.

Journal de terrain, 20 mai 2011

La psychologue défend une posture fragile et solitaire au sein de la prison de Tourion : elle entend proposer un accompagnement personnalisé qui entre en contradiction avec la logique disciplinaire de la prison dans laquelle elle travaille. Pourtant convaincue par sa mission, Marion m'explique longuement comment elle cherche à mettre sa formation de psychologue et ses connaissances cliniques, et tout particulièrement les méthodes « cognitivo-comportementales » qu'elles a apprises à l'université, au service des personnes détenues. Elle voit d'ailleurs dans la mise en place des « programmes de prévention de la récidive » un effort dans ce sens qui lui redonne espoir sur la possibilité de trouver un jour un véritable soutien institutionnel. Ces PPR sont cependant vécus comme un projet concurrent du PEP :

« Je me demande pourquoi ce sont les CPIP (conseiller-es pénitentiaires d'insertion et de probation) qui sont chargés de l'animation des PPR. Parce que c'est pas anodin de gérer des questions comme les agressions sexuelles, les violences conjugales ou les addictions ». Marion m'explique que les CPIP auront un « référent psychologique » et un « classeur de méthodes pour la guidance ». Néanmoins, elle se demande si les PPR ne relèvent pas de l'exercice illégal de la psychologie.

Journal de terrain, 8 juin 2011

Les réticences de Marion témoignent de la concurrence naissante entre le métier de conseiller pénitentiaire et le métier de psychologue pénitentiaire, qui se recoupent autour de missions « criminologiques ». Se pose ici de nouveau la question de savoir si le suivi des auteurs d'agressions sexuelles relève d'un traitement psychothérapeutique (voire médical) ou d'un suivi socio-éducatif. Mais l'ambivalence de Marion face aux « programmes de prévention de la récidive » illustre la difficile coordination de l'administration pénitentiaire (chargée d'animer le PEP) et de

l'administration judiciaire (qui pilote pour sa part les PPR). Convaincue par l'intérêt et la possibilité de transformer le sens de la peine grâce au « parcours d'exécution des peines », Marion ne parvient pas à obtenir le soutien de son administration, qui peine à trouver un intérêt dans ce dispositif, tout juste susceptible d'améliorer la surveillance des personnes détenues et de maintenir le calme en détention. N'étant pas en lien avec l'administration judiciaire, véritable maître d'œuvre du suivi individualisé, elle ne peut trouver ici les appuis nécessaires pour promouvoir cet outil. Ces difficultés se répercutent sur les interactions de Marion avec les hommes détenus qu'elle rencontre dans le cadre du PEP.

b) Discipliner ou responsabiliser ? Le PEP entre contrat et chantage

Le PEP est conçu comme un outil d'accompagnement visant la responsabilisation et la transformation des individus. C'est, pour Marion comme pour les psychologues PEP, l'idéal vers lequel doit tendre cette intervention sur autrui, qu'illustrent bien ces deux extraits d'écrits professionnels dont Marion me recommande la lecture :

« Ainsi aurai-je toujours en mémoire cette femme quittant l'établissement en pleurs, remerciant 'la prison' de lui avoir permis de se découvrir ; elle qui avait été soumise sa vie durant à une dictature familiale puis conjugale. De chose, elle avait, au fil du temps passé en détention, appris suffisamment à lire et à écrire pour être autonome sur le plan administratif quotidien. De chose, elle avait découvert qu'elle avait un corps et un corps de femme dont elle pouvait s'occuper avec plaisir et sans honte (par le biais d'atelier de relaxation, de gym douce et de socio-esthétique). Si le PEP vaut la peine, c'est bien dans des moments comme ceux-là qu'il peut se mesurer. Loin des lieux communs sur la prison, le discours des personnes détenues dans le huis clos des entretiens témoigne que cette construction de soi en tant que sujet est possible. »

Mercier, 2003

« Je pense à ces hommes et à ces femmes dont j'ai croisé le chemin au cours de ces années qui ont pu dire que la prison avait eu du bon, celui de provoquer une rencontre avec soi même, comme une seconde naissance. J'utilise à dessein ces mots, naissance, accouchement puisque c'est peut-être là que la prison devient un espace de vie ! »

Delhoume, 2007

Ces extraits témoignent de l'adhésion enthousiaste de ces psychologues à l'ambition de transformation individuelle portée par le PEP : grâce à cet outil, la peine de prison peut devenir une expérience formatrice et structurante pour les personnes détenues. Le PEP leur permet de retrouver une certaine responsabilité sociale voire même d'engager une réforme subjective plus profonde qui leur permet de « renaître ». Les entretiens que j'observe aux côtés de Marion témoignent parfois d'un processus de subjectivation en cours :

Monsieur Bucheron vient voir Marion cet après-midi. Il a demandé un rendez-vous le matin, qu'il a obtenu pour l'après-midi. Il explique qu'il n'est pas allé, la veille, voir sa psychologue, qu'il consulte pour travailler sur un problème d'addiction à l'alcool : « J'étais trop énervé, on m'a changé de cellule sans me prévenir, donc j'ai préféré me calmer tout seul que de péter une durite au SMPR ». La psy PEP le félicite d'avoir réussi à gérer sa colère : « Il y a encore un an, vous n'auriez pas réagi comme ça ». Il raconte les dernières nouvelles : il a vu son fils en parloir enfant et le reverra en septembre, il est content que ça progresse de ce côté-là. Par contre, il attend une nouvelle permission de sortir et

s'inquiète des délais. Il tient fermement une liasse de documents, comme pour témoigner de sa bonne gestion administrative : il ne sait pas s'il aura à faire à la même juge d'application dans la nouvelle prison, et si la juge attend trop longtemps, l'expertise psychiatrique sera périmée. « C'est pas que ça m'embête d'en refaire une, c'est juste que je sais que ça va être long... ».

Journal de terrain, 8 juin 2011

Dans cet extrait, la discussion aborde différentes dimensions du quotidien de Monsieur Bucheron : ses démarches judiciaires, ses relations familiales, son rapport à lui-même, les soins qu'il entreprend pour régler une dépendance à l'alcool en lien avec les faits commis (un homicide). Monsieur Bucheron semble trouver dans les retours positifs de Marion de quoi organiser et valider le travail qu'il mène sur lui-même. Cependant l'accueil réservé à la psychologue PEP est souvent plus méfiant et réservé. Outre ses difficultés à s'imposer comme un interlocuteur légitime dans le jeu d'acteurs de la prison de Tourion, la psychologue PEP est également considérée avec suspicion par les personnes détenues :

Les entretiens que mène Marion sont marqués par de longs moments de silence. Si Marion laisse volontairement des blancs, comme pour témoigner qu'elle est à l'écoute de ses interlocuteurs, les silences de ces derniers semblent parfois chargés de méfiance. Un homme, qui avait commencé à confier le motif de son inquiétude – un règlement de compte entre détenus – s'arrête net : « Je suis sceptique, vous faites de l'espionnage vous en fait ! », puis, se redressant sur sa chaise, explique : « De toute façon, le PEP, ça a été créé pour que l'administration ait plein d'informations ». Encouragé par Marion, qui lui assure qu'elle ne « dit pas tout », il reprend son récit, mais de façon elliptique, sans citer de noms. Plus tard, un autre homme s'installe sur la chaise, les bras croisés, tapant nerveusement du pied. Il reste silencieux. Marion l'invite à « vider son sac », il répond : « Ça va pas. Mais je veux pas vous parler, parce qu'il y a pas de secret professionnel ». Marion s'étonne : « Vous avez déjà entendu revenir des choses que vous m'aviez dites ? » « Non, mais un détenu m'a dit que vous répétez à la JAP (juge d'application des peines) ! ».

Journal de terrain Tourion, 9 juin 2011

Accusée de duplicité, Marion met en avant son éthique professionnelle, qui ne suffit cependant pas, dans ces deux échanges, à mettre en confiance son interlocuteur. Ces deux hommes manifestent la crainte de voir les informations circuler dans un objectif de contrôle et de surveillance. En passant sous silence certaines informations sensibles, ils cherchent à éviter une éventuelle sanction de l'administration pénitentiaire ou judiciaire et à se protéger des représailles éventuelles de leurs codétenus. Marion décèle l'influence délétère du SMPR lorsque les personnes détenues la soupçonnent, en entretien, de ne pas respecter le secret professionnel. En somme, certaines personnes détenues reprochent à la psy PEP de participer à la constitution d'un « réseau d'entretiens et de procédures divers par lesquels (la personne détenue) est sommée de dire ce qu'elle est », réseau qui pose en outre des questions déontologiques liées à la protection des données personnelles (CGLPL, Rapport d'activité, 2011, p.17).

À la question de la surveillance et du contrôle s'ajoute celle de la participation supposée de Marion au maintien de l'ordre carcéral. Quand elle n'est pas accusée d'espionnage, Marion est souvent prise à partie par les personnes qu'elle reçoit en entretien :

Monsieur Serfati est en colère parce que la juge d'application des peines a oublié son dossier lors de la dernière commission. Il nous prend à partie : « Depuis quand un juge oublie un dossier ? Et pourquoi le mien ? ». Après avoir précisé qu'il « s'est tenu à carreaux, comme il l'avait promis », il élève la voix : « Après, si à la prochaine commission, elle me laisse pas sortir, je fais les quatre mois qu'il me

reste, mais je fais plus rien, rien du tout, le gentil détenu c'est fini. Elle fait chier, je ferai que des trucs pour moi. Et pour le déménagement à la nouvelle prison, c'est pas la peine, moi j'y vais pas, hors de question. » Lors d'un autre entretien, un jeune homme dénonce la direction : « Ça fait des mois que je veux aller à (nom d'une prison voisine plus proche de sa famille). Je vois ceux qui y vont, franchement, y'en a c'est des gros branleurs, y fument, y foutent rien de leurs journées. Moi je fais tout ce que la JAP elle demande, et j'ai même pas juste ça. » Plus tard dans l'entretien, Marion lui demande s'il va toujours au SMPR : « Ouais, j'y vais, je vois la psychologue là, Mme Guy depuis 2 ans et demi, mais si je pars pas à (prison voisine), j'arrête tout. C'est bon, moi j'ai fait ce que je devais faire, c'est à vous maintenant ».

Journal de terrain, Tourion, 8 juin 2011

Dans ces entretiens, Marion n'est pas directement visée par les récriminations : elle reçoit plutôt une colère qui est adressée à l'institution pénitentiaire et judiciaire, et tout particulièrement à *la*¹⁷ juge d'application des peines, qui, par le jeu des réductions de peine, des permissions de sortir et des aménagements de peine, détient, pour les personnes détenues, les clefs de la liberté. Dans ces conditions, le PEP est dénoncé comme un contrat asymétrique : en donnant un semblant d'égalité formelle aux contractants, il donne l'impression aux personnes détenues qu'elles sont en droit d'attendre une contrepartie pour les efforts fournis.

Lorsqu'il est déçu, cet espoir se transforme en frustration et nourrit un ressentiment à l'égard de l'institution. Marion n'hésite pas, dans les coulisses, à critiquer des décisions qu'elle juge arbitraires et qui remettent en question la dimension contractuelle de son travail.

Ainsi, elle estime que la direction a plombé la demande de réduction d'une période de sûreté parce qu'un détenu avait utilisé une clef USB pour envoyer des doléances à l'OIP par l'intermédiaire d'une association présente en détention : « les deux critères normalement pour une période de sûreté, c'est la question psy et le risque de récidive – et c'est quelqu'un qui a fait un gros travail sur lui – mais comme les critiques de Monsieur Pipette concernaient directement la direction et son incompétence, ils se sont vengés, c'est scandaleux ». À propos d'un autre détenu, la direction inter-régionale aurait refusé son hospitalisation de jour au SMPR de Tourion au motif que son reliquat de peine était trop important, et son risque d'évasion « non négligeable ». « C'est absurde ! Alors qu'on avait convenu avec lui, dans le PEP, validé par la COPEP (commission du PEP), que ce serait bien qu'il ait un suivi constant ! ».

Journal de terrain, 20 mai 2011

Cependant, face aux détenus, Marion passe sous silence ces critiques et semble respecter une certaine « loyauté dramaturgique » (Goffman, 1973, p.201) pour ne pas fragiliser plus sa place dans l'institution :

Un jeune homme de 25 ans entre dans le bureau de la psychologue PEP. Il explique qu'il s'est remis à consommer – sans préciser de quelle substance il s'agit. Or il se trouve endetté et il a un problème avec ses codétenus. Il veut voir un psy en urgence, insiste : « Il faut faire quoi pour voir un psy ? Faut se suicider ? » Marion finit par appeler le SMPR, lui arrange un entretien en urgence, mais se demandera à la fin de l'entretien s'il a vraiment besoin de Subutex ou s'il cherche une monnaie d'échange, s'il cherche à trafiquer lui aussi. Il parle avec emportement de sa femme qui veut vendre sa voiture « pour pas un rond » – il est en prison pour conduite sans permis sous l'emprise de l'alcool. Il s'en prend à la JAP, « cette salope qu'il enverrait bien en l'air lorsqu'il pourra conduire de nouveau ». Il a en effet fait une demande de libération conditionnelle, mais a peur de ne pas l'obtenir. D'autant plus qu'un mois de réduction de peine lui a été « sucré pour une boulette de shit ». Il s'énerve : « Putain, un

¹⁷ Si le féminin est utilisé par les personnes détenues c'est parce que cette profession est très féminisée : ainsi, à Tourion, les juges d'application des peines sont toutes des femmes.

mois de taule pour un joint ! Puis faut voir comment le substitut du procureur a jeté mon dossier (en débat contradictoire). Ils nous traitent comme des chiens franchement. Elle y comprend rien, elle comprend pas ce qu'on vit ici. Elle rentre chez elle le soir, tranquille, mais elle voit pas comme c'est la misère. Non mais je vais péter un zbeul dans pas longtemps. Ça fait depuis 19 ans que je fais de la taule, j'en ai marre. Je sens qu'ils vont pas me la donner la libération conditionnelle. Ou bien alors ils vont me donner un suivi d'un an, mais moi, je dirai 'allez vous faire foutre. J'irai pas pointer pendant un an' ». Il revient sur la JAP, sur le formulaire qu'il a reçu lui annonçant le mois supplémentaire. « Ils sont pas humains ». Marion le laisse vider son sac sans commenter.

Journal de terrain, 8 juin 2011

Consciente de l'écart entre l'idéal contractuel porté par le PEP et la réalité du rapport de force entre l'institution et les personnes détenues, Marion reconnaît qu'elle joue souvent un « rôle-tampon » pour « calmer la colère des détenus », et tout particulièrement dans l'unité pour longues peines¹⁸ (quartier maison centrale) de la prison de Tourion, un endroit qu'elle juge « trop confiné, géré à l'affectif » et où « les surveillants n'ont aucune distance vis-à-vis des détenus ». En somme, bien qu'elle n'envisage le plan d'exécution des peines ni comme une sanction, ni comme un contrôle, mais plutôt comme une contrainte qui doit permettre de « pousser les détenus à se mobiliser, à changer », ces extraits de terrain montrent combien la violence et le sentiment d'injustice qui règnent en détention freinent le déploiement de méthodes d'intervention plus coopératives¹⁹. Face à une logique fortement rétributive, dont la sociologie carcérale a pourtant montré le potentiel explosif et créateur de violences (Chauvenet et al. 2008, Rhodes, 2004), la logique réhabilitatrice promue notamment par le parcours d'exécution des peines semble difficilement se frayer un chemin.

Avec la mise en place du parcours d'exécution des peines, les programmes de prévention de la récidive, et les différentes formes d'ajustement du traitement pénitentiaire sur la base d'évaluations de la personnalité des détenus, l'institution carcérale intègre de plus en plus de compétences et de savoir-faire psychologiques dans son fonctionnement. Si ces modes d'intervention sur autrui peuvent être suspectés de faire illusion, tant ils semblent pour l'instant secondaires par rapport au maintien de l'ordre en détention, ils pourraient bien constituer, en s'installant dans l'institution, un nouveau pilier sur lequel celle-ci pourrait fonder son action. L'Allemagne apparaît comme un précurseur en la matière : en effet l'ambiance est tout autre dans la prison pour hommes de Grünstadt, qui place, comme l'a montré le chapitre 4, le projet de peine au centre d'un travail pénitentiaire mené de façon coordonnée par les directeurs·trices d'établissement avec les psychologues et les chef·fe·s et animateurs·trices de groupe. Cet accompagnement, qui vise à ajuster la peine au plus près de la personnalité et des besoins des détenus, interroge cependant les principes de la justice pénale moderne en introduisant une logique concurrente de défense sociale dans le fonctionnement de la peine de prison.

¹⁸ Les règles pénitentiaires européennes dans leur version de l'année 2006 précisent (103.8) d'ailleurs qu' « une attention particulière doit être apportée au projet d'exécution de peine et au régime des détenus condamnés à un emprisonnement à vie ou de longue durée », et valident donc l'idée que ce projet permet d'adoucir la violence d'un enfermement long.

¹⁹ Voir les thèses en cours de Joël Charbit et de Corentin Durand pour une réflexion sur l'expression collective des personnes détenues (Joël Charbit) et les formes de doléances et de communication critique entre personnes incarcérées et autorités pénitentiaires (Corentin Durand).

II. LE TRAITEMENT PÉNITENTIAIRE À GRÜNSTADT : TRAVAIL SUR SOI, TRAVAIL POUR SOI ?

On a montré au chapitre 4 l'importance du suivi individuel en Allemagne, qui a pour support le plan de détention (*Vollzugsplan*). Outil de rationalisation des trajectoires pénales, le plan de détention permet d'ouvrir un espace de dialogue entre l'institution et les personnes détenues. C'est en tout cas ainsi qu'il est présenté par les psychologues et chef-fe-s de groupe chargés d'accompagner et d'évaluer les personnes détenues. Support de subjectivation pour les personnes qui acceptent le regard que porte l'institution sur eux, ce plan de détention est au contraire perçu comme un contrat caduc et assujettissant pour ceux qui ne se reconnaissent pas dans les discours produits sur eux. Certains se débattent, parfois très longtemps, avec des identités de papier difficiles à contester. La volonté d'ajuster la peine à la personnalité des détenus touche à l'absurde face aux personnes évaluées comme « inaccessibles au traitement ». Le dispositif d'évaluation et d'accompagnement semble ici servir une politique de gestion des risques et légaliser un enfermement de neutralisation indéfini.

1. Un espace de dialogue, un support de subjectivation

En évaluant les besoins des personnes détenues, l'institution carcérale les invite à engager un travail sur elles-mêmes. Elle se donne cependant également pour obligation, en contrepartie, de proposer un soutien. Ce faisant, elle fait du *care* une politique institutionnelle : la prison doit donner aux personnes détenues les moyens d'engager un travail sur elles-mêmes.

Encadré 24 L'éthique du *care*

Forgé au début des années 1980 dans le cadre de travaux psychologiques menés par Carol Gilligan, ce concept de *care* permet de résoudre un problème épistémologique posé par les théories classiques du développement moral : celles-ci montrent en effet que l'individu pleinement moral est celui qui agit selon des principes universels, au terme d'un raisonnement déductif et abstrait. Or sauf à croire que les femmes ne parviennent pas, en moyenne, à atteindre le sommet du développement moral, les études de Gilligan (Gilligan, 2008 [1982]) indiquent l'existence d'une autre voie morale, qui prend en compte les relations intersubjectives et repose sur l'idée que nous dépendons tous les uns des autres. Cette voie est fondée sur une conception alternative du sujet, perçu à l'aune de ses vulnérabilités et non plus de sa raison. L'étude empirique menée par Carol Gilligan n'est cependant pas à prendre au pied de la lettre comme la démonstration de l'existence d'une éthique féminine divergente de la justice masculine, mais plutôt comme l'exploration d'une éthique alternative à celle de la justice. Si quelques travaux ont pu explorer les chemins risqués de l'essentialisme (conception féminine du *care* qui semble célébrer les vertus féminines « traditionnelles » en faisant abstraction des effets de la socialisation, mais également des risques de naturalisation et des rapports de domination associés à ces différences essentialisées – Nel Noddings, Sara Ruddick), le propos de Gilligan, qu'elle développera notamment par la suite est plutôt de montrer qu'il est nécessaire de définir la maturité morale comme l'intégration des

deux perspectives de l'éthique du *care* (une morale contextualiste) et de la justice (une morale plus abstraite). (voir Le Goff, Garrau, 2012 pour une synthèse des travaux sur la question).

Le concept de *care* a connu une réception importante dans la sociologie française (voir notamment Paperman et Laugier, 2006 ou encore Molinier, Paperman, Laugier, 2009). Utilisé comme un concept idéal-typique, il permet notamment d'évaluer les pratiques concrètes en direction d'autrui à l'aune de l'idéal éthique d'« activité(s) générique(s) qui compren(nent) tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. » (Tronto, 2008, p. 143). Mobiliser ce concept dans l'étude des pratiques de soin (Lechevalier-Hurard, 2013), de soin psychiatrique (Moreau, 2010) ou encore de traitement psychologique (Lancelevée, 2016) permet de s'interroger sur le caractère éthique de ces pratiques et sur leur réception par les personnes qui en font l'objet. La multiplication des travaux sur le *care* a par ailleurs permis de repenser la dimension sexuée et genrée de la division du travail et des inégalités sociales qu'elle induit.

a) Engager un travail sur soi

Le plan de détention contractualise avec les personnes détenues des objectifs à atteindre pour améliorer quatre dimensions de son existence qui seront régulièrement évaluées²⁰ : le travail sur les faits, les compétences sociales, la personnalité et les liens sociaux. Ainsi, un plan pourra conseiller à une personne détenue de solliciter un accompagnement psychothérapeutique, de débiter un traitement de substitution, de suivre un enseignement, une formation ou une activité culturelle ou encore de renouer le contact avec des membres de la famille. En somme, les personnes détenues voient ici dressé leur bilan de compétences et fixés les projets qui seront évalués au cours de l'année suivante. Cette entreprise d'« activation » se traduit par un « travail sur l'individu [...] pour le rendre responsable de sa trajectoire sociale et en fin de compte en faire l'entrepreneur de sa vie et de lui-même » (Castel, 1981, p.12). Responsabilisées, elles ne sont plus « un objet aux mains de la Pénitentiaire mais un acteur investi dans la construction de son avenir » (Veil, Lhuillier, 2000).

Visant à enrôler la personne dans un travail sur elle-même, le *Vollzugsplan* peut être analysé, dans une perspective de pouvoir, comme un outil de subjectivation inscrit dans une politique d'inspiration néo-libérale. Il permettrait de transformer la contrainte institutionnelle de « réinsertion » des personnes détenues en une contrainte personnelle de réhabilitation. Si ce transfert semble bien prendre place avec le plan de détention, la contrainte n'est pas tout à fait déléguée aux personnes détenues : l'institution se met, avec cet outil, dans l'obligation d'apporter des moyens pour soutenir les personnes là où des besoins individuels sont identifiés. On rejoint ici l'idée développée par Loïc Wacquant que l'État pénal développerait, paradoxalement, les services sociaux et de soins progressivement démantelés dans le reste de la société (Wacquant, 2009).

²⁰ Voir annexe 8 pour un exemple traduit de plan de détention

Le plan de détention est pensé comme un espace de dialogue entre l'institution et les personnes détenues. Ainsi, la directrice de l'unité d'orientation (EWA) considère que les premiers entretiens d'évaluation visent à ouvrir une discussion honnête :

« Il faut s'imaginer... tant que le tribunal... enfin quand quelqu'un est en détention provisoire et attend son procès, il est surtout attentif à ce que lui dit son avocat. L'avocat lui donne souvent des conseils de conduite, qui sont très stratégiques pour le procès, parce qu'ils veulent pour ainsi dire en tirer le meilleur, c'est-à-dire la peine la moins lourde possible. Ce comportement qu'ils montrent au procès, ou les données qu'ils apportent ne correspondent pas toujours tout à fait à la vérité toute entière, ce sont plutôt des demi-vérités... Donc quand ils viennent nous voir, ils éprouvent le besoin de nous raconter toute la vérité, enfin toute leur vérité. Ils sont très contents de pouvoir venir ici. Parce que nous prenons le temps de les accueillir, de leur donner le sentiment que nous les considérons comme des êtres humains et pas comme des délinquants, et c'est quelque-chose qu'on leur manifeste : nous t'écoutons, nous te prenons au sérieux. Et du coup, ils peuvent vraiment s'ouvrir, commencer à réfléchir à leur vie, sans être dans la stratégie. Alors bien-sûr, ils essaient de bien se présenter, parce qu'ils veulent tous aller plutôt en milieu ouvert. Mais il y en a aussi beaucoup qui commencent pour la première fois à réfléchir, à se regarder de façon réflexive, à l'intérieur d'eux, et qui disent : oui, bon, il doit bien y avoir quelque-chose qui cloche avec moi si je suis de nouveau en prison ou si j'ai atterri ici... C'est quelque-chose qui arrive souvent, et avec ça, on peut vraiment commencer un bon travail. »

Entretien Madame Gyerek, unité d'orientation (EWA), 5 novembre 2010

Il est crucial, pour Madame Gyerek, de réaliser un travail pédagogique auprès des personnes détenues pour leur faire comprendre que la prison est à leur service pour les aider à engager un travail sur eux-mêmes. Ainsi, elle organise un entretien de restitution pour expliquer aux personnes évaluées le résultat des observations de l'unité. L'objectif, commun à tous les chef-fe-s de groupe investis dans la mise en œuvre du plan de détention est ainsi de parvenir à établir une relation de confiance. Une psychologue de la prison pour femmes m'explique ainsi, alors que je l'interroge sur la façon dont elle articule les rôles de thérapeute et d'évaluatrice :

« Non, les femmes ne cachent pas des choses intentionnellement parce qu'elles pensent que ça pourrait leur nuire dans le cadre des évaluations. Si elles peuvent taire certaines choses, c'est parce que les femmes, enfin les gens qui se trouvent dans une phase de leur vie aussi peu satisfaisante ont tendance à redéfinir leur situation, à réinterpréter leur biographie, à modifier leur image de soi. Et en général, ce n'est pas un processus conscient, mais c'est lié à la honte, au sentiment de honte et de culpabilité. Et j'y fais attention, et j'essaie, en travaillant avec les femmes que je rencontre de les aider à percer à jour ce processus ».

Entretien Beate, psychologue prison pour femmes Grünstadt, 9 décembre 2010

Et même pour les psychologues chargés de fournir aux commissions du plan de détention des expertises psychologiques, les tests peuvent être utilisés pour tendre un miroir aux personnes détenues, à la façon des tests des magazines féminins :

« Moi j'utilise peu de tests. Surtout qu'on peut tous plus ou moins les falsifier ces tests, si le détenu n'est pas assez motivé, il arrive que certains fassent des croix au hasard (*Kreuzchen im Himmel des Jahrmarkts*) et après on s'étonne des résultats qui sortent. Mais par contre, là où c'est intéressant, c'est quand ils sont motivés ou quand on réussit à susciter leur curiosité. Là ils sont parfois surpris, quand on leur présente des résultats en contradiction avec ce qu'ils disent : « ah c'est comme ça ? Ah... Oh... ! » Et là, ils sont curieux d'eux mêmes (*neugierig auf sich selbst*). »

Entretien Madame Gerhardt, psychologue prison pour hommes, 3 novembre 2010

En somme, le travail psycho-criminologique incarné par un outil tel que le plan de détention repose sur l'hypothèse implicite qu'en améliorant les capacités de réflexivité des personnes détenues,

l'institution carcérale agira, *in fine*, sur leur potentiel criminel. Le plan constitue donc une incitation à engager un travail introspectif. Mais il produit aussi pour les agent.e.s pénitentiaires une attention pour les besoins des personnes détenues, qu'il s'agit certes d'évaluer, mais auxquels une réponse doit pouvoir être proposée par l'institution.

b) L'évaluation comme pratique de *care*

Paradoxalement, si les évaluations que constituent les plans de détention successifs ont pour effet de sanctionner les efforts des personnes détenues et sont susceptibles de modifier profondément le cours de leur trajectoire pénale, elles sont cependant pensées par les psychologues et chef-fe-s de groupe qui les réalisent comme un outil de *care*. Le plan de détention doit ainsi aider les personnes à identifier leurs besoins et à trouver dans l'institution les moyens d'y répondre. Pris au sérieux par les professionnel-le-s, le plan de détention structure leur intervention auprès des personnes détenues. Ainsi, la directrice de l'unité socio-thérapeutique m'explique comment elle combine suivi et évaluation pour organiser le programme d'accompagnement :

« Par exemple, on va proposer à un détenu de travailler pendant dix heures sur un problème spécifique, pour essayer d'aplanir certaines choses, pour l'aider à y réfléchir, à améliorer ses compétences sociales, et pour essayer d'arriver à un résultat qui va pouvoir l'aider aussi dans la suite de son parcours pénal. Donc tu vois, ça se recoupe : le processus diagnostique et thérapeutique, parce qu'au bout des dix séances, je peux dire : 'Oh là non, là c'est encore trop tôt, je ne peux pas encore le recommander pour une sortie accompagnée'. Du coup, on prolonge le travail, et je repousse la rédaction de l'évaluation. En expliquant pourquoi au détenu, bien-sûr, pas de façon arbitraire. »

Entretien Madame Klaus, directrice *SothA* pour hommes, 5 novembre 2010

En ce sens, le plan de détention permet, pour les professionnel-le-s investis dans sa réalisation, de donner matière à leur engagement professionnel, voire d'évaluer le travail qu'ils ont accompli aux côtés des personnes détenues.

Herbert Rainer, chef de groupe de la prison pour hommes de Grünstadt a en tête les 30 plans de détention des détenus de sa coursive. À l'occasion de nos discussions informelles fréquentes, il fait le point sur les situations des uns et des autres. Il a par exemple découvert en lisant une ancienne expertise d'un détenu récemment arrivé dans sa coursive qu'il buvait déjà avec son père à l'adolescence. Il m'explique : « tu vois, ce type d'alcoolisme socialisé, c'est le plus difficile à soigner. Je vais essayer de travailler là dessus, mais je ne suis pas sûr qu'on parvienne à grand-chose avec lui ». À propos d'un homme condamné pour le meurtre de sa femme qui venait de demander le divorce, il m'explique : « avec lui, le travail sur les faits est bloqué. Là on atteint certaines limites sur le rôle des femmes. Il y a quelque chose de culturel qui bloque. Je vais voir avec l'association qui s'occupe du programme sur les violences s'ils auraient une piste. »

Journal de terrain, octobre 2010

On voit dans cet extrait qu'Herbert organise son travail d'accompagnement en fonction des objectifs inscrits dans le plan de détention. Ces objectifs certes imposés de façon paternaliste (et ici culturaliste) aux personnes détenues, font cependant l'objet d'un travail pédagogique :

Kirstin Segelke convoque Yüngül, une détenue turque incarcérée pour des faits de violence en bande pour lui présenter le projet de plan de détention qu'elle va soumettre à la prochaine

commission. Elle lui explique que le problème principal qu'il va falloir travailler maintenant, c'est sa « personnalité un peu borderline ». Elle explique : « vous savez que vous êtes un peu difficile à gérer pour nous, vous avez des réactions excessives, dans les deux sens, parfois on a l'impression d'être vos meilleurs amis, parfois on a l'impression que vous pourriez être très méchante. Et on a toujours cette petite méfiance avec vous : 'est-ce qu'elle est gentille parce qu'elle veut passer un coup de téléphone en plus ? Parce qu'elle veut un service ?'. Elle conclut : « Il va falloir travailler là-dessus ensemble, qu'on crée une vraie relation de confiance. Dans les deux sens : que vous ayez confiance en nous, et nous en vous ».

Journal de terrain, 1^{er} décembre 2010

J'assiste à de nombreuses scènes comme celle-ci, qui prennent pour prétexte l'actualisation du plan de détention pour engager une discussion sur la personnalité ou le comportement de la personne détenue. Les commissions du plan de détention, qui se terminent par une discussion entre l'équipe chargée de la prise en charge (chef·fe de groupe, animateur·trice de groupe, surveillant·e d'atelier, directeur·trice) et la personne détenue, sont ainsi systématiquement un moment d'échange qui oscille entre éducation et morale :

Monsieur Carlos, un détenu âgé d'origine espagnole incarcéré pour avoir tiré sur l'huissier qui venait saisir ses biens, se voit refuser sa demande de permission de sortir par l'équipe. Le directeur lui explique : « on vous trouve encore trop vitupérant, vous continuez à dire que vous avez agi pour vous défendre d'une injustice, mais il faut changer de disque : on ne vous traite pas de façon injuste ici ? ». Monsieur Carlos baisse la tête, « non, c'est vrai ». « Alors voilà, on va continuer à vous aider à mettre de l'ordre dans vos dettes, mais vous nous aidez aussi, il faut arrêter les recours, il faut accepter que vous avez eu une mauvaise réaction, qui traduit beaucoup d'impulsivité chez vous ».

Journal de terrain, 5 octobre 2010

Dans cet échange, le directeur met en exergue le lien d'interdépendance qui unit Monsieur Carlos et les acteurs de sa prise en charge : le plan de détention formalise un engagement réciproque. Si la mise en œuvre du plan de détention nourrit des pratiques de *care*, c'est ainsi parce qu'il s'inscrit dans l'idée d'une dépendance des personnes détenues à l'institution et à ses agent.e.s, chargés d'identifier correctement les besoins des personnes détenues (*care about*), de s'assurer de l'adéquation de la prise en charge (*take care*) et de participer à cet accompagnement (*care giving*), trois dimensions qui caractérisent selon Joan Tronto (2009) les pratiques de *care*. Joan Tronto inclut une quatrième dimension, le *care receiving*, selon laquelle une pratique ne peut être qualifiée de *care* à condition de considérer « la position de l'autre telle que lui-même l'exprime » (Tronto, 2008, p.182). C'est justement là que le plan de détention et les pratiques d'accompagnement qu'il produit deviennent ambivalents : en effet, ils ont une dimension fortement normalisatrice, dans la mesure où ils ne vont cautionner que les « positions de l'autre » qui attestent d'une acceptation du travail sur soi exigé par l'institution. En somme, on ne peut qualifier ces pratiques de *care* qu'à la condition que le plan de détention soit accueilli favorablement par les personnes détenues.

c) **Support de subjectivation pour certains**

Dans les prisons de Grünstadt, de nombreuses personnes détenues semblent adhérer au travail introspectif que leur impose le plan de détention. Rien d'étonnant à cela si on prend en

considération l'importance qu'a pris dans les sociétés occidentales la « culture psychologique du développement personnel » (Castel, 1981). Les personnes détenues sont elles aussi le produit de cette culture caractéristique de la « modernité réflexive²¹ » : l'accompagnement proposé par la prison est dès lors considéré comme une aide bienvenue, qui vient soutenir par d'autres moyens une réflexion déjà engagée sur elles-mêmes. Pour ces personnes, le plan de détention peut éventuellement servir de support à une bifurcation biographique, une « transformation identitaire » (Soulet, 2010) :

Madame Jünger est citée en exemple par Insa Frommel, sa cheffe de groupe, qui me parle d'un « changement de cap assez impressionnant ». Pour preuve, la jeune femme refuse même de demander une libération anticipée pour avoir le temps de préparer sa sortie, le temps de trouver une formation, un logement. Elle a longuement réfléchi à ses actes avec Katya, la psychologue, pour en comprendre les origines : « elle en parle assez librement maintenant, elle a compris que tout était en lien, son échec scolaire, la violence, son histoire familiale et tout ça ». Pour Insa, le chemin parcouru par Madame Jünger est significatif de ce que la prison peut apporter. Mais elle précise : « tout le monde ne va pas aussi loin, mais il y a des choses qui s'enclenchent, c'est une petite satisfaction à chaque fois ».

Journal de terrain, 2 décembre 2010

L'accompagnement proposé est donc bien accueilli par celles et ceux qui semblent avoir intériorisé l'injonction à l'autonomie et à la responsabilité de soi. Ceux là ont, comme le résume Katya, une psychologue de la prison pour femmes, « compris qu'il s'agissait de leur vie, et non de la nôtre et prennent notre offre au sérieux ». La rencontre avec ces professionnel·le·s semble être le support à un travail sur eux-mêmes :

Amalia Becker me parle de Monsieur Hans, condamné pour homicide dans une bagarre à la sortie d'un bar. Elle m'explique qu'il a renoué une relation avec une femme qui lui rend régulièrement visite au parloir. Le détenu s'accroche à ces retrouvailles qui lui redonnent l'espoir d'une vie « normale ». Elle pense pour sa part que cette relation pourrait aider le détenu à amorcer un changement de cap, et à avancer à grands pas dans son travail sur les faits. D'ailleurs elle a demandé au détenu une levée du secret professionnel : le psychologue est du même avis qu'elle. Elle pense donc engager rapidement une demande de transfert en unité socio-thérapeutique, pour que la perspective d'une sortie à moyenne échéance puisse soutenir les efforts de Monsieur Hans.

Journal de terrain, 26 octobre 2010

Dans le cas de Monsieur Hans, c'est un événement extérieur qui enclenche l'introspection. Néanmoins, une fois celle-ci engagée, un cercle vertueux se met en place pour les personnes qui adhèrent au traitement. Les personnes qui résistent se trouvent au contraire bien vite enfermées dans un cercle vicieux qui les éloigne de la sortie.

2. Un contrat asymétrique, une contrainte assujettissante

Les personnes détenues ne sont pas seulement incitées à travailler sur elles-mêmes : elles doivent également pouvoir apporter la preuve de ce travail. Les enjeux sont majeurs : il s'agit

²¹ La post-modernité, encore appelée « modernité réflexive » est largement associée, dans l'œuvre d'Ulrich Beck par exemple, à la réflexivité, qui en constitue la dimension existentielle. Face à l'affaiblissement de l'emprise des institutions traditionnelles (église, famille, etc.), la réflexivité est en effet susceptible de redonner à l'individu la possibilité de construire une identité cohérente.

d'améliorer ses conditions de vie en accédant à une coursive au régime de détention plus libéral, d'accéder à l'unité socio-thérapeutique depuis laquelle il sera plus facile d'obtenir un aménagement de peine, ou encore, pour ceux²² qui sont condamnés à une peine de prison assortie d'une mesure de rétention de sûreté, de montrer patte blanche pour échapper à cette mesure d'enfermement illimitée dans le temps. Dès lors, l'évaluation de l'authenticité du travail sur soi prend une place importante. On peut ainsi penser avec Dan Kaminski que ce « dispositif pénal contractualisé » a remplacé « la figure du criminel *coupable et avoué* [...] par celle du justiciable *capable et dévoué* » (Kaminski, 2007, p.123).

a) Faire preuve d'authenticité

L'authenticité est un élément important de la morale qui sous-tend les transformations de l'État social (Astier, 2007). Dans la prison de Grünstadt, elle est au cœur des évaluations du plan de détention. L'authenticité est ainsi déterminante pour l'affectation initiale des personnes condamnées :

« Alors entre la détention classique et le milieu ouvert, tout dépend d'abord de la capacité de conciliation du détenu (*vereinbarungsfähig*) : est-ce qu'on est face à quelqu'un qui a vraiment envie d'utiliser sa situation pénale positivement ? Est-ce que c'est quelqu'un qui, dans une certaine mesure, a déjà pris de la distance par rapport aux faits et qui comprend aussi qu'il a fait une erreur et qui est prêt à faire un effort pour développer des alternatives ? Quand nous constatons qu'il s'agit d'un acte qui ne se produit pas de façon répétitive, donc qui n'est pas très ancré dans la psyché, mais que ce sont plutôt des faits liés au contexte... ou encore quand quelqu'un s'est profondément transformé pour une raison ou pour une autre, par exemple, quelqu'un qui a perdu sa femme, ou qui est dans une situation de crise et qu'en raison de cette crise, il a développé une forte propension à changer (*Veränderungsbereitschaft*), et que nous pouvons déjà voir cette transformation à l'œuvre... Ou tout simplement que la dynamique qui l'a conduit à commettre les faits, quand cette dynamique n'est pas très virulente, quand elle peut être contrôlée et si sous certaines conditions de contrôle, elle peut être maîtrisée, alors on peut décider de placer la personne en centre ouvert. »

Entretien Madame Gyerek, psychologue, 5 novembre 2010

L'évaluation réalisée au moment de l'affectation cherche donc à mettre au jour les mécanismes conscients ou non qui pourraient entraver le travail introspectif de la personne détenue. À l'authenticité (ou la motivation) s'ajoutent donc deux autres éléments : la capacité à engager l'introspection demandée et les besoins identifiés. Ces trois éléments que la langue allemande permet de décliner en adjectifs²³ sont systématiquement utilisés pour décrire les personnes détenues en fonction de l'état d'avancement du travail sur soi. Je lis ainsi dans le plan de détention d'un homme incarcéré pour des vols aggravés :

²² La présence de femmes dans les coursives de la rétention de sûreté relève de l'exception : en 2010, il y a ainsi 3 femmes retenues (contre 521 hommes).

²³ En allemand, les substantifs *Behandlungsfähigkeit*, *Behandlungsbedürftigkeit*, *Behandlungsmotivation* se déclinent aisément en adjectifs : *behandlungsfähig*, *-bedürftig*, *-motiviert* et de nombreux autres néologismes sont composés sur la même base : on parle ainsi de « capacité, nécessité, motivation » à vivre dans de l'hébergement collectif (*Wohngruppenfähigkeit*, etc.), à suivre une thérapie (*Therapiefähigkeit*, etc.).

« Le détenu a du mal à intégrer les normes sociales, il a une tendance marquée à l'impulsivité agressive [...] et de faibles compétences sociales. Aussi, il ne semble pas capable de vivre en « détention à visée thérapeutique ». L'évaluation juge plus loin que « malgré un besoin de prise en charge (*Behandlungsbedürftig*), il ne présente pas non plus la motivation suffisante pour être transféré vers une unité socio-thérapeutique ».

Journal de terrain, 15 octobre 2010

Cette évaluation est répétée tout au long de la peine et permet de trier les détenus : elle est ainsi utilisée pour contourner l'obligation légale, depuis la loi sur les auteurs de violences sexuelles de 1998, de prévoir un traitement spécifique pour ce public dans les unités socio-thérapeutiques. Ainsi, pour éviter d'orienter vers ces unités des personnes condamnées pour des violences sexuelles qui n'auraient pas le besoin, la capacité ou la motivation de se soumettre à un accompagnement psycho-éducatif renforcé, les psychologues de l'unité socio-thérapeutique observent ces personnes lors d'un premier séjour de quelques jours dans l'unité :

« Les détenus ne doivent pas être trop déséquilibrés (*gestört*) au niveau de la personnalité : des narcissiques trop forts, des *borderline* vraiment déséquilibrés (*schwergestört*) gênent, déséquilibrent (*stören*) tout simplement le reste du groupe. Ça ne peut pas fonctionner. Donc voilà, en général, on en garde 60%, qui vont suivre notre programme de 21 mois avec plusieurs modules, sur les comportements, les représentations, etc. Les autres repartent en détention normale. Ces 40% là, ce sont soit des gens dont le pronostic légal est très favorable – ils n'ont pas besoin de nous – soit des gens qu'on estime, à ce stade au moins, pas capables ou pas motivés pour la thérapie qu'on propose ».

Entretien Madame Klaus, psychologue, 8 novembre 2010

N'accèdent aux espaces privilégiés du traitement pénitentiaire que les personnes qui parviennent à témoigner qu'elles sont bien engagées dans un travail introspectif et qu'elles sont prêtes à changer. Il y a d'ailleurs un effet tautologique entre l'espace carcéral et l'état d'avancement du travail sur soi :

Je demande à Martina Fritsch cheffe de groupe auprès de détenus condamnés à de longues peines, s'il est déjà arrivé qu'une personne obtienne une permission de sortie depuis sa coursive. Elle réfléchit : « Ben non, en fait ceux qui ont des expertises positives, ils ont été transférés dans le bâtiment à visée de traitement ou dans l'unité socio-thérapeutique. C'est comme ça que ça marche ici ».

Journal de terrain, 8 octobre 2010

Cette organisation spatiale dessine donc le parcours type d'une personne « détenue modèle » : arrivée en régime fermé, elle accèdera, après avoir débuté un travail sur elle-même, aux espaces du « traitement pénitentiaire » plus proches des portes du pénitencier.

Cette propension au changement transparait, selon les psychologues et les chef-fe-s de groupe les plus impliqués dans le plan de détention, dans l'expression d'une souffrance :

Herbert m'explique qu'il prend le temps de connaître les hommes qu'il a face à lui, et de repérer « les détenus qui sont capables d'évoluer dans leur personnalité ». « Il faut qu'ils présentent une souffrance, un doute, une douleur, tu vois, c'est de là que viennent les facteurs d'évolution. Si on n'a pas ça, ce n'est même pas la peine de commencer un travail sur les faits, ça restera trop superficiel ».

Journal de terrain, 12 octobre 2010

Ces manifestations psychiques témoignent de cette étape de « latence » que le sociologue Marc-Henry Soulet définit comme « l'étape clef des processus bifurcatoires » (Soulet, 2010), une étape pendant laquelle l'individu se déprend de ses affiliations antérieures avant d'accéder à un nouvel espace d'engagement. Mais il n'est pas évident de se prononcer sur l'authenticité de ces manifestations de souffrance. Ainsi, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la capacité d'une femme à se soumettre à un traitement de postcure, Katya hésite :

Ces évaluations, c'est compliqué ! En principe, la volonté de se soigner dans les addictions – et en général d'ailleurs, elle passe par l'expression d'une souffrance. Mais les femmes le savent, elles théâtralise un peu. Et puis elles souffrent d'être en prison aussi, c'est pas toujours évident d'évaluer la motivation. Donc moi déjà je mets une condition : il faut qu'elles soient clean depuis trois mois. Ça je peux le mesurer, des contrôles d'urine propres et là je dis ok pour rédiger mon évaluation. Mais après, est-ce qu'elle vont tenir une fois sorties en postcure ou est-ce qu'elles tiennent juste pour pouvoir sortir de prison, je... c'est difficile d'être sûre, je fais confiance à mon instinct (*Bauchgefühl*).

Journal de terrain, 2 décembre 2010

Pour ceux qui sont perçus comme « capables et dévoués » (Kaminski, 2007) ou encore « authentiques », le suivi et l'évaluation ont un effet vertueux. Néanmoins, l'évaluation, qui doit estimer le niveau d'authenticité du discours de la personne détenue, ouvre un espace de méfiance. Or, pour certaines personnes détenues, il est difficile de résorber cette méfiance et de démontrer les efforts accomplis.

b) Les non-germanophones hors-jeu

Une partie des personnes détenues est *a priori* exclue de ce parcours type : les étrangers non-germanophones. Condition *sine qua none* pour accéder aux espaces du « traitement pénitentiaire », les candidats doivent parler allemand pour pouvoir « participer au traitement », ainsi que me l'explique Amelia Becker, cheffe de groupe. Les détenus non germanophones vivent ainsi dans un isolement important :

Olaf Graub me propose de passer dans son bureau dans la soirée : il a dans sa *Station* un détenu algérien qui a longtemps vécu en France et ne parle pas allemand. Ils communiquent dans un anglais élémentaire. L'homme est content de pouvoir parler français, mais son visage s'assombrit lorsqu'il me décrit son quotidien en prison : il se sent complètement perdu dans cette grande prison allemande, même s'il a réussi à trouver un poste de travail à l'imprimerie. Il m'explique qu'il souffre de schizophrénie et que ses traitements lui donnent des hallucinations. Il a régulièrement des crises d'angoisse, qui trouvent leur origine dans les tortures qu'il aurait subies en Algérie. Olaf sait que le détenu est malade, il a déjà été hospitalisé dans le service psychiatrique. Il considère qu'il serait mieux dans une « détention à visée de traitement », mais le détenu ne parle pas allemand. En l'absence de psychologue francophone, il n'a par ailleurs pas accès à l'offre psychothérapeutique de la prison.

Journal de terrain, 7 octobre 2010

Représentant une minorité linguistique isolée dans la prison de Grünstadt, ce détenu vit sa détention dans une grande solitude. Pour des raisons linguistiques autant que pratiques, les détenus de nationalité russe, polonaise, vietnamienne ou turque, plus nombreux, sont souvent regroupés par communautés. Cette organisation permet de mieux faire circuler l'information, d'organiser une

traduction simultanée à bas coût, mais également de compter sur la solidarité communautaire. Cela entraîne une certaine suspicion sur le marché noir qu'alimenteraient ces communautés :

Jan Kenzik, chef de groupe d'origine polonaise de l'une des coursives « avec drogues » refuse de parler polonais avec moi en dehors de son bureau. Il dissimule ses compétences linguistiques (il parle également russe) aux personnes détenues pour pouvoir les utiliser à des fins de contrôle. Il m'explique avec fierté comment il a réussi, récemment, à repérer un trafic de téléphones et à isoler le principal fournisseur de sa coursive.

Journal de terrain, 19 octobre 2010

Les étrangers non germanophones semblent ainsi condamnés à rester dans les espaces les moins accueillants de la prison, dans lesquels ils seront de surcroît considérés avec méfiance.

Dans la prison pour femmes, le distributeur de seringues²⁴ semble avoir été utilisé récemment, indiquant que des drogues à consommer par intraveineuse ont été introduites dans la prison. Les soupçons se portent sur les dernières détenues arrivées dans l'établissement. Parmi elles, on suspecte plus particulièrement une Russe, non germanophone, qui a été arrêtée en flagrant délit pour vol à l'arrachée dans une parfumerie. La grossièreté de son geste est interprétée comme une volonté de se faire incarcérer pour introduire des drogues.

Journal de terrain, 3 décembre 2010

Les non-germanophones qui n'apprennent pas l'allemand peuvent donc purger leur peine entière sans bénéficier des dispositifs de la détention à visée de traitement. D'ailleurs en 2007, 87% des personnes placées en unité socio-thérapeutique étaient allemandes²⁵ (Egg, Elrich, 2008), alors que les statistiques du ministère régional de la Justice de Grünstadt indiquent pour 2010 une proportion d'étrangers en prison d'environ 30% pour les établissements pour peines, et de 55% pour les établissements de détention provisoire. Le dispositif du « traitement pénitentiaire » produit donc une sélection ethnique évidente que les programmes de formation spécifiques développés par les services pénitentiaires ne semblent pas avoir gommée.

Encadré 25 Une approche culturaliste ?

Dans sa thèse sur la « police à l'épreuve de la question minoritaire », Jérémie Gauthier (2012) note une différence fondamentale dans le traitement des populations d'origine étrangère par la police allemande et française : à un paradigme « interculturel » dans la police berlinoise, s'oppose en France un « espace moral fondé sur l'antiracisme et la lutte contre les discriminations ». Cela résulte selon le sociologue de l'histoire migratoire différente des deux pays. En conséquence, la question des « minorités ethniques » est un objet d'intervention publique spécifique, conceptualisé au niveau des autorités policières en Allemagne et les policiers peuvent être décrits comme des « professionnels de l'intégration ». En France, au contraire, la question n'est pas posée en ces termes, et le traitement des populations d'origine étrangère résulte d'un exercice différencié, au niveau local, de l'action policière. Cette analyse semble pouvoir être étendue au traitement des populations d'origine étrangère en milieu carcéral : en effet, si les statistiques pénitentiaires allemandes, comme françaises, ne donnent aucune autre indication que celle de la nationalité des personnes

²⁴ Dispositif unique à Grünstadt, la prison pour femmes dispose d'un distributeur de seringues stériles dans la coursive dite « avec drogues ». La consommation reste illégale, mais cette politique de réduction des risques vise à réduire la transmission de maladies virales – et à contrôler la circulation de produits dans la prison.

²⁵ Chez les femmes, la discrimination semble moins évidente puisque 70% des personnes placées en *SothA* sont Allemandes. Sans doute cette différence tient-elle à l'encadrement plus étroit des femmes détenues (voir chapitre 4).

détenues (il y a 19% d'étranger.e.s parmi les personnes écrouées en France au 1^{er} janvier 2015 et 24% parmi les personnes détenues en Allemagne au 1^{er} mars 2013), on remarque cependant au niveau régional à Tourion une attention spécifique pour certains groupes nationaux, ethniques ou religieux, qui se manifeste notamment par des formations interculturelles spécifiques, visant à une meilleure maîtrise des « connaissances culturelles de base » des détenu.e.s Vietnamiens ou encore des détenus musulmans. Cette attention spécifique légitime le regard culturaliste que portent parfois les chef-fe-s de groupe sur les personnes détenues d'origine étrangère.

c) Se débattre avec des identités de papier

Pour certaines personnes détenues, la méfiance provient du plan de détention lui-même et des informations qui y sont consignées. En effet le plan de détention consigne le curriculum de la personne détenue depuis ses premiers contacts avec la justice voire au-delà. Il enregistre un passé qui colle à la peau des personnes détenues :

Lors d'une journée passée dans les ateliers de travail du centre de détention pour femmes de Grünstadt, je rencontre Kinga, une femme polonaise d'environ 35 ans, en prison depuis plus de 10 ans pour plusieurs vols avec violence. Au milieu d'un cimetière d'objets électroniques qu'elle doit réparer ou démonter, elle me raconte son parcours, les rencontres enrichissantes qu'elle a faites en prison – elle a appris à parler allemand, elle a découvert la politique en côtoyant un temps une ancienne terroriste repentie de la fraction armée rouge, puis avec une infirmière condamnée pour son engagement contre l'acharnement thérapeutique. Elle est même devenue « représentante des détenues ». Malgré son jeune âge, elle a déjà perdu sa mère, mais est surtout déjà devenue grand-mère et me montre avec fierté une photo du nourrisson. Résumant son parcours, elle me dit : « j'ai beaucoup réfléchi ici, je me suis transformée à 180°, mais ça n'est jamais suffisant pour eux. Ils veulent toujours plus de nous et moi, je ne suis plus violente, mais cette prison et ses exigences me rendent nerveuse. » Elle doit demander une expertise pour obtenir une permission de sortir, mais elle sait que les chances de succès sont réduites (lors d'une ancienne peine, elle s'était évadée lors d'une permission) : « je sais maintenant ce qu'ils attendent de moi. Je sais comment répondre comme il faut à leurs questions. Mais ce sera juste une image de moi. Ils ne pourront jamais connaître que ce que je décide de montrer. Est-ce que ça leur suffira ? Ou est-ce qu'ils auront trop peur pour me faire confiance ? ».

Journal de terrain, 9 décembre 2010

Cet extrait de terrain témoigne de la difficulté pour certains détenu.e.s de s'affranchir du passé enregistré dans les plans de détention successifs et de réduire la méfiance qui s'instaure au moment de l'évaluation. La construction même du plan de détention semble rappeler aux évaluateurs l'importance primordiale du passé criminel des personnes détenues : chaque plan commence en effet par un paragraphe qui détaille les faits commis (*Anlassdelik*) et la carrière criminelle éventuelle (*Kiminalentwicklung*). Paradoxalement, ce document incite donc les personnes détenues à travailler sur elles-mêmes tout en les ramenant en permanence à un point de référence initial duquel il semble impossible de se dégager : le délit commis et ce qu'il induit en termes de « personnalité ».

Je lis dans le dossier d'un détenu emprisonné pour plusieurs vols avec violence, étranger en situation illégale, qui dit avoir perdu toute sa famille en Afghanistan : « les faits indiquent un manque d'intériorisation des normes sociales, qui conduisent à une évaluation pronostique négative de sa personnalité ». Comme une conséquence logique de ce premier constat, le détenu, Monsieur Aram, est jugé « impulsif » : « il ne vient voir le chef de groupe que pour des exigences pénitentiaires et ne semble pas disposé à parler des faits commis ». Le travail sur les faits est donc jugé « superficiel ». De

même s'il a demandé à aller à l'école pour apprendre à écrire, le chef de groupe considère qu'il s'agit d'un « prétexte » visant à justifier sa demande de permission de sortir.

Journal de terrain, 13 octobre 2010

Dans le cas de Monsieur Aram, le paradoxe réside dans le fait qu'on lui prête une faible capacité à changer tout en lui enjoignant de faire tout de même l'effort de se transformer. Certaines personnes détenues se débattent ainsi dans cette injonction paradoxale. Or il semble parfois difficile, voire impossible de corriger le diagnostic, confirmé de façon performative par tout ce que la personne fait :

Kirstin Segelke est capable de passer de longues heures au téléphone pour tenter de débloquer la situation de certaines détenues, incarcérées pour des jours-amendes. Elle quitte son poste plus tard que prévu pour remonter le moral à une femme qui a peur que ses enfants lui soient retirés. Je suis donc étonnée de sa froideur face à Madame Gerhardt, condamnée pour des faits d'escroquerie, qui pleure à chaudes larmes. Kirstin m'explique, après l'entretien : « Les escrocs (*Betrüger*), c'est ma limite, ils sont toujours dans la manipulation, ils te retournent le cerveau pour obtenir ce qu'ils veulent. Il faut s'en protéger. » Pour elle, les larmes de Madame Gerhardt sont des larmes de crocodile : elle cherche consciemment à l'attendrir pour obtenir une faveur. Mais ce sont des personnes face auxquelles « il faut assurer ses arrières » : « elles se saisiront de chaque erreur pour tenter un recours ».

Journal de terrain, 15 novembre 2010

Dans un fonctionnement pénitentiaire basé sur la confiance, les « escrocs » partent nécessairement avec un handicap certain. Dans le cas de Madame Gerhardt, les larmes n'ont ainsi pas pour effet d'apitoyer, mais de confirmer, voire d'aggraver le diagnostic posé à son endroit : ses larmes témoignent d'une « perversion », dont il faut se méfier.

Encadré 26 Une moindre tolérance pour les « escrocs » ?

La méfiance de Kirstin pour les « escrocs », que je retrouve à l'identique dans le discours de beaucoup de psychologues et chef-fe-s de groupe, est étonnante : ce groupe ne semble en effet pas avoir la même visibilité sociale dans les prisons françaises. En Allemagne il y avait, au 31 mars 2013, 6431 personnes (dont 753 femmes) condamnées pour escroquerie et abus de confiance soit 12%, contre 8,1% (5091 personnes) condamnées en France au 1^{er} janvier 2015 pour recel, escroquerie et abus de confiance. Outre cette proportion légèrement supérieure outre-Rhin, on trouvait des « escrocs » récidivistes en rétention de sûreté jusqu'à la dernière réforme (voir *infra*), qui réserve désormais la rétention de sûreté aux crimes et délits portant atteinte aux personnes (excluant donc les atteintes aux biens). Mais c'est surtout le discours des agent.e.s pénitentiaires rencontrés dans les coursives allemandes qui a suscité mon étonnement : les *Betrüger* allemands constituent un problème spécifique pour tou.te.s, au point d'être l'objet de formations, organisées par des psychologues, à destination des chef-fe-s de groupe. S'il était avéré par une enquête empirique spécifique, ce traitement différencié des « escrocs » en France et en Allemagne mériterait une réflexion sur la perception sociale différenciée de ceux qui rompent la confiance de leurs concitoyens, dans la lignée des travaux de science politique sur la corruption politique (voir, pour un état de la littérature sur le sujet, Bezes, Lascoumes, 2005).

Face aux escrocs, les agent.e.s pénitentiaires développent un raisonnement circulaire similaire à celui qui se met en place pour les hommes jugés violents en raison d'une « personnalité antisociale » :

Monsieur Paske fait irruption dans le bureau de sa *Gruppenleiterin*. Il vient de lire la version intermédiaire de son plan de peine, qui sera étudié en commission la semaine suivante et qui reprend

les éléments de l'expertise qu'il a récemment réalisée. Il se sent trahi : « je vous ai raconté tant de choses, je pensais que vous aviez compris ». Elle explique qu'elle a dû faire la synthèse des éléments de l'expertise, qui le juge « ralenti, avec un réel trouble de personnalité, qui le rend incapable de rentrer dans le droit chemin ». Il s'offusque : « Mais c'est quand même incroyable ! Comment cette femme peut-elle prétendre me connaître après deux discussions superficielles ? Elle m'a demandé comment je comptais vivre une fois dehors, mais qu'est-ce que je peux en savoir, je ne sais même pas à quoi ça ressemble dehors ! ».

Journal de terrain, 26 octobre 2010

La perplexité de Monsieur Paske rejoint celle de Monsieur Celik, qui ne comprend pas pourquoi l'ensemble de l'équipe pénitentiaire, qui lui témoignait une grande confiance et multipliait les encouragements, s'en remet à l'évaluation d'une expertise ponctuelle qui a identifié chez lui un « trouble de la personnalité antisociale » avec des traits « paranoïaques » :

Après l'exposé de l'experte psychologue et une longue discussion entre les participants de la commission (qui a conclu à un refus de la demande de permission), Monsieur Celik est enfin appelé dans le bureau. Il s'installe à la place libre, au bout de la table, à côté du sous-directeur. Il porte une chemise, s'exprime clairement, s'adresse au sous-directeur qui l'a invité à présenter sa demande. Son discours est emprunt de repentance : il a « réalisé » lors des entretiens que ses actes étaient « particulièrement violents ». Il a compris qu'il allait devoir « apprendre à mieux se contrôler ». Il s'en veut d'avoir « laissé tomber ses deux enfants », d'avoir « détruit sa famille » – et bien sûr d'avoir fait « souffrir les victimes ». Il travaille désormais en vue de la sortie, pour s'occuper de ses enfants, renouer les liens, travailler sur sa violence. Après un silence, le sous-directeur le regarde fixement dans les yeux et lui explique que ce problème de violence le fait douter : « Le problème a ressurgi en détention à l'occasion d'une bagarre, dernièrement... C'est inquiétant. Je ne sais pas vraiment à quoi m'en tenir sur votre comportement ». Il reste selon lui du travail pour résoudre cette question, et il suggère au détenu de faire appel à un psychologue pour l'y aider : « en tout état de cause, il est beaucoup trop tôt pour vous accorder une permission de sortir ». D'un ton poli et calme mais déterminé, Monsieur Celik rappelle que la bagarre résultait de sa coopération avec les surveillants à propos d'un trafic de téléphones. Il souligne qu'il n'a pas été condamné par la justice. Il s'insurge, d'un ton toujours poli, quoique tendu : « J'ai déjà été exclu du bâtiment à visée de traitement, vous me condamnez à nouveau pour des faits pour lesquels j'ai déjà été sanctionné, c'est injuste ». Il s'étonne de voir autour de la table une experte extérieure et deux personnes (la stagiaire et moi) qu'il ne connaît pas : il connaît les règles, la commission doit réunir les personnes impliquées dans son « traitement pénitentiaire » (*Behandlung*). Il explique qu'il ne compte pas poser de problème mais qu'il va arrêter de coopérer : à compter de ce jour, il arrêtera de travailler, de s'occuper de ses codétenus turcophones et particulièrement des toxicomanes. Le sous-directeur cherche à lui faire comprendre que la décision n'est pas une « punition », mais une invitation à travailler sur lui. Mais Monsieur Celik, visiblement amer, interrompt l'entretien, remercie les participants et quitte la table.

Journal de terrain, Grünstadt, 11 octobre 2010

Le recours à des catégories psychologiques chargées de connotations morales comme les troubles de la personnalité tend à essentialiser des comportements que les personnes détenues expliquent, pour leur part, par le contexte : Monsieur Celik a eu un comportement agressif en

réponse à la violence de ses codétenus ; Monsieur Paske ne peut imaginer le « droit chemin » parce qu'il n'arrive plus à se projeter libre du fait d'une trop longue incarcération. Les deux reprochent ainsi aux évaluateurs de faire abstraction du contexte et de faire preuve d'un certain ethnocentrisme de classe. Leur critique rejoint ici celle que fait Lorna Rhodes à l'encontre des troubles de la personnalité, lorsqu'elle montre qu'ils font de l'individu le « lieu et le terrain de la pathologie, qui, bien que liée à des 'vulnérabilités' et à des 'facteurs de stress', n'atteint jamais un niveau de contextualisation sociale » (Rhodes, 2000, p.355)²⁶. Ils se sentent pris au piège d'une identité de papier dans laquelle ils ne se reconnaissent pas et qu'ils refusent de porter comme un masque.

Ces personnes détenues ne remettent pas *a priori* en cause les objectifs du « travail sur soi », et l'ordre « post-disciplinaire » qu'il révèle, c'est-à-dire « la volonté d'influencer par la persuasion et la communication des types de comportements conformes aux objectifs de l'institution plutôt que de les imposer par la force ou par des mesures disciplinaires » (Chantraine, 2006, p.280). Au contraire, ils cherchent à prouver qu'ils ont bien intégré les injonctions de l'institution et qu'ils s'y sont conformés. Ils s'interrogent cependant sur la part d'arbitraire des évaluations et sur le pouvoir accordé à un savoir expertal qu'ils jugent peu objectif. Si l'incitation à travailler sur soi nourrit par ailleurs un sentiment d'injustice, c'est parce que beaucoup de personnes condamnées à de longues peines voient dans cet outil la légitimation d'un enfermement infini. En effet, la volonté d'ajuster la peine au plus près de la personnalité des personnes détenues entre en partie en résonance avec une logique de défense sociale.

3. Légitimer l'enfermement des dangereux

Si l'évaluation rend les agent.e.s pénitentiaires attentifs aux besoins des personnes détenues, elle ne s'inscrit pas seulement dans une logique d'individualisation du traitement, mais également dans une logique de réduction des risques de récidive, tout particulièrement face à des personnes condamnées à de longues peines dont la récidive pourrait avoir une retombée médiatique : agresseurs sexuels jugés dangereux, meurtriers atteints de schizophrénie de type paranoïde, escrocs multirécidivistes, qui constituent le public cible de la rétention de sûreté. On touche ici à un point d'achoppement du système pénitentiaire de la « détention de traitement » : en effet, ce sont les personnes jugées les plus « inaccessibles » aux formes de traitement proposées par la prison qui sont au cœur de l'attention. Or c'est encore l'idée d'un meilleur ajustement du traitement qui vient justifier la prolongation de leur enfermement.

²⁶ Traduction libre ; voir aussi Rhodes, 2015 sur l'importance de l'évaluation des comportements (*behaviors*) dans les prisons américaines).

a) La logique immunitaire de l'évaluation

L'importance de l'évaluation dans le traitement pénitentiaire donne au service d'expertise (*PsychD*) une place centrale. Si le service n'est pas le seul à évaluer les personnes détenues qui sont, on l'a vu, observées par leurs chef-fe-s de groupe, mais également par leurs animateurs-trices de groupe ou formateurs-trices (surveillant-e-s), ses expertises sont cependant considérées comme mieux outillées car réalisées par des psychologues qui s'appuient sur des outils d'évaluation cliniques ou actuariels. Le service d'expertise, situé à l'écart de la détention dans les prisons pour hommes est également jugé plus « neutre », c'est-à-dire moins impliqué affectivement dans l'accompagnement des personnes détenues. Néanmoins, cette position d'extériorité permet également au service d'assumer avec moins de difficulté le « principe de précaution » qui guide la politique pénitentiaire :

« Lorsque les chef-fe-s de groupe nous envoient quelqu'un pour un projet de sortie, c'est qu'ils ont monté un projet avec lui et qu'ils sont *a priori* plutôt optimistes... Sauf pour ceux qui se cachent derrière l'expert pour éviter de prendre la responsabilité de dire non, mais bon, en général, disons qu'ils ont quand même l'espoir que le projet soit accepté. Mais je me rends compte que je dis plus souvent non que oui. À la fin de l'année, quand je regarde les statistiques, je suis toujours étonnée de voir à quel point la part de décisions négatives (*Negativquoten*) est élevée, alors que voilà, les chef-fe-s de groupe voulaient tenter quelque chose pour leur client. Faire avancer les choses. Et donc, chaque année je me dis : « bon, l'année prochaine, je vais essayer d'être moins sévère ! » (*Elle rit*) Vous voyez, les résolutions de début d'année... Mais c'est tous les ans pareil, 2 tiers/1 tiers en gros... Et pour les collègues c'est pareil. Au fond, quand quelque chose se passe mal (*schiefgeht*), ce qui – je croise les doigts – n'arrive pas souvent, on a im-mé-dia-te-ment un retour ! Tous les trimestres nous recevons une petite feuille²⁷ avec l'indication de nos erreurs et quand je vois un gros zéro sur la page, je reprends ma respiration et tout va bien ».

Entretien Madame Gerhardt, 3 novembre 2011

Déléguée au service d'expertise, la responsabilité institutionnelle en matière de récidive pèse sur les décisions prises par les psychologues²⁸, qui admettent, comme Madame Gerhardt appliquer un principe de précaution qui les conduit vraisemblablement à multiplier les « faux positifs », c'est-à-dire les expertises décelant à tort un « risque de récidive ». Redoutant à l'inverse les « faux négatifs », évaluations erronées qui se traduisent *in fine* par une récidive éventuellement médiatique, Madame Gerhardt me dit avoir observé au cours de sa carrière les conséquences « tragiques » pour les experts et la crédibilité du service des quelques situations de ce genre qui se sont produites depuis qu'elle travaille dans l'établissement. Elle préfère donc assumer un principe de précaution intransigeant.

Cependant, ce principe de précaution vient peser sur les décisions prises lors des commissions d'application des peines : bien que la commission puisse en effet prendre une décision contraire à l'expertise commandée, il est rare qu'elle assume ce risque, préférant plutôt inviter les

²⁷ La direction de l'établissement documente chaque trimestre le déroulement des mesures qu'elle a accordées. À ce relevé statistique s'ajoutent les données envoyées par les centres de semi-liberté. Le document recense tous les éventuels délits ou crimes commis au cours de ces mesures, ainsi que le nombre de personnes « évadées », c'est-à-dire qui ne sont pas revenues d'une permission de sortir.

²⁸ Tout particulièrement dans les prisons pour hommes : on a montré au chapitre 4 qu'en raison de la taille et de la culture institutionnelle des établissements pour femmes, les psychologues participaient au quotidien des coursives. En outre, les cas pour lesquels une récidive pourrait soulever une houle médiatique sont bien moins fréquents dans les prisons pour femmes.

personnes détenues à reporter leur demande et à se soumettre à une nouvelle expertise. Cette externalisation de la mesure du risque produit parfois des situations kafkaïennes, comme celle dans laquelle se trouve Monsieur Brüggel (voir prologue), qui se voit refuser une permission de sortir parce qu'il refuse de se soumettre à une énième expertise supplémentaire. En l'absence de caution du service d'expertise, et malgré le fait que le détenu ne soit plus jugé « dangereux » depuis longtemps, la commission du plan de détention n'autorisera pas sa sortie. Monsieur Brüggel ne comprend pas l'intérêt d'expliquer une nouvelle fois ce qu'il a compris et appris du travail qu'il a mené au cours de son incarcération : il estime pour sa part avoir joué le jeu et réclame que ses efforts soient enfin récompensés par une permission de sortir, qui lui permettra de préparer un projet de libération. Cette revendication prouve qu'il a pleinement intégré les objectifs du « traitement pénitentiaire » : n'étant plus dangereux pour la société après un long travail introspectif, il demande le droit de reprendre le cours de sa vie. Mais la « logique immunitaire » (Kaminski, 2009, p.103) de l'évaluation qui fait prévaloir le principe de précaution sur un principe de confiance, vient ici à l'encontre des objectifs du traitement pénitentiaire.

La conclusion d'Amelia Becker (qui m'explique que « le travail sur les faits n'est jamais terminé ») est révélatrice des liens qui se tissent entre traitement pénitentiaire et enfermement : si ce travail n'atteint jamais son terme, alors la peine de prison peut elle aussi être illimitée. Ce travail sur soi semble venir légitimer un enfermement sans fin.

b) Le cas-limite des « inaccessibles au traitement »

Si la détention à visée de traitement se donne pour objectif d'accompagner les personnes dans un travail introspectif, elle prévoit également la possibilité que ce travail soit impossible en raison d'une « dangerosité » qui serait incorrigible. Pour ces personnes, la peine de prison a généralement été assortie d'une mesure de placement en rétention de sûreté²⁹. Le parcours de Monsieur Görlitz est emblématique de ces trajectoires pénitentiaires :

Je rencontre Monsieur Görlitz dans sa cellule du bâtiment de régime ouvert. Ce sont les surveillants d'étage qui m'ont suggéré de lui parler : il est selon eux complètement « perturbé ». Diagnostiqué « schizophrène paranoïde », il fait régulièrement des « décompensations psychotiques ». Je découvre un homme d'une quarantaine d'années, qui a aménagé sa cellule à la façon d'une chambre d'enfant : ses livres et CD sont bien alignés, des dessins de dauphins et d'animaux marins étranges sont scotchés sur les murs. Voilà 22 ans qu'il est en prison, où il travaille désormais dans le service d'entretien. Il est revenu depuis quelques semaines de l'unité socio-thérapeutique (*SothA*) qui l'a accueilli pendant quelques mois puis renvoyé au prétexte qu'il était inaccessible aux soins. Il est en colère et considère qu'on lui « a menti ». L'échange est bref, Monsieur Görlitz ne veut pas vraiment parler d'autre chose que de sa déception. Après cet échange, les surveillants m'expliquent son parcours : condamné à la perpétuité et à la rétention de sûreté pour viol avec acte de torture et homicide commis dans un état de délire, il purge les premières années de détention provisoire en

²⁹ Au moment du procès, l'instance de jugement peut « décider » (*Anordnung*) ou « réserver la possibilité » (*Vorbehalt*) d'un placement en rétention de sûreté. La décision de placement est alors décidée, par le tribunal, au minimum 6 mois avant la date de placement effective, si « l'appréciation générale du condamné, de ses actes et de son évolution en prison indique que l'on peut s'attendre à ce qu'il commette des actes graves qui pourraient porter atteinte, physiquement ou moralement, à des victimes » (Code pénal, *StGB* §66a).

faisant de longs séjours en psychiatrie. Il est ensuite placé en mesure d'internement psychiatrique sur la base de l'expertise d'un psychiatre qui lui reconnaît une forme aiguë de « schizophrénie paranoïde ». Mais il demande à être renvoyé en prison au bout de cinq ans, parce qu'il se sent « incompris par les psychiatres » – et que ceux-ci le jugent « inaccessible » (*nicht erreichbar*) aux soins. En prison, plusieurs chef-fe-s de groupe ont tenté d'engager un travail sur les faits, sans succès. Il a vu un psychothérapeute, qui a renoncé à le suivre faute d'amélioration. Il purge désormais la fin de sa perpétuité, en passant régulièrement quelques semaines dans le service de psychiatrie. Il attend d'accéder à la rétention de sûreté.

Journal de terrain, 9 novembre 2010

Monsieur Görlitz a donc épuisé toute l'offre thérapeutique disponible dans l'établissement pénitentiaire. À moins de 45 ans, il lui reste pour perspective une vie derrière les barreaux, agrémentée peut-être de parties de *Playstation* s'il est finalement transféré vers la rétention de sûreté. De même Herbert Rainer (chef de groupe) me parle d'un détenu qui a navigué entre internement psychiatrique et pénitentiaire et qui, selon lui, « ne sortira plus jamais » :

À 40 ans, Monsieur Giesig a passé la majeure partie de sa vie dans une institution fermée. Né en Allemagne de l'est dans une famille qu'Herbert me décrit comme « dysfonctionnelle », il est violé pendant son enfance, entretient des relations incestueuses avec sa sœur. Les deux enfants sont placés. Il commet plusieurs petits délits pour lesquels une mesure d'internement psychiatrique est prononcée. Herbert commente : « À l'époque, en Allemagne de l'Est, on disait « malade » donc interné. Mais il n'est pas à proprement parlé malade, il a une personnalité pathologique, c'est pas pareil ». Il semble se stabiliser : il rencontre une femme, a bientôt un enfant. Lors d'une permission de sortir de l'hôpital psychiatrique, il s'évade commet, pour financer sa famille, une série de vols sur des personnes âgées qu'il violente physiquement et sexuellement. Trois d'entre elles décèdent. Il est condamné à une peine de prison à perpétuité, avec circonstances aggravantes (*Besondere Schwere der Schuld*). Herbert m'explique : « La justice a décidé qu'il ne sortirait plus jamais : en plus des circonstances aggravantes qui compliquent les démarches pour ramener sa peine à une durée déterminée, ils ont prononcé le placement, ensuite, en rétention de sûreté. Lui, il ne sortira jamais ».

Journal de terrain, 12 octobre 2010

Le traitement pénitentiaire semble achopper sur des cas comme ceux de Monsieur Giesig ou Monsieur Görlitz. Pourtant, une fois placés en rétention de sûreté, c'est encore le traitement qui va justifier leur enfermement.

c) Un traitement à perpétuité

Les deux derniers étages de l'un des bâtiments hébergent la rétention de sûreté (*Sicherungsverwahrung*) de la ville de Grünstadt. Mesure dite de réhabilitation et de sûreté, la rétention de sûreté doit proposer aux reclus un accompagnement renforcé, avec l'objectif d'atténuer leur « dangerosité criminologique ». Régie par des paragraphes spécifiques (§129-135) du code pénal, cette mesure est *a priori* distincte de la peine de prison : les espaces de rétention doivent être mieux équipés, les portes ouvertes, les parloirs et l'accès au téléphone plus fréquents et l'accès à son argent

moins contraint. La rétention de sûreté accueille une vingtaine de personnes, enfermées pour une durée indéfinie³⁰.

La coursive de rétention de sûreté est en apparence identique à celles que je fréquente depuis une semaine, avec une meilleure vue sur les alentours de la prison : elle est en effet au dernier étage du bâtiment. On aperçoit donc les rues qui entourent la prison, on y voit les avions décoller de l'aéroport voisin. Ironie du sort, les retenus peuvent observer un ballet urbain auquel ils ont peu de chance de participer de nouveau un jour. Installée dans le bureau d'Helmut Schmitt, je lui demande de m'expliquer pourquoi il m'a prévenu, lorsque nous avons pris rendez-vous, qu'il était fatigué de travailler dans cette coursive. Il me répond dans un soupir : « Les gens ici commencent à me pomper l'air (*auf den Geist gehen*). Ici, rien ne bouge ! ». Puis il se lance dans un monologue pour m'expliquer les raisons de son désarroi : lui qui a « plus de trente ans de boutique », et qui a accepté de venir travailler en rétention de sûreté pour accéder au dernier échelon de sa profession, il se demande vraiment à quoi il peut servir face à des gens qui n'ont parfois aucun espoir d'être libérés. Contrairement aux personnes condamnées « à vie », qui après 15 ans de prison peuvent espérer sortir, il a parmi ses « clients » des personnes enfermées depuis 20 ou 30 ans, dont certaines pour lesquelles il est prêt à parier qu'elles mourront en prison. Il s'interroge : quel rôle pour un travailleur social ? Il peut toujours tenter de reprendre le « travail sur les faits », mais sans grand espoir : les personnes retenues sont généralement passés par la *SothA*, ont fait des thérapies, qui se sont toutes soldées par un échec. Pour lui, il serait nécessaire d'adjoindre un poste de psychologue au poste de chef de groupe. En effet, les retenus ont presque tous des « troubles de la personnalité massifs » qui « sont liés aux délits ». Pour les quelques autres qu'il ferait bien sortir s'il en avait le pouvoir, la décision dépend de toute façon des expertises, qui sont rarement positives en rétention de sûreté. Son quotidien de travail est donc particulièrement ennuyeux et agaçant : « les gens se plaignent, et comme je suis là depuis près de 10 ans, ils finissent par ne plus voir la fonction, mais par se plaindre de moi, de Monsieur Schmitt ». D'autant que seul un tiers des retenus travaillent : les deux autres tiers sont soit retraités, soit dispensés de travail pour raisons médicales. S'interrogeant sur les transformations à venir de la rétention de sûreté, il m'explique : « pour moi, des peines sans fin ça n'a aucun sens. Il faudrait peut-être juste allonger les peines les plus longues, mais ce n'est pas la direction qu'on prend : l'opinion publique est déchaînée (*hochgekocht*) ». Puis il m'explique que pour sa part, il espère bien quitter très vite la coursive : « ce qui est sûr, c'est qu'on ne devrait pas travailler plus de cinq ans avec ces dérangés (*psychisch-gestörte*), au-delà, ça devient insupportable ».

Journal de terrain, 8 novembre 2010

Le récit d'Helmut Schmitt doit évidemment être apprécié à la lumière de sa lassitude : sans doute un chef-fe de groupe plus récemment installé à ce poste montrerait un enthousiasme plus important. Mais c'est justement parce qu'aucun candidat.e ne se porte volontaire qu'Helmut ne parvient pas à changer de poste. En réalité, les situations évoluent, quoique lentement, pour certains retenus. Certains quittent au bout de quelques années la rétention de sûreté : ainsi deux hommes condamnés en récidive pour escroquerie vont être libérés au bout de 3 et 6 de rétention ; de même un retenu condamné plusieurs fois pour des braquages avec violence sortira sans doute au bout de 8 ans parce que l'expertise juge que son âge avancé a « affaibli sa pulsion criminologique » (*kriminologisches Trieb*). Pour une autre personne, la mesure a été récemment convertie en internement psychiatrique (pour suivre un traitement anti-androgénique). Mais la majorité des personnes retenues dans la prison pour hommes de Grünstadt n'a *a priori* qu'une faible chance de quitter l'établissement parce qu'ils sont jugés définitivement incorrigibles. La revendication

³⁰ Depuis 1998 en effet, la mesure de « rétention de sûreté » qui était limitée à 10 ans (*befristet*) est devenue « indéfinie » (*unbegrenzt*). Tous les deux ans, le tribunal d'application des peines (*Strafvollstreckungskammer*) évalue la dangerosité de la personne, sur la base d'une expertise psychiatrique, et peut décider sa libération sous la forme d'un suivi socio-judiciaire d'au moins deux ans. Cette durée indéfinie s'applique rétroactivement à toutes les personnes placées en rétention de sûreté avant 1998. Une décision de la Cour Européenne des Droits de l'Homme de 2009 a obligé le législateur à annuler la rétroactivité de la loi. Au moment où je réalise mon terrain, le débat sur les conséquences de cette décision bat son plein.

d'Helmut Schmitt de créer un poste de psychologue est dès lors troublante : il semble que la psychologie soit appelée en renfort pour soutenir le travailleur social – plus que ses « clients ». Pour eux, Helmut Schmitt n'a en effet plus d'autre option que l'exercice d'un « travail de contrainte » similaire, dans ses objectifs, à celui que décrit Lucie Lechevalier-Hurard à propos des personnes âgées atteintes d'Alzheimer et hospitalisées dans les unités de longue durée, dont le seul but deviendrait « l'obtention de la résignation du patient à l'ordre institutionnel, à ses normes et à son fonctionnement, sans prendre en compte ses aspirations et même si cela doit passer par des formes d'imposition physique. » (Lechevalier-Hurard, 2013, p.26)

Lorsque je réalise mon terrain dans la prison de Tourion, le débat fait rage autour d'une décision rendue en 2009 par la Cour Européenne des Droits de l'Homme condamnant la « prolongation rétroactive de la détention de sûreté pour une durée illimitée³¹ ». Or au sein de la rétention de sûreté de Grünstadt, une dizaine de personnes tombent sous le coup de cet arrêt, qui considèrent la mesure de réhabilitation et de sûreté comme une « peine » supplémentaire³². En novembre 2010, la question de l'avenir de ces personnes retenues illégalement se fait de plus en plus pressante : on attend la transposition de cet arrêt européen par le tribunal constitutionnel. Celui-ci confirmera l'arrêt européen³³ et demandera aux Länder d'étudier le cas de quelques personnes concernées mais surtout de revoir la conception de la rétention de sûreté, qui doit se distinguer plus nettement de l'enfermement carcéral. La décision permet cependant le maintien en rétention des personnes pour lesquelles des indices prouvent la permanence d'une dangerosité importante. Cette décision entraîne à Grünstadt la création d'un nouveau bâtiment sur le site de la prison, inauguré en juillet 2014, doté, selon le ministère régional de la justice, d'une « offre thérapeutique renforcée ». La rétention de sûreté, et tout particulièrement cette nouvelle structure thérapeutique, vient donc interroger les finalités du « traitement pénitentiaire », qui sert ici à légitimer ou au moins à légaliser un enfermement principalement motivé par la neutralisation de personnes socialement indésirables³⁴. Avec cette inauguration, la justice pénale tend à s'appuyer, jusqu'à en pervertir le sens, sur le « traitement » psycho-criminologique pour justifier la neutralisation des personnes jugées dangereuses.

Encadré 27 La rétention de sûreté en France ?

L'instauration de la rétention de sûreté est également légitimée, comme on l'a montré au chapitre 2, par l'idée qu'il existe des personnes « incurables » : la loi utilise ainsi la notion controversée de « grave trouble de la personnalité » et soumet les personnes retenues à un traitement socio-médico-judiciaire intensif, dernière chance pour prouver qu'elles ne sont pas incorrigibles. Néanmoins, la rétention de sûreté reste, pour le moment, une institution marginale dans le paysage carcéral français. Fortement critiquée par le monde juridique ainsi que médical, la rétention de sûreté est encadrée par diverses procédures (nombreuses

³¹ Cour Européenne des Droits de l'Homme, affaire Mücke contre Allemagne (arrêt du 17 décembre 2009).

³² Elle confirme en cela les travaux de certains juristes critiques sur la rétention de sûreté (voir Bartsch, 2008).

³³ Cour Constitutionnelle de Karlsruhe, arrêt du 4 mai 2011.

³⁴ Pour paraphraser une conclusion de Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire (1992) : « il suffit que l'enfermement de sûreté porte le nom de (soin) pour qu'il soit légitime, même si (le soin) n'a peut-être déjà plus d'autre contenu que la sûreté ». L'analyse vaut aussi pour la rétention de sûreté à la française, dont on a dit plus haut qu'elle trouvait dans le soin une certaine légitimité.

expertises, observation pluridisciplinaire de plusieurs semaines, commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, décision spécialement motivée après débat contradictoire). En outre, cette mesure de sûreté n'est pas rétroactive et ne peut donc concerner que des personnes actuellement placées en réclusion criminelle d'au moins 15 ans pour certains crimes graves. Mais pour contourner la non-rétroactivité de la loi du 25 février 2008, le texte juridique prévoit la création de la « surveillance de sûreté », qui soumet la personne sortant de rétention de sûreté ou d'une surveillance judiciaire à des obligations (injonction de soins, placement sous surveillance électronique). Le non-respect des obligations peut conduire en rétention de sûreté, ce qui permet *in fine* de contourner le principe de non-rétroactivité de la loi. Depuis 2008, moins de 10 personnes ont donc été placées au centre socio-médico-judiciaire de Fresnes. Cependant, malgré les critiques, la rétention de sûreté se pérennise : le dispositif est ainsi maintenu par la ministre de la Justice Christiane Taubira, qui avait pourtant participé à la critique de ce « nouveau positivisme juridique » (Doron, 2008)³⁵.

Lorsque la peine vise à modifier les personnalités et comportements des personnes punies, alors, en toute logique, le sens de la peine est porté par les individus qui y sont soumis. Ce programme de transformation de soi s'inscrit par conséquent dans une rationalité néo-libérale : il vise à produire des individus réflexifs et autonomes, c'est-à-dire, *in fine*, adaptés aux normes et valeurs dominantes dans les sociétés occidentales contemporaines. La psychologie se met, dans la prison de Grünstadt, au service de ce programme : elle permet d'évaluer les risques que présentent les individus mais également de les accompagner dans un travail de résorption de ces risques. Elle a donc partie liée avec cette forme de gouvernement néo-libéral, qui se donne pour objectif « que chacun se gouverne au mieux par lui-même, apprenne à gérer les risques que la société libérale moderne recèle par nature » (Sicot, 2006, p.631). Elle propose donc un support de subjectivation efficace pour ceux qui s'y soumettent, même si les personnes détenues ne sont pas dupes de l'asymétrie de la relation d'accompagnement. Elle est un support pour les personnes détenues, mais également pour les agent.e.s pénitentiaires qui développent une attention particulière aux personnes qu'ils accompagnent. Ce travail sur soi peut cependant devenir un travail absurde, lorsqu'on prétend intensifier la prise en charge de ceux qui sont enfermés pour des durées très longues, qui n'ont jamais souscrit à l'offre d'accompagnement de la prison ou sont évalués « inaccessibles » aux traitements proposés. Dans ces circonstances, le travail sur soi semble devenir une incitation vide de sens, qui ne convainc personne mais réussit tout juste à donner un air de légalité à la contrainte exercée sur ceux que la société juge dangereux.

*

Dans un article intitulé « À chacun son psy », Corinne Rostaing (2008) s'interroge : « La diffusion des pratiques psychologiques pourrait-elle contribuer à une transformation en profondeur de l'institution carcérale ? ». Ce chapitre répond à cette question par l'affirmative : les outils d'accompagnement et de suivi individualisé que constituent le parcours d'exécution en France ou le plan de détention en Allemagne illustrent et soutiennent une transformation du traitement

³⁵ Pour une analyse comparée de la genèse des dispositifs de rétention de sûreté français et allemand, le lecteur se tournera vers la thèse en cours de Barbara Bauduin.

pénitentiaire, centré sur la personnalité et le comportement des personnes détenues dont le « sens général serait de remettre le délinquant dans des conditions telles que ses chances de commettre un délit soient considérablement diminuées » (Foucault, 1994 [1984], p.695). Les outils et savoirs psycho-criminologiques permettent en effet de faire advenir une « gouvernementalité » dans laquelle l'enfermement carcéral est rationalisé par des techniques d'évaluation de la personnalité et légitimé par des techniques de transformation de soi (Foucault, 1994, [1982], p.785). Dans cette perspective, le crime est perçu comme le symptôme d'un trouble, la peine devient un travail sur soi, et la prison organise un parcours de santé. Si ce programme psycho-criminologique semble encore chercher sa place dans les établissements pénitentiaires français, il constitue en revanche la colonne vertébrale du système carcéral allemand.

En recentrant le traitement pénitentiaire autour de la personnalité et du comportement des personnes détenues, ce programme donne aux agent.e.s de nouveaux supports qui leur permettent d'organiser et de croire au bien-fondé de pratiques qui visent à identifier et répondre aux besoins des individus qu'ils prennent en charge. En revanche, ces savoirs psycho-criminologiques peuvent avoir pour effet de décontextualiser cette prise en charge en localisant la cause de tous les comportements dans les individus qui en portent les symptômes. Michel Foucault notait déjà cette ambivalence lorsqu'il racontait sa visite dans la prison américaine d'Attica :

« Nous avons rencontré des psychologues qui, manifestement, étaient des gens très bien, très libéraux, qui portaient sur les choses un regard assez juste. Toutefois, si, pour eux, voler la propriété d'autrui, commettre un hold-up dans une banque, se prostituer, tuer, coucher avec un homme quand on en est un soi-même, si tous ces actes sont autant de problèmes psychologiques qu'ils doivent aider l'individu à résoudre, n'est-ce pas le signe que, foncièrement, ils sont les complices du système ? Ne cherchent-ils pas à masquer le fait qu'en fin de compte commettre un délit, commettre un crime, met en question, de manière fondamentale, le fonctionnement de la société ? De manière si fondamentale que nous oublions qu'ils s'agit là d'un problème social, que nous avons l'impression que c'est un problème moral et que cela concerne les droits des individus... »

(Foucault, 1994 [1972] p.535-536)

Le développement de savoirs psychologiques en prison est donc ambivalent : en développant l'attention envers autrui, ces savoirs tendent à faire de « la compréhension de son économie personnelle [...] le seul fil conducteur [...] de l'assistance » (Castel, 1981, p.143). Or cette injonction au travail sur soi, est inscrite dans un ordre moral néo-libéral, dans lequel l'individu doit tendre vers un idéal d'autonomie et de responsabilité. Avec Emilie Hache, on peut s'interroger : « Qui peut ne pas vouloir être responsable ? Qui ne veut pas être autonome, se considérer comme tel et être vu ainsi ? On répondra à cette question par une autre : qui peut être 'responsable' ? Qui a les moyens de cette responsabilité et de sa fabrication ? » (Hache, 2007, p.56). En prison, les perdants de cette forme de gouvernementalité sont ceux chez qui on identifie des troubles de la personnalité trop envahissants, qui ne semblent pas disparaître sous l'effet du travail introspectif exigé par l'institution, et qui, en outre, se traduisent par des comportements jugés nocifs pour la société. Ce traitement psycho-criminologique semble donc avoir pour effet de légitimer un tri entre ceux qui ont les ressources nécessaires pour adhérer au travail introspectif et ceux qui ne le peuvent pas. On retrouve de ce côté, sans grande surprise, des hommes de milieu populaire, dont la violence semble avoir été requalifiée en « trouble mental » : les violeurs, les pédophiles, les psychopathes, et parmi eux, des personnes

souffrant de troubles psychiatriques graves (schizophrénies paranoïdes tout particulièrement). Cette injonction à l'introspection, garante de l'autonomie d'un l'individu responsable, permet ainsi de redonner une certaine légitimité à la contrainte carcérale, qui s'exerce tout particulièrement sur les « hommes violents », et tout particulièrement ceux qui, en raison d'un trouble de la personnalité qu'il semble impossible d'amender, doivent être maintenus hors d'état de nuire.

CONCLUSION DE LA PARTIE

Les pratiques de soin des services psychiatriques de Tourion et de Grünstadt ont été mises en miroir avec les pratiques de suivi individualisé des espaces de détention des deux prisons. Ce rapprochement visait à observer ce que produisait la présence croissante de professionnel·le·s en santé mentale dans les établissements pénitentiaires français et allemands. Evidemment, les pratiques de soin et de suivi ne s'adressent *a priori* pas aux mêmes publics : le soin concerne des personnes souffrantes (ou supposées souffrantes dans le cas des soins sans consentement) tandis que le suivi individualisé s'adresse en priorité aux personnes condamnées à de longues peines, et donc pour des faits jugés graves par la société. Néanmoins, ces pratiques se recoupent : d'un côté, le suivi engage, pour ceux qui en acceptent le principe, un travail réflexif similaire à celui que propose le soin. Il s'agit dans les deux cas d'accompagner des personnes pour les aider à retrouver une certaine autonomie dans la gestion de leur existence. De l'autre, la peine de prison produit, pour des raisons et à des degrés divers, de l'affliction et de la souffrance ; au cours de leur séjour en prison, certaines personnes détenues, y compris celles qui n'avaient jusque là jamais eu affaire à la psychiatrie, seront amenées à pousser la porte des services psychiatriques. L'annexe 6 présente le portrait de quelques-unes des personnes détenues rencontrées en entretien en juillet 2011 à Tourion. Ces récits témoignent de rapports très contrastés à l'offre de soin psychiatrique proposée dans la prison.

Mais le soin et le suivi ne se superposent jamais aussi parfaitement que lorsqu'ils prennent les mêmes groupes pour cible de leur intervention : les auteurs de violences sexuelles constituent ici un cas archétypal. Placées au centre de l'attention pénale dans le cadre de la lutte contre la récidive, les violences sexuelles sont par ailleurs de plus en plus interprétées comme le résultat de troubles psychiques et deviennent, ainsi, un objet légitime d'intervention pour le soin. Si l'unanimité est aujourd'hui presque acquise quant à la nécessité d'associer soin et suivi dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, les résistances passées témoignent du fait que les frontières du soin et du contrôle ne sont jamais définitivement établies. Elles présentent ainsi une certaine porosité dans le cas des personnes dites « islamistes radicalisées » : un rapport du Sénat, publié en avril 2015, propose ainsi « d'augmenter le nombre d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour permettre une prise en charge adaptée des détenus présentant des troubles mentaux engagés dans un processus de radicalisation ». Contre cette idée, l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire « manifeste sa désapprobation la plus vive », rappelant, fidèle à ses principes, que ses missions sont « strictement soignantes ». Un jour peut-être, un « segment professionnel » du champ psychiatrique acceptera d'envisager la radicalisation – au nom de la souffrance dont elle témoigne – comme un objet d'intervention légitime.

En matière de suivi individualisé, la situation allemande semble préfigurer les ambitions de réforme française des dernières années. Elle permet en tous cas de penser les effets ambivalents de ce suivi psycho-criminologique. L'exemple du traitement de la toxicomanie, qui avait permis d'illustrer (conclusion partie 2) les configurations institutionnelles françaises et allemandes, est ici heuristique pour mettre en évidence ces effets. En France comme en Allemagne, les personnes qui le souhaitent peuvent, si elles disposent des moyens financiers suffisants, continuer à consommer – avec du matériel stérile dans la prison pour femmes de Grünstadt. En France, la substitution et ou le sevrage constituent une démarche de soin individuelle, qui peut éventuellement être avancée – mais sans preuve matérielle – pour appuyer une demande d'aménagement de peine. En Allemagne, les personnes qui s'engagent dans cette voie sont unanimement accompagnées et encouragées par l'institution : elles peuvent accéder à de meilleures conditions de détention, mais surtout augmenter leur chance d'obtenir un aménagement de peine. En revanche, celles et ceux qui consomment ne doivent pas compter sur l'institution.

En France, la place importante accordée au soin médical a pour conséquence de rendre le contrôle pénitentiaire et judiciaire périphérique. Cette configuration produit une certaine liberté individuelle, qui peut-être nourrit aussi parfois un sentiment d'anomie. En Allemagne, la forte emprise du suivi individualisé produit un contrôle social plus resserré, qui oblige les personnes détenues à se dévoiler, à témoigner de leur normalité. Ce contrôle pesant organise cependant aussi un *care* institutionnel, une attention organisée pour les personnes détenues. Alors que les équipes de soin semblent jouer en France le rôle de trouble-fête en refusant de participer à ce contrôle social, ce paradigme psycho-criminologique semble conférer au système allemand un solide soubassement, notamment à l'heure de protéger la société des « dangereux » par un enfermement de neutralisation.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Entre pénalisation de la folie et pathologisation du crime : les « prisons asiles »

Les systèmes pénaux français et allemand sont les témoins du retour d'une logique de défense sociale, c'est-à-dire de pratiques pénales poursuivant un objectif de protection de la société par la neutralisation et le traitement des individus identifiés comme présentant une certaine dangerosité. Ce mouvement de défense sociale se manifeste par un double phénomène concomitant et entrelacé de *pénalisation des troubles mentaux*, qui conduit vers la voie pénale les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, et de *pathologisation de certains comportements violents*, une tendance à appréhender certains crimes comme le résultat de troubles mentaux individuels. Ces phénomènes ne viennent pas travailler de la même façon les systèmes pénaux français et allemands : ils se glissent dans les sillons façonnés par l'histoire institutionnelle des deux pays, et viennent en modifier progressivement le cours. Si la pénalisation des troubles mentaux met à l'épreuve les prisons françaises et entraîne l'institutionnalisation de nouveaux lieux hybrides comme les unités psychiatriques en milieu pénitentiaire (UHSA), elle se traduit en revanche en Allemagne par l'augmentation progressive des taux d'internement d'une institution presque centenaire, l'hôpital psycho-légal (*Massregelvollzug*). De son côté, la pathologisation de certains crimes, et tout particulièrement des violences sexuelles, a légitimé une transformation des modalités du traitement pénitentiaire, transformation amorcée au cours des années 1970 en Allemagne, mais qui se déploie avec une envergure particulière au tournant des années 1990-2000 dans les deux pays.

Au bout de ce parcours de recherche, il serait tentant de conclure par une évaluation des performances contrastées des systèmes pénaux français et allemand. Néanmoins, le caractère heuristique de la comparaison ne réside pas dans la hiérarchisation normative des réalités observées mais bien plutôt la façon dont elle fait apparaître les points aveugles de chaque pays : observer les prisons françaises d'un point de vue allemand permet de constater que celles-ci contribuent, de façon implicite, à remplir la fonction d'internement à la croisée du soin et de l'enfermement jouée en Allemagne par les hôpitaux psycho-légaux. Ainsi, les UHSA, en améliorant l'accès aux soins psychiatriques en prison, contribuent à légitimer l'incarcération de personnes présentant de graves troubles psychiatriques chroniques, malgré l'indignation toujours vive de certains observateurs-trices. À l'inverse, un regard français déstabilise l'évidence de la double voie pénale allemande en mettant en évidence la proximité troublante des populations prises en charge dans les deux institutions et la présence dans les prisons allemandes de personnes présentant de graves troubles psychiatriques. Ces tiraillements n'entraînent cependant pour le moment pas de remise en cause de la dualité pénale : les mesures de réhabilitation et de sûreté – l'internement psycho-légal et la rétention de sûreté – fonctionnent toujours à plein régime, et les prisons allemandes développent, lentement mais sûrement, des dispositifs de prise en charge psychiatrique.

Si les terrains ethnographiques de cette thèse ont porté sur deux prisons française et allemande, ils gagneraient désormais à être complétés par des terrains dans les autres institutions qui participent à cette hybridation entre soin et enfermement. Il serait tout particulièrement intéressant d'enquêter sur le fonctionnement des hôpitaux psycho-légaux allemands. De même, en France, si la sociologie de l'hôpital psychiatrique a connu un renouveau important au cours des dernières années, l'analyse des rapports entre prison et justice gagnerait à se pencher sur le sort des personnes déclarées irresponsables pénalement et placées en hôpital psychiatrique pour des soins sans consentement. Enfin, il serait intéressant de réfléchir, en France et en Allemagne, aux liens tissés entre psychiatrie et justice au-delà de la prison et de l'hôpital, c'est-à-dire en milieu dit « ouvert ». Une telle enquête pourrait éclairer les conséquences de ce double mouvement de pénalisation des malades mentaux et de pathologisation de la violence sur les pratiques professionnelles et trajectoires des personnes à la croisée du crime et de la maladie mentale.

Depuis l'espace spécifique de la prison, les observations réalisées permettent cependant de mettre en évidence la tendance contemporaine à vouloir faire correspondre au temps de la peine un temps de traitement. Cette tendance contribue à faire des établissements carcéraux des lieux dans lesquels se produit une hybridation du soin et de la peine, que l'on peut qualifier de « prisons asiles » à trois titres.

Les prisons françaises, et, dans une moindre mesure, allemandes, deviennent tout d'abord « asiles » *dans le sens où elles se dotent de services de soins psychiatriques*, dans des proportions néanmoins toujours inférieures aux besoins exponentiels en matière de santé mentale. En France, 450 places d'hospitalisation à temps plein sont venues s'ajouter à la fin des années 2010 avec l'ouverture des UHSA, aux 26 services psychiatriques ambulatoires (SMPR) et aux dispositifs de soins psychiatriques présents dans tous les établissements pénitentiaires. En Allemagne, le manque de moyens est signalé par les quelques psychiatres exerçant dans les rares services psychiatriques en milieu pénitentiaire. Dans ce premier sens de « prisons asiles », ce ne sont pas les prisons tout entières, mais une partie de leurs espaces qui deviennent « asiles » au sens le plus concret d'une structure destinée aux soins psychiatriques. Ces espaces tentent d'ailleurs, comme on l'a vu, d'entretenir une position d'extériorité par une défense acharnée du secret médical qui produit des frontières symboliques et concrètes au sein des prisons françaises et allemandes. Le développement d'espaces de soins psychiatriques ne permet donc pas complètement aux prisons françaises et allemandes de surmonter l'épreuve que constitue la présence de personnes en situation de souffrance psychique, mais il produit une hybridation qui interroge les finalités de cette institution pénale.

Les prisons françaises et allemandes deviennent par ailleurs « asiles » par analogie avec l'asile du XIX^{ème} siècle, constitutif d'une nouvelle discipline médicale, la psychiatrie. Si elles n'entendent pas *soigner* des malades, les prisons prétendent en revanche de plus en plus *traiter*, chez les personnes détenues, les troubles du comportement et de la personnalité qui ont pu les conduire à transgresser la loi. Ces « prisons asiles » contribuent, comme l'asile autrefois, à donner corps à une nouvelle discipline, psycho-criminologique, qui entend produire un savoir scientifique et clinique

autour des auteurs de violences et de violences sexuelles sur autrui. *L'expression de « prison asile » permet ici de décrire une démarche quasi-thérapeutique, dont la « détention à visée de traitement » allemande (Behandlungsvollzug) constitue une figure archétypale.* Ce second sens convient d'ailleurs mieux à la description des prisons allemandes, dans lesquelles les programmes d'évaluation et d'accompagnement psycho-criminologiques sont bien institutionnalisés, mais il permet également de dépeindre des transformations plus récentes, et toujours en cours, dans les prisons françaises.

Enfin, *c'est dans un sens moral que les prisons françaises et allemandes prennent l'allure « d'asiles ».* Cette dimension morale est néanmoins ambivalente : on a dit en introduction de cette thèse que le scandale du début des années 2000 en France avait fait resurgir l'image de « prison asile » au sens d'une « cour des miracles » dans laquelle nos sociétés chercheraient à se débarrasser des plus marginaux. Mais si le terme d'asile charrie avec lui tout un imaginaire d'exclusion arbitraire et d'ostracisme social, il contient aussi un univers de sens positif : l'asile, dans une acception juridique mais aussi métaphorique, décrit aussi l'accueil et l'hospitalité dans un lieu refuge. Or il semble bien qu'on retrouve dans les prisons françaises et allemandes ces deux facettes de la figure morale de l'asile : en effet, les établissements pénitentiaires français et allemands accueillent des personnes qui semblent être tombées entre les mailles du filet social et être devenues, par leur altérité, indésirables dans nos sociétés. Pour ces individus perçus comme monstrueux, la prison semble remplir une fonction de neutralisation et les professionnels assistent parfois, désemparés, à des situations tragiques de détérioration psychique et de décrépitude physique. Mais les établissements pénitentiaires développent également, avec les espaces de soins psychiatriques et de suivi psycho-criminologique une attention, qui oscille entre surveillance et bienveillance, pour ces formes d'altérité rejetées ailleurs. En ce sens, les prisons deviennent aussi des lieux refuges, dans lesquels il semble possible de se mettre à l'abri d'un milieu extérieur hostile. On assiste en somme dans les prisons françaises et allemandes aux tensions morales qui résultent de l'hybridation de l'État pénal et de l'État social, tensions qui ne sont « jamais si forte(s) que lorsque la population à laquelle l'État a affaire se caractérise par sa précarité, qu'elle soit économique ou juridique, tant la frontière est mince et la porosité grande entre catégories dangereuses et catégories en danger, entre celles qu'on voue à la répression et celles qui inspirent la compassion » (Fassin, 2013). De façon paradoxale, c'est peut-être en faisant des personnes identifiées comme « dangereuses » des victimes de la prison qu'il devient possible de développer à leur endroit l'empathie et l'attention qu'elles ne trouvaient pas ailleurs.

Les habits neufs de la pénalité : psychiatrie, psychologie et gestion des rapports sociaux

Ces transformations pénitentiaires posent la question du rôle des savoirs et des pratiques psychiatriques et psychologiques dans la gestion des rapports sociaux. La prison semble être le lieu d'une psychologisation similaire à celle que Stanislas Morel a mise en évidence à l'école avec la médicalisation de l'échec scolaire (Morel, 2014) ou à celle que plusieurs auteurs, dans la lignée des travaux de Robert Castel, ont identifiée dans les institutions de l'État social (Fassin, 2004 ; Demailly, 2008). Ces savoirs et ces pratiques ont pour effet de recentrer l'activité institutionnelle sur la subjectivité des personnes prises en charge, à défaut de remédier aux dysfonctionnements sociaux

plus généraux qui expliquent les inégalités ici scolaires, là sociales. Saisies au niveau de l'individu, ces inégalités semblent résulter de difficultés psychiques ou comportementales personnelles. De même en prison, psychologie et psychiatrie semblent contribuer à redonner un programme institutionnel à la prison sans en modifier la fonction sociale. Tout comme la médicalisation de l'échec scolaire contribue à produire des enfants dyslexiques, dysphasiques ou dyspraxiques, la psychiatrie et la psychologie en prison semblent donner corps à de nouvelles figures d'incorrigibles corrigibles : les auteurs de violences sexuelles, les schizophrènes psychopathes, ou encore les islamistes radicalisés. Les hommes déviants seraient désormais bien à leur place en prison parce que celle-ci permettrait de traiter leurs personnalités violentes, leurs comportements transgressifs, leur radicalité psychopathique ou leur perversité prédatrice.

Ce programme institutionnel constituerait une nouvelle rationalité pénale et vêtirait ainsi de nouveaux habits plus ajustés à l'air du temps une institution qui continue par ailleurs à remplir une fonction de « gestion des illégalismes masculins populaires ». Cette lecture, qui a le mérite de trancher le réel en ligne droite et de donner une boussole et un compas précieux pour s'orienter dans la complexité du monde, ne permet cependant pas de penser la façon confuse et désordonnée dont les prisons françaises et allemandes se transforment en « prisons asiles », ni d'identifier les logiques d'intervention distinctes ou emboîtées, conflictuelles ou convergentes des acteurs qui participent au changement institutionnel. En partant d'une démarche ethnographique, le pari a été ici fait que ces transformations complexes pouvaient être saisies par l'observation des pratiques professionnelles.

Changement institutionnel et pratiques professionnelles

En observant la place et le rôle des professionnels en santé mentale dans les prisons de Grünstadt et de Tourion, les ethnographies mettent tout d'abord en évidence un conflit central entre les acteurs du soin et l'univers pénitentiaire : les équipes psychiatriques françaises et allemandes protègent leur domaine d'intervention et manifestent une hostilité féroce à l'idée que leur action pourrait s'articuler à une logique non médicale. Néanmoins, derrière ce conflit, les ethnographies réalisées permettent d'identifier une certaine circularité entre institutionnalisation et évolution des pratiques professionnelles. La création des unités socio-thérapeutiques en Allemagne dans les années 1970 ou l'ouverture des services médico-psychologiques régionaux français dans les années 1980 illustrent parfaitement cette circularité. En donnant aux professionnels en santé mentale un accès aux prisons, ces réformes ont amené des psychologues et psychiatres à étendre leur territoire professionnel à une réalité nouvelle. Ces professionnels ont contribué, en Allemagne dans les années 1970 ou en France au début des années 2000, à rendre visible et à dénoncer sur la place publique ici le caractère archaïque de la discipline carcérale et là l'augmentation des troubles mentaux en prison. Mais en travaillant au contact de cette réalité problématique, ces professionnels contribuent aussi à développer des outils et des savoirs ajustés aux situations qu'ils découvrent dans ces lieux et ainsi à légitimer ces institutions.

Dans les prisons françaises et allemandes, la présence croissante de professionnels en santé mentale à partir des années 1970 a contribué à transformer le quotidien pénitentiaire. Mais en

retour, les évolutions institutionnelles font bouger les lignes professionnelles dans le champ de la santé mentale : si l'Allemagne dispose depuis plusieurs décennies d'un segment professionnel « psycho-légal » (*Forensik*), qui regroupe les psychologues (*forensische Psychologie*) et psychiatres (*forensische Psychiatrie*) exerçant dans les hôpitaux psycho-légaux et en prison, on remarque en France aujourd'hui l'émergence de nouveaux segments professionnels criminologiques spécialisés autour de la prise en charge de personnes placées sous main de justice. Si ces segments professionnels ne sont pour l'instant pas institutionnalisés, ils saisissent cependant les ressources mises à disposition par une politique pénale de défense sociale qu'ils accompagnent par une réflexion autour de l'évaluation et du traitement de la dangerosité. L'analyse présentée dans cette thèse permet de penser la façon dont certains comportements transgressifs, qui tombent sous le coup de la loi redeviennent, progressivement, un objet légitime de connaissance scientifique et clinique. Il serait d'ailleurs désormais intéressant de poursuivre à l'époque contemporaine l'analyse historique de Marc Renneville autour des savoirs à la frontière du crime et de la folie et sur les rapports entre réformes politiques et évolutions épistémologiques. Sans doute verrait-on alors comment les « troubles de la personnalité et du comportement » et des catégories telles que les troubles borderline, antisociaux, psychopathiques, schizoïde, paranoïaques ou sexuels se sont substitués aux dénominations aujourd'hui archaïques du 19^{ème} siècle (personnalité criminelle, état furieux, fou agité, anormaux, etc.) pour légitimer la mise à l'écart des individus jugés dangereux.

Ainsi, on ne peut comprendre l'émergence d'une nouvelle rationalité thérapeutique en prison qu'en tenant ensemble le niveau de l'élaboration de la réforme et le niveau de sa mise en œuvre. En d'autres termes, il faut, pour en comprendre l'émergence, faire le lien entre une « micro-politique du trouble », observable au niveau des interactions locales entre personnes détenues et professionnels en santé mentale, et une « macro-politique » qui vient façonner « à la fois les cadres de référence disponibles pour identifier le trouble et les moyens institutionnalisés d'y remédier » (Emerson, Messinger, 2013, p.76).

Les ambivalences d'un care en voie d'institutionnalisation

Si la réforme institutionnelle et l'évolution des pratiques professionnelles sont liées par des liens réciproques de cause à effet, la thèse rejette cependant l'idée que cette corrélation prendrait l'allure de rouages emboîtés parfaitement huilés. En portant le regard sur les pratiques professionnelles les plus quotidiennes, elle montre au contraire les ambivalences produites par ce « renouvellement institutionnel » (Laforgue, Rostaing, 2011), qui superpose progressivement enfermement et traitement, soin et peine. Dans les prisons de Grünstadt et de Tourion, les dispositifs d'évaluation, de repérage et de diagnostic mais aussi d'accompagnement, de soin et de traitement des troubles mentaux sont les indices d'une attention croissante pour la psyché des personnes détenues. Cette institutionnalisation progressive d'un « souci de l'autre » a pour effet de recomposer les hiérarchies professionnelles et de produire des conflits entre groupes professionnels – et au premier titre entre les « personnels soignants » et les « personnels pénitentiaires ». Ces rivalités, analysées dans une perspective abbottienne comme des conflits de juridiction, illustrent les paradoxes de ce care institutionnel pluriel : il apporte des ressources en santé mentale tout en

légitimant l'incarcération d'individus malades, il oscille entre bienveillance et surveillance, il essentialise en trouble mental des comportements transgressifs toujours produits aussi par le contexte social, en somme, il humanise le traitement tout en euphémisant la contrainte. Ces paradoxes se traduisent pour ces différents professionnel-le-s du soin et de la peine en des dilemmes moraux permanents, que les institutions carcérales françaises et allemandes cherchent à résoudre en tentant d'ordonner les pratiques professionnelles autour d'un mode d'intervention sur autrui unique, univoque et uniforme, qui mettrait le traitement au service d'un programme de réhabilitation psycho-criminologique. Au nom de cette ambition, qui s'inscrit dans une recherche d'efficacité institutionnelle, il s'agit, en France comme en Allemagne, d'améliorer la coordination des acteurs professionnels et la circulation des informations relatives aux personnes détenues. La comparaison franco-allemande permet ici de réfléchir aux enjeux de l'institutionnalisation du *care* : en France, l'analyse montre ainsi que la place accordée aux soins psychiatriques a paradoxalement pour effet de freiner la mise en place d'un suivi plus pénitentiaire ; en Allemagne au contraire, le solide ancrage de ce suivi individualisé rend difficile l'instauration de relations de soins dégagée d'un objectif de réhabilitation psycho-criminologique. Ainsi, la comparaison met en évidence le fait que les agencements du souci de l'autre sont le résultat d'une histoire institutionnelle et de groupes professionnels en tension. Sans verser dans le culturalisme, un parallèle semble ici s'imposer avec l'analyse sociétale proposée par la sociologie du travail comparée (Maurice, Sellier, Silvestre, 1982) : on retrouve en effet ici, comme dans le monde de l'entreprise l'idée que la valeur de l'autonomie professionnelle est centrale en France, alors que celle de la coopération s'impose en Allemagne.

Ce programme psycho-criminologique, qui cherche encore à s'enraciner dans les prisons françaises, offre aux acteurs-trices un cadre clair et cohérent, qui présente en outre l'avantage de combiner l'intérêt de la personne détenue et celui de la société. Du point de vue du *care*, il a cependant pour effet d'instrumentaliser le souci de l'autre dans un objectif de contrôle. Dans ce contexte, il semble que ce sont au contraire les dilemmes moraux et les suspensions provisoires de ce cadre institutionnel qui produisent les pratiques les plus proches de l'éthique du *care*. En somme, c'est dans les failles de ces « prisons asiles » qu'éclosent les sentiments moraux les plus proches d'une sollicitude attentive aux besoins des personnes détenues tels qu'elles les expriment.

Les ambivalences de ce *care* en voie d'institutionnalisation gagneraient désormais à être étudiées du point de vue des personnes concernées par ces pratiques professionnelles. Pour des raisons méthodologiques tant rationnelles qu'émotionnelles – l'impossibilité de mener de front une enquête aux côtés des professionnels et des personnes auprès desquelles ils interviennent mais aussi la difficulté à déconstruire la double altérité de « fous dangereux » qui tient le chercheur-euse à distance des personnes détenues présentant des troubles mentaux – il est dit peu de choses, dans cette thèse, de la façon dont ces pratiques de soins et de traitement sont accueillies par les personnes qui en sont l'objet. L'analyse montre ici comment la rareté des lieux d'écoute peut produire des explosions de violence, ou comment une attention trop centrée sur la lutte contre le suicide peut alimenter des stratégies de mise en danger de soi, là comment la frontière du secret médical peut transformer les espaces de soins en lieux refuges, ou encore comment le traitement psycho-criminologique peut produire un support de subjectivation mais aussi enfermer dans des catégories

vécues comme assujettissantes (l'annexe 6 propose quelques portraits de personnes détenues rencontrées pour des entretiens non-directifs à l'été 2011 dans la prison de Tourion).

Une enquête auprès des personnes détenues constituerait un complément essentiel pour éclairer ces « prisons asiles » sous un jour nouveau en analysant la façon dont l'expérience carcérale vient s'inscrire dans les trajectoires des personnes qui y sont enfermées, mais également pour analyser les effets subjectifs de ce cadrage qui vient redoubler le cadre matériel de la prison. Il s'agirait de réfléchir aux effets de subjectivation de ces agencements paradoxaux entre soin et peine. Au-delà de la prison, une sociologie attentive aux récits des personnes dites « dangereuses » permettrait ainsi de promouvoir, contre le principe de la peur d'une société qui se défend, celui de la confiance, d'une société qui accueille.

ANNEXES

ANNEXE 1. LEXIQUE : SIGLES, ACRONYMES ET TERMES TECHNIQUES UTILISÉS

Allemagne	
AGSt – Arztgeschäftsstelle	Unité médicale en milieu pénitentiaire.
APP – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Service de psychiatrie et de psychothérapie intégré à l'hôpital pénitentiaire.
Behandlungsorientierter Wohngruppenvollzug	Régime de détention dit « collectif » et « orienté vers le traitement ».
BGH – Besonders gesicherter Haftraum ou B-Zelle	Cellule particulièrement sécurisée. Une personne détenue peut être placée au BGH en cas de risque d'agression sur autrui ou sur elle-même.
Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	Ministère fédéral de la Justice et de la Protection des usagers.
EWA – Einweisungsabteilung	Unité d'orientation pénitentiaire chargée de réaliser le premier « plan de détention » (voir <i>Vollzugsplan</i>) et d'orienter les personnes détenues vers un régime pénitentiaire adapté à leur profil.
Forensik	Le terme de <i>Forensik</i> désigne, dans un sens large, toutes les sciences et techniques destinées à résoudre les enquêtes judiciaires dans le domaine pénal. Mais le terme peut également être utilisé comme synonyme de <i>forensische Psychiatrie</i> et désigner le domaine de l'internement psycho-légal (voir <i>Maßregelvollzug</i>) et la clinique psycholégale.
Gruppenbetreuer.in	Animateur-trice de groupe : surveillant-e pénitentiaire placé sous l'autorité des chef-fe-s de groupe. Le terme d'animateur (<i>Betreuer</i>) a pour effet d'euphémiser le rôle de ces professionnels. Je propose donc une traduction littérale du terme.
Gruppenleiter.in	Chef-fe de groupe. Il a pour mission, dans le Land de Grünstadt, de gérer le quotidien d'une courserie et les diverses demandes des personnes détenues. Les chefs de groupe sont souvent travailleurs sociaux de formation, ils peuvent cependant également être psychologues ou bien encore administrateurs, formés à l'école pénitentiaire régionale. Je propose une traduction littérale de ce terme pour souligner la spécificité de ce métier.
JVK – Justizvollzugskrankenhause	Hôpital pénitentiaire. Il existe à ce jour 4 hôpitaux pénitentiaires en Allemagne (à Berlin, Fröndenberg, Hohenasperg et Leipzig). Les autres établissements pénitentiaires signent des conventions avec les hôpitaux régionaux et psycho-légaux pour la prise en charge sanitaire et psychiatrique des personnes détenues.
KIR – Kriseninterventionsraum	Chambre d'isolement en psychiatrie.
Landesministerium der Justiz	Ministère régional de la Justice. Chargé depuis le transfert de compétences dans le cadre de la réforme du fédéralisme en 2006 de la révision et de la mise en œuvre de la loi pénitentiaire (<i>Strafvollzugsgesetz</i>).
LL – Lebenslange Freiheitsstrafe ou Lebenslangstrafler	Peine privative de liberté à perpétuité ou personne condamnée à la perpétuité (« perpète »), c'est-à-dire à un emprisonnement à vie avec une période de sûreté de 15 ans à l'issue de laquelle la peine peut être convertie en sursis.

Maßregelvollzug	Le terme désigne à la fois <i>l'internement</i> psycho-légal et le lieu dans lequel il est mis en œuvre (<i>hôpital</i> psycho-légal). Je propose ces traductions pour désigner cette deuxième voie légale qui constitue une « mesure de réhabilitation et de sûreté » (articles 63 et 64 du code pénal - <i>Strafgesetzbuch</i>) destinée aux auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.
PsychD – Psychologischer Dienst	Service psychologique, service de l'établissement pénitentiaire chargé de fournir des expertises psychologiques dans le cadre de l'aménagement des peines notamment.
PTB – Psychotherapeutische Beratungsstelle	Unité psychothérapeutique rattachée au service de psychiatrie et de psychothérapie (voir APP).
Sexualstraftäter	Auteur d'infractions à caractère sexuel.
Sicherungsverwahrung	Le terme désigne à la fois la rétention de sûreté et le lieu dans lequel elle est mise en œuvre. La rétention de sûreté constitue une « mesure de réhabilitation et de sûreté » (article 66 du code pénal) destinée aux personnes présentant une certaine dangerosité à l'issue de leur sanction pénale.
Strafvollstreckungskammer	Tribunal de l'application des peines, chargé principalement du contentieux entre les personnes détenues et les établissements pénitentiaires.
Strafvollzug	Le terme désigne à la fois le régime de détention (pénale, par opposition à la détention préventive, ou aux mesures de réhabilitation et de sûreté) et le lieu dans lequel il est mis en œuvre (la prison). Il est plus couramment utilisé pour désigner la prison que le terme de <i>Gefängnis</i> (prison).
Strafvollzugsgesetz	Loi pénitentiaire. Loi fédérale entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 1977. Compétence régionale depuis 2006. Le Land de Grünstadt a ainsi promulgué une nouvelle loi régionale en 2014.
Substituiertenstation	Coursive dédiée à des personnes détenues qui suivent un traitement de substitution aux opiacés.
Untersuchungshaft	Le terme désigne à la fois la détention préventive et le lieu dans lequel elle est mise en œuvre (maison d'arrêt).
Vollzugsplan	Plan de détention. Dispositif de suivi individualisé généralisé à tous les établissements de détention mis en place en 1977.
Vollzugsplankonferenz	Commission du plan de détention.

France	
AICS, AAS ou AVS	Auteurs d'infractions à caractère sexuel, auteurs d'agressions sexuelles ou auteurs de violences sexuelles.
ARS	Agence régionale de Santé. Etablissement chargé de la mise en œuvre de la politique de santé en région.
Chambre d'isolement	Chambre aménagée pour l'isolement thérapeutique en psychiatrie.
Château-Thierry	Centre pénitentiaire (composé d'un centre de détention et d'un quartier maison centrale) faisant office de 1950 à 1994 de « maison centrale sanitaire » et chargé depuis 1994 d'accueillir des personnes détenues au comportement inadapté en milieu carcéral en raison de troubles mentaux.
CNE	Centre national d'évaluation. Il existe trois CNE (dans les centres pénitentiaires de Fresnes, Sud-Francilien et de Sequedin), chargés depuis 2008 de « l'évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité ».
CPIP	Conseiller-e pénitentiaire d'insertion et de probation.
CRIAVS	Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie rattaché au service public hospitalier. Il existe en France 20 CSAPA dits « internes », situés dans des établissements pénitentiaires.
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire.
DSP	Dispositif de soins psychiatriques. Dispositif intégré à l'UCSA dans les établissements pénitentiaires ne disposant pas de service psychiatrique (SMPR).
EPSNF	Etablissement public de santé national de Fresnes. Hôpital disposant d'environ 100 lits destinés exclusivement à des personnes détenues.
Établissement pénitentiaire	Lieu de privation de liberté géré par l'administration pénitentiaire. Il existe, au 1er janvier 2015, 91 maisons d'arrêt, 88 établissements pour peines (centres de détention, maisons centrales et centres de semi-liberté) et 6 établissements pénitentiaires pour mineurs.
HO	Hospitalisation d'office. Mesure d'hospitalisation sans consentement décidée par arrêté préfectoral, elle est désignée depuis juillet 2011 par l'acronyme SDRE (soins sans consentement sur demande d'un représentant de l'État).
HO D398	Terme du jargon pénitentiaire désignant l'hospitalisation d'une personne détenue pour des soins sans consentement dans un service hospitalier de psychiatrie en vertu de l'article D398 du code de procédure pénale qui stipule que « les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ».
Injonction et obligation de soins	L'obligation de soins, mesure datant des années 1950, peut être prononcée dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. L'injonction de soins est créée en 1998, elle peut être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou d'une surveillance de sûreté et doit être suivie par un « médecin coordonnateur » qui informe le juge d'application des peines de la bonne mise en œuvre de la mesure.
JAP	Juge d'application des peines. Le JAP intervient au sein des établissements pénitentiaires lors des commissions d'application des peines (réductions de peines, permissions de sortir) et des débats contradictoires ou au sein des tribunaux de l'application des peines (aménagements de peine).
PEP	Parcours d'exécution des peines, dispositif de suivi individualisé mis en place en 2000 dans les établissements pour peine (centres de détention et maisons centrales).
PPR	Programme de prévention de la récidive. Groupes de parole animés par les CPIP et destinés à des groupes de détenus spécifiques en milieu fermé et en milieu ouvert.
Psychologue PEP	Psychologue pénitentiaire chargé de mettre en place et d'animer le parcours d'exécution des peines.
QD / QI	Quartier disciplinaire / quartier d'isolement.

Rétention de sûreté	Procédure visant à permettre le placement dans le centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes, de prisonniers ayant exécuté leur peine mais présentant un risque très élevé de récidive en raison d'un trouble grave de la personnalité. Cette mesure est limitée aux condamnations pour les crimes les plus graves, en particulier les crimes sexuels et doit avoir été expressément prévue dans la décision de condamnation. Le risque de récidive est évalué par les CNE.
SDRE	Soins à la demande d'un représentant de l'État (voir HO).
SMPR	Service médico-psychologique régional. Service hospitalier dédié aux soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires, créé en 1986. Au 1er janvier 2015, 26 SMPR proposent des soins ambulatoires et disposent de 380 places d'hospitalisation de jour.
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation.
TSO	Traitement de substitution aux opiacés.
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires. Service hospitalier dédié aux soins médicaux au sein des établissements pénitentiaires, créé en 1994.
UHSA	Unité d'hospitalisation spécialement aménagée. Service hospitalier dédié aux soins psychiatriques situé au sein d'un établissement de santé dans une structure sécurisée par l'administration pénitentiaire, créé en 2002. Il existe aujourd'hui 9 UHSA qui disposent de 450 lits d'hospitalisation (Lyon, Nancy, Toulouse, Orléans, Paris, Lille, Rennes, Bordeaux, Marseille).
UHSI	Unité d'hospitalisation sécurisée inter-régionale. Service hospitalier situé au sein d'un établissement de santé dans une structure sécurisée par l'Administration pénitentiaire, créé en 2000. Au 1er janvier 2015, il existe 181 lits répartis dans 8 UHSI (Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Paris Pitié-Salpêtrière, Rennes).

ANNEXE 2. DONNÉES DE TERRAIN

Tableau 6 Données de terrain

Durée	Lieu	Opérations de recherche
2010 septembre à mi-novembre	Allemagne, Grünstadt Prison pour hommes	25 journées de terrain - Observations principalement menées aux côtés des chef-fe-s de groupes de l'établissement. - Observation de plusieurs réunions pluridisciplinaires formelles (commissions du plan de détention) et informelles. - 11 entretiens non enregistrés de chef-fe-s de groupe, 3 entretiens avec des sous-directeurs de l'établissement, 6 entretiens enregistrés avec des psychologues employés à divers titres par l'établissement.
2010 Mi-novembre à mi-décembre	Allemagne, Grünstadt Prison pour femmes	17 journées de terrain - Observations principalement menées aux côtés des chef-fe-s de groupe (<i>Gruppenleiter</i>) et des psychologues de l'établissement. - Observation de plusieurs réunions pluridisciplinaires formelles et informelles. - 5 entretiens non enregistrés de chef-fe-s de groupe, 3 entretiens non enregistrés de psychologues, 1 entretien avec le directeur de l'établissement. - 2 entretiens collectifs de femmes détenues.
2011 Mai à août	France, Tourion-Bretin Maison d'arrêt pour hommes et pour femmes Tourion-Centre Centre de détention pour hommes Tourion-Neuville Centre pénitentiaire	40 journées de terrain - Observations principalement menées aux côtés des surveillant-e-s pénitentiaires, mais également des conseiller-e-s pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP). - 3 journées d'observation aux côtés de la psychologue du plan d'exécution des peines (PEP). - Observation de 5 commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), de 2 commissions d'application des peines (CAP), de 2 débats contradictoires et de 2 commissions de discipline. - Réalisation de 18 entretiens de personnes détenues (hommes et femmes).
2011 août à septembre	France, Tourion Service Médico-Psychologique Régional.	24 entretiens semi-directifs Réalisation d'entretiens avec l'équipe soignante : 9 psychologues, 7 infirmier-e-s, 5 éducateurs-trices spécialisés, 3 psychiatres.
2012 novembre	Allemagne, Grünstadt Service psychiatrique (APP) de l'hôpital pénitentiaire (JVK)	5 journées de terrain - Observations menées principalement aux côtés des infirmier-e-s du service. - Entretiens semi-directifs enregistrés avec deux psychiatres et une psychologue. - Observation de différentes réunions du service (réunions de synthèse, réunion thérapeutique, réunion de patients, etc.).
2013 novembre	Lille	2 journées d'observation Observation participante au Congrès National des SMPR, 21 et 22 novembre.
2014 Mars	Tourion Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)	6 journées de terrain - Observations menées principalement aux côtés des infirmier-e-s et des psychiatres. - Observation de trois réunions de synthèse.

Tableau 7 Entretiens complémentaires :

Allemagne	<p style="text-align: center;">Au niveau régional</p> <p>Entretien avec la directrice du bureau du « traitement pénitentiaire » au ministère régional de la Justice.</p> <p>Entretien avec la directrice de l'école régionale de formation des personnels pénitentiaires.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">À Grünstadt</p> <p>2 entretiens non directifs avec un psychologue impliqué dans l'ouverture de l'unité socio-thérapeutique de Grünstadt en 1977.</p> <p>Entretiens avec les psychologues directrices des services d'orientation des personnes détenues et de l'unité socio-thérapeutique de Grünstadt.</p>
France	<p style="text-align: center;">Au niveau national</p> <ul style="list-style-type: none">- Entretien avec un chargé de mission en charge des questions de santé à la direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice.- Entretiens avec deux hauts fonctionnaires de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la sécurité sociale, Ministère de la Santé.- Entretien avec un épidémiologiste en charge de l'enquête sur la santé mentale des personnes détenues en 2004.- Entretiens avec trois chefs de services médico-psychologiques régionaux (SMPR). <hr/> <p style="text-align: center;">À Tourion</p> <ul style="list-style-type: none">- Entretien avec le chargé de mission régional pour la santé des personnes détenues, Agence Régionale de Santé (ARS).- Entretien avec le directeur d'un foyer d'accueil pour sortants de prison (Maison d'accueil du Petit Bois).- Entretien avec le chef de pôle de l'hôpital universitaire en charge (notamment) de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.- Entretiens avec deux juges de l'application des peines intervenant dans les prisons de Tourion.- Entretiens avec trois experts psychiatres inscrits auprès de la Cour d'Appel.

ANNEXE 3. SYSTÈMES PÉNAUX ET PSYCHO-LÉGAUX EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE

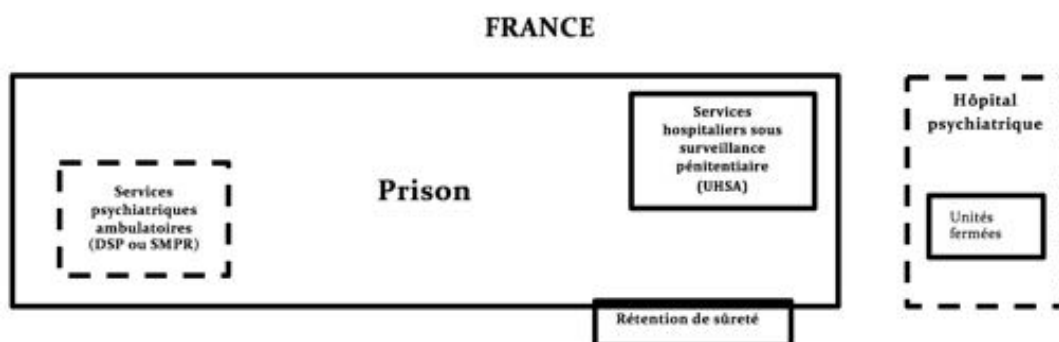


Schéma 1 Représentation stylisée du système pénal et psycho-légal français

Deux idées à retenir sur le système pénal français :

- Les auteurs d'infraction(s) présentant des troubles mentaux peuvent être déclarés « irresponsables pénalement ». Ils sont alors généralement hospitalisés dans les structures fermées des hôpitaux psychiatriques pour des soins sans consentement (SDRE). Il n'existe pas de recueil systématique de données concernant les modalités d'hospitalisation de ces personnes, mais la mesure concerne environ 200 personnes par an.
- Les enquêtes épidémiologiques en milieu carcéral indiquent une proportion importante de personnes présentant des troubles psychiatriques graves en prison. Outre les services psychiatriques ambulatoires autonomes (SMPR) ou inclus dans les services médicaux (DSP), 9 services hospitaliers sous surveillance pénitentiaire (UHSA) ont ouvert au début des années 2010 en milieu carcéral. Les prisons françaises disposent, en 2016, de 380 lits d'hospitalisation de jour et de 450 lits d'hospitalisation à temps complet.

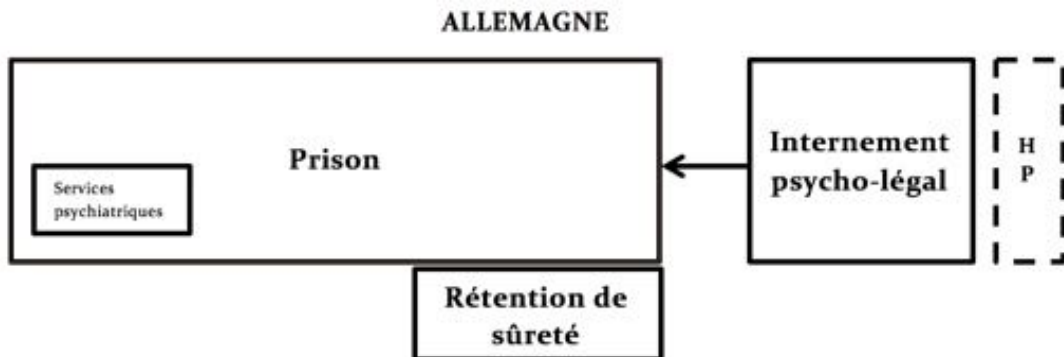


Schéma 2 Représentation stylisée du système pénal et psycho-légal allemand

Trois idées à retenir sur le système pénal allemand :

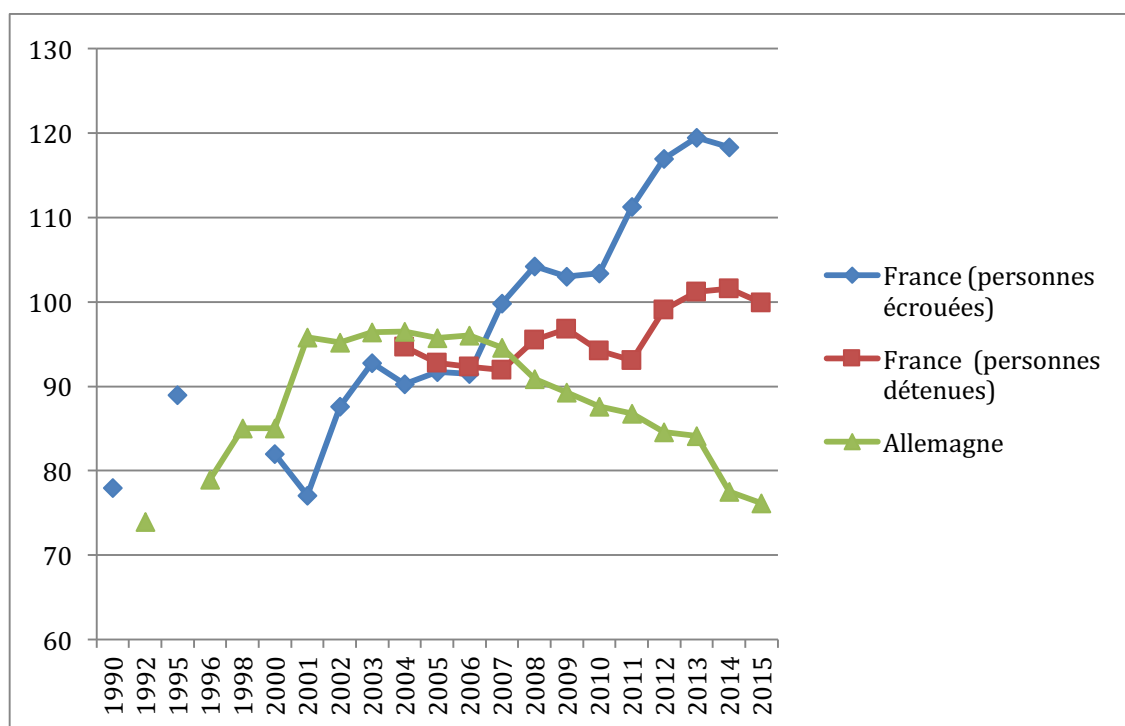
- Il existe une « seconde voie » pénale pour les auteurs d’infraction(s) présentant des troubles mentaux ou un trouble de l’addiction important. Cet internement psycho-légal concerne 10 721 personnes en 2012 (1^{er} janvier) alors qu’il y a 69 268 personnes incarcérées en 2012 (1^{er} septembre)
- Certaines mesures d’internement psycho-légal sont prononcées en supplément d’une peine de prison. Dans ce cas, la mesure précède généralement la peine.
- Les établissements pénitentiaires disposent de moyens très réduits en matière de soins psychiatriques. Il n’existe aucun recensement complet de ces moyens. En plus des 4 services psychiatriques des hôpitaux pénitentiaires, il semble que des contrats soient signés localement entre établissements pénitentiaires et hôpitaux psycho-légaux pour la prise en charge des personnes détenues en situation de crise psychiatrique.

Prisons françaises et allemandes

Tableau 8 Quelques indicateurs relatifs aux établissements pénitentiaires français et allemands.

	Allemagne	France
Population	82 millions d'habitants	65 millions d'habitants
Population carcérale	69268 personnes détenues soit 84,6 pour 100 000 habitants.	76407 personnes détenues soit 117 pour 100 000 habitants.
Pourcentage de femmes détenues	5,7%	3,5%
Pourcentage d'étrangers	27,9%	18,2%
Nombre de suicides	53 soit 7,5 pour 10 000 détenus	100 soit 15,6 pour 10 000 détenus
Nombre de personnes condamnées à une peine de réclusion à perpétuité	1994 personnes (dont 110 femmes) au 31 mars 2013*	475 personnes + environ 1950 personnes condamnées à des peines de 20 à 30 ans au 1 ^{er} janvier 2015**
Coût d'une journée de détention pour une personne détenue	110,7€	96,03€

Données : SPACE I au 1er septembre 2012 pour la France, au 31 mars 2012 pour l'Allemagne), (sauf * : Statistisches Bundesamt, 2014 et ** : Chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2015).



Graphique 2 Évolution des taux de détention pour 100 000 habitants en France et en Allemagne.

Données : Statistiques pénales annuelles du conseil de l'Europe (SPACE I) pour la période 2001 à 2015 ; *Institute for criminal policy research* (ICPR) pour la période 1990-2000 ; Kensey 2010 et chiffres clés de l'administration pénitentiaire 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015 et pour le taux de personnes détenues en France de 2004 à 2015.

Remarques de lecture :

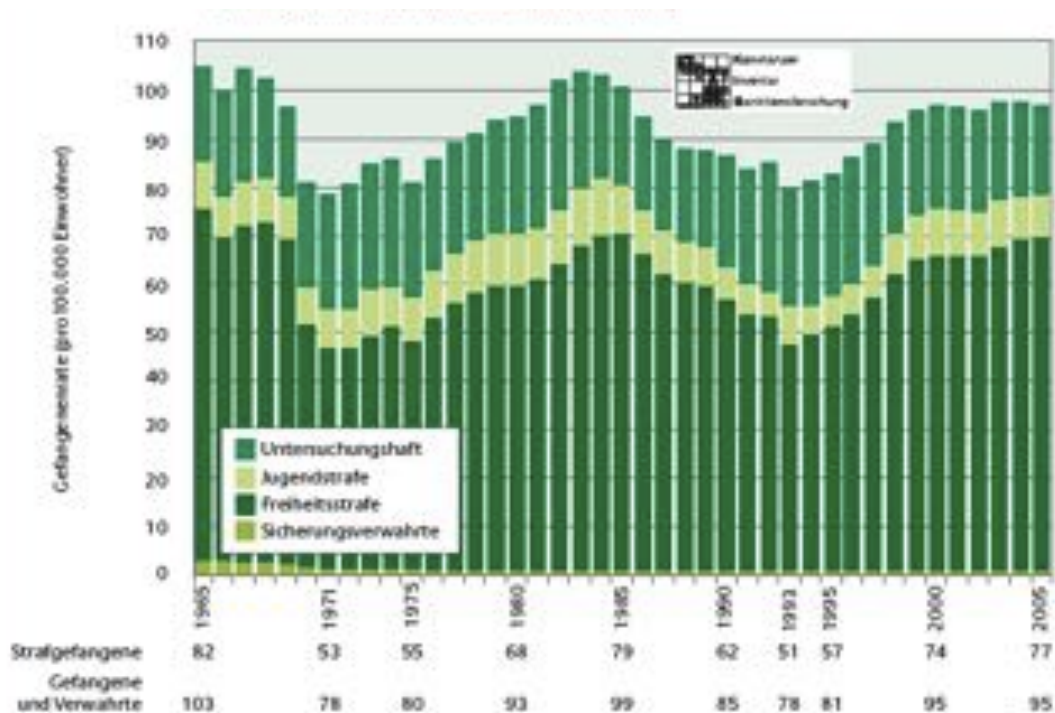
- Pour la France, le taux de détention utilisé par SPACE inclut toutes les personnes écrouées, c'est-à-dire y compris les personnes placées sous surveillance électronique qui ne sont pas « détenues ». Le bureau de la statistique et des études de la direction de l'administration pénitentiaire française distingue depuis 2004 le nombre de personnes écrouées et de personnes détenues. Ainsi selon les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire, il y a 77 291 personnes écrouées au 1^{er} janvier 2015 et 66 270 personnes écrouées détenues.
- L'Allemagne retrouve, à la fin des années 2010, des taux similaires à ceux de la période précédant la réunification allemande. La baisse des taux de détention (variable d'un Land à l'autre) est liée au droit à l'aménagement des courtes peines et au développement des mesures alternatives à l'incarcération (Dünkel, Fritsche, 2005 ; Agoguet, 2013 ; Bauduin, Salle, 2014). Elle est partiellement compensée par une augmentation constante des taux d'internement psycho-légal (voir ci-dessous).

Tableau 9 Population carcérale et taux de détention par Land allemand.

Land	Population carcérale au 30.11.2015	Taux de détention régional pour 100 000 habitants
Bade-Wurtemberg	6254	68
Bavière	11080	87
Basse-Saxe	4807	61
Berlin	3748	106
Brandebourg	1289	53
Bremen	511	77
Hambourg	1580	89
Hesse	4507	74
Mecklenbourg Poméranie Occidentale	1028	65
Rhénanie-du-Nord Westphalie	15266	87
Rhénanie Palatinat	3051	76
Sarre	733	74
Saxe	3475	86
Saxe-Anhalt	1600	73
Schleswig Holstein	1134	40
Thuringe	1664	77

Source : Institute for criminal policy research (ICPR).

Graphique 3 Évolution du taux de détention (et de rétention de sûreté) pour 100 000 habitants pour l'Allemagne de l'Ouest de 1965 à 1992 (en 1992, le taux inclut la ville de Berlin entière) puis pour la République Fédérale Allemande de 1993 à 2005 au 31 mars de chaque année



Source : Second Rapport sur la Sécurité (*Zweiter Sicherheitsbericht*) édité en 2007 par les ministères fédéraux allemands de l'Intérieur et de la Justice.

Graphique 4 Évolution du taux de détention en France de 1831 à 2011



Source : Aubusson de Cavarlay, 2014

Internement psycho-légal allemand et irresponsabilité pénale française

1. Internement psycho-légal allemand

Dans le code pénal allemand contemporain, l'ordonnance d'internement psycho-légal (*Maßregelvollzug*) fait partie des mesures de réhabilitation et de sûreté (*Massregeln der Besserung und Sicherung*), mesures (et non peines) prononcées par la justice, qui sont soit non-privatives de liberté (retrait du permis de conduire, interdiction d'exercer une profession, etc.), soit privatives de liberté (placement dans un hôpital psychiatrique §63, placement dans un centre de désintoxication §64, placement dans un établissement de rétention de sûreté §66 – voir infra).

Tableau 10 Mesures de réhabilitation et de sûreté privatives de liberté

§63	Internement dans un hôpital psychiatrique <i>Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt</i>	> Etablissement géré par le ministère régional de la Santé > Il intervient à la place d'une peine de prison ou en supplément d'une peine de prison (si la responsabilité pénale est amoindrie mais non abolie). > La durée d'internement est illimitée.
§64	Internement dans un centre de désintoxication <i>Unterbringung in einer Entziehungsanstalt</i>	> Etablissement géré par le ministère régional de la Santé > Il intervient généralement en plus d'une peine de prison. > La durée d'internement ne peut, sauf dans certains cas, excéder 2 ans ³⁶ .

Source : Code Pénal allemand (*Strafgesetzbuch, StGB*)

Le terme d'internement psycho-légal (*Maßregelvollzug*) renvoie aux paragraphes 63 et 64 du Code pénal allemand, même si le placement dans un hôpital psychiatrique (§63) et le placement dans un centre de désintoxication (§64) sont ordonnés selon des procédures différentes (voir tableau ci-dessous). Le *Maßregelvollzug* constitue donc une deuxième voie, qui n'est cependant pas exclusive de la première : une ordonnance d'internement et une peine de prison peuvent être simultanément prononcées (Bode, 2004). Si la peine de prison succède généralement à la mesure d'internement, l'ordre d'exécution peut être inversé par le juge (§67).

2. Irresponsabilité pénale française

L'article 122.1 alinéa 1, qui succède à l'article 64 du code pénal de 1810³⁷, définit ainsi l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux : « n'est pas pénalement responsable la personne qui

³⁶ §67d (1) Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen. Die Frist läuft vom Beginn der Unterbringung an. Wird vor einer Freiheitsstrafe eine daneben angeordnete freiheitsentziehende Maßregel vollzogen, so verlängert sich die Höchstfrist um die Dauer der Freiheitsstrafe, soweit die Zeit des Vollzugs der Maßregel auf die Strafe angerechnet wird.

³⁷ Article 64 de la loi 1810-02-13 promulguée le 23 février 1810 : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister »

était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes »³⁸.

L'article 122.1 du code pénal actuel se distingue de l'article 64 du code pénal ancien par deux caractéristiques nouvelles :

- Une distinction est introduite entre, d'une part, l'abolition du discernement (qui conduit à une déclaration d'irresponsabilité pénale) et, d'autre part, l'altération du discernement (qui conduit à une peine). Cette seconde modalité semble avoir conduit les juridictions à considérer les troubles mentaux comme des circonstances aggravantes. Toutefois, depuis 2014, la loi précise que les peines de prison prononcées doivent être réduites du tiers en cas d'altération du discernement³⁹)
- La notion de « non-lieu » (« il n'y a ni crime ni délit ») est remplacée par celle d'« irresponsabilité pénale ». Celle-ci peut être déclarée à différentes étapes de la chaîne pénale (instruction ou jugement), et peut donner lieu à une audience devant la chambre de l'instruction depuis 2008⁴⁰. En outre, les décisions d'irresponsabilité pénale sont désormais inscrites au casier judiciaire.

Les dispositions introduites par le législateur, depuis 1994, tendent ainsi à rapprocher l'irresponsabilité d'une « peine ». Néanmoins un jugement ou une déclaration d'irresponsabilité conduit à l'hospitalisation de la personne concernée pour des « soins à la demande d'un représentant de l'État » (SDRE). La personne n'est donc plus en lien avec le système pénal, même si elle peut être soumise, depuis 2008, une fois sortie de l'hôpital, à des mesures de sûreté (interdiction d'entrer en relation avec la victime ou certaines catégories de personnes, de paraître dans tout lieu spécialement désigné, d'exercer une activité professionnelle spécialement désignée, etc.).

3. Comparaison des modalités d'internement psychiatrique en France et en Allemagne

Tableau II à la page suivante.

³⁸ Loi n°92-683 du 22 juillet 1992, qui définit un nouveau code pénal qui entrera en vigueur le 1^{er} mars 1994 pour remplacer le code pénal de 1810.

³⁹ Loi n°2014-896 du 15 août 2014, article 17. Il n'existe cependant à ce jour aucune enquête empirique pour évaluer l'impact de cette modification sur les pratiques judiciaires.

⁴⁰ Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Tableau II Comparaison des modalités d'internement psychiatrique en France et en Allemagne

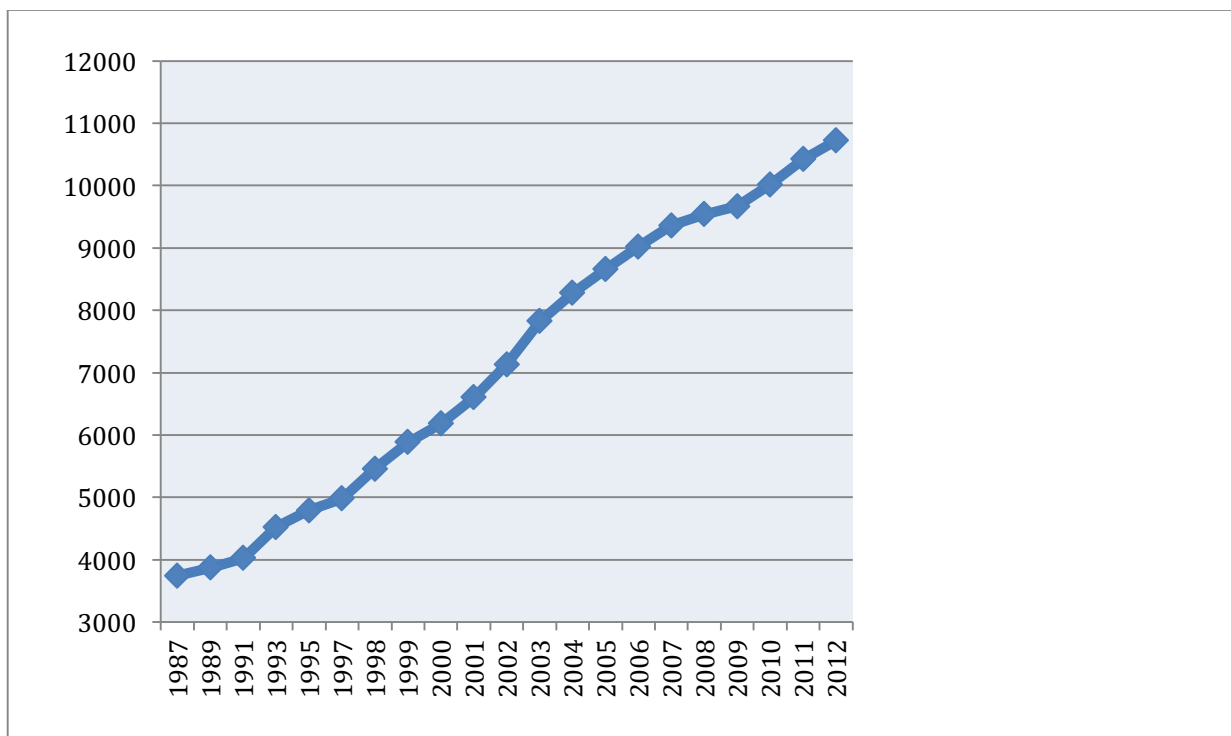
	§63 Internement dans un hôpital psychiatrique	§64 Internement dans un centre de désintoxication	Article 122.1 alinéa 1 Irresponsabilité pénale pour raison de trouble mental
Actes commis	Délit ou crime	Délit ou crime	Délit ou crime
Lien entre infraction et trouble	L'infraction doit être symptomatique d'un trouble mental de longue durée (qui doit être établi par expertise)	L'infraction doit être symptomatique d'une « tendance à l'excès » (qui doit être établie par expertise)	L'infraction doit avoir été commise en état d'abolition du discernement en raison d'un trouble mental
Responsabilité pénale	La responsabilité pénale doit être fortement amoindrie (§21 StGB - <i>verminderte Schuldfähigkeit</i>) ou supprimée (§20 - <i>Aufhebung der Schuldfähigkeit</i>)	La responsabilité pénale peut être entière, amoindrie ou supprimée.	Décision d'irresponsabilité pénale
Risque de récidive	Le risque doit être élevé et les délits/crimes attendus doivent être graves.	Le risque doit être élevé et les délits/crimes attendus doivent être graves.	La dangerosité entre en considération au moment de choisir le type de soins psychiatriques (ambulatoires, unité fermée, unité pour malades difficiles, etc.)
Perspectives de succès pour le traitement	Pas prises officiellement en considération au moment du placement	Les perspectives de succès doivent être suffisamment concrètes	Pas prises officiellement en considération au moment de la décision
Durée de l'internement	Indéterminée au moment de l'ordonnance	2 ans maximum (sauf si une peine de prison complémentaire a été prononcée. La mesure peut alors être reconduite)	La durée de l'hospitalisation est indéterminée
Contrôle judiciaire	Tous les ans, par le tribunal de l'application des peines (<i>Strafvollstreckungs- kammer</i>)	Tous les six mois par le tribunal de l'application des peines	Tous les six mois par le juge des libertés et de la détention
Sortie	Décidée par le tribunal de l'application des peines sur la base d'une expertise psychiatrique extérieure à l'établissement qui établit l'absence de risque de récidive. La personne peut alors être placée sous suivi socio- judiciaire.	Automatique à la fin de la mesure – la personne peut alors être placée en suivi socio-judiciaire (<i>Führungsaufsicht</i>)	Décidée par le préfet (arrêté de mainlevée d'hospitalisation) après avis favorable d'un psychiatre ou de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Des mesures de sûreté peuvent alors s'appliquer.

Source : Synthèse tirée de Konrad, 2001 pour l'Allemagne, Code pénal pour la France

4. Nombre de personnes concernées

ALLEMAGNE

Graphique 5 : Nombre de personnes internées selon les paragraphes §63 et §64 du code pénal de 1987 à 2012, chiffres au 1er janvier de chaque année



Source : Statistisches Bundesamt, 2014

FRANCE

Tableau 12 Statistiques relatives à l'irresponsabilité pénale en France

	Mis en examen (dans des affaires terminées)	Article 64 puis 122.1 al.1	% article 122.1/ mis en examen
1989	76485	611	0,80
1990	73649	424	0,58
1991	72412	372	0,51
1992	68481	493	0,72
1993	60067	370	0,62
1994	68353	350	0,51
1995	63942	295	0,46
1996	71143	309	0,43
1997	68593	190	0,28
1998	65860	211	0,32
1999	63129	286	0,45
2000	57826	287	0,50
2001	51420	299	0,58
2002	47655	285	0,69
2003	47370	233	0,49
2004	50076	203	0,41
2005	51411	212	0,41
2006	49167	196	0,40
2007	44918	187	0,42
2008	42879	159	0,37
2009	40183	99	0,25
2010	36349	140	0,39

Source : Rapport du Sénat (2010) et annuaire statistique de la justice, Ministère de la Justice.

La comparaison est difficile, car les statistiques nationales ne calculent pas de la même façon le nombre de personnes concernées :

- Pour l'Allemagne, nous disposons des données en stock, c'est-à-dire du nombre de personnes présentes dans un hôpital psycho-légal à une date donnée. En 2012, il y avait 10 721 personnes internées en Allemagne (dont 762 femmes), soit 15,5% des personnes enfermées (peines et mesures). La population internée se répartissait ainsi :
 - §63 (internement psychiatrique) : 6687 personnes (dont 504 femmes⁴¹)
 - §64 (centre de désintoxication) : 3524 personnes (dont 195 femmes)
- Pour la France, il n'existe aucun recensement du nombre de personnes concernées par l'article 122.1 al.1 et hospitalisées à un moment T donné. Nous ne connaissons pas non plus la durée moyenne d'hospitalisation en cas de décision d'irresponsabilité pénale. Les seules données

⁴¹ Auxquelles s'ajoutent 510 personnes (dont 63 femmes) internées en psychiatrie au cours du procès en vertu du §126a du *Strafprozessordnung* (StPO).

quantitatives disponibles sont le nombre d'affaires se terminant sur une décision d'irresponsabilité pénale. L'irresponsabilité pénale concerne un nombre d'affaires très réduit (autour de 200) et en baisse régulière depuis les années 1980 (voir Protais, 2012).

5. Rétenion de sûreté en France et en Allemagne

La rétenion de sûreté allemande fait partie des « mesures de réhabilitation et de sûreté » mises en place le 24 novembre 1933, dans la continuité des discussions législatives de la République de Weimar autour de la défense sociale. La rétenion de sûreté française a été mise en place le 25 février 2008 dans un contexte législatif marqué par une tendance à la sévérité pénale, elle s'inscrit dans la continuité des réflexions autour de la récidive et de la dangerosité, tout particulièrement des auteurs d'agressions sexuelles.

<p>A L L E M A G N E</p>	<p>Rétenion de sûreté <i>Sicherungsverwahrung</i> §66 StGB</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Elle concerne des personnes condamnées à une peine d'au moins deux ans en récidive pour certaines infractions (contre la vie, l'intégrité corporelle ou sexuelle, la liberté personnelle d'autrui) et qui présente une certaine dangerosité pour la société. > Elle se déroule dans un établissement <i>ad hoc</i> ou quartier spécifique d'un établissement pénitentiaire, la rétenion de sûreté est gérée par le ministère régional de la Justice. <ul style="list-style-type: none"> > Elle intervient à l'issue d'une peine de prison, elle peut être ordonnée ou réservée au moment du procès (dans le second cas, possible depuis 1998, la décision de placement est prise à la fin de la peine de prison) ou encore décidée <i>a posteriori</i>, au moment de la fin de la peine. > La durée d'internement est illimitée depuis 2004, sauf pour les personnes jugées avant 2004, pour lesquelles la durée est limitée à 10 ans. > Au 31 mars 2013, on compte 491 hommes et 3 femmes en rétenion de sûreté.
<p>F R A N C E</p>	<p>Rétenion de sûreté</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Elle concerne des personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle de 15 ans ou plus pour certains crimes (assassinat, meurtre, torture, actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration), aggravés ou en récidive si la victime est majeure. > Elle se déroule dans un établissement <i>ad hoc</i>, le centre socio-médico-judiciaire de sûreté de Fresnes. > Elle intervient à l'issue d'une peine de prison, mais doit avoir été expressément prévue dans la décision de condamnation de la Cour d'assises. > La durée d'internement est d'un an et peut être reconduite de façon illimitée. <ul style="list-style-type: none"> > En raison de sa cible (des personnes condamnées à des peines égales ou supérieures à 15 ans), elle ne concerne pour l'instant que quelques rares personnes qui ont contrevenu aux exigences de la surveillance de sûreté.

ANNEXE 4. CHRONOLOGIE SÉLECTIVE COMPARÉE

Date	France	Allemagne
1810	Code pénal, article 64 : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister »	
1838	Loi sur les aliénés, article 24 : « dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison »	
1851		Code pénal prussien (étendu à l'Allemagne au moment de l'unification allemande en 1871) qui prévoit une modalité de « non-lieu psychiatrique »
1877	Création de la société générale des prisons	
1882		Programme de Marburg de Franz von Liszt qui distingue la réhabilitation, la neutralisation et la dissuasion
1885	Congrès d'anthropologie criminelle à Rome, puis à Paris (1889) puis à Bruxelles (1892)	
1905	Circulaire Chaumié : circonstances atténuantes lorsqu'une « anomalie psychique liée à la commission de l'infraction est constatée »	
1910	Création de la première Unité pour malades difficiles à Villejuif	
1933		Loi contre les « criminels d'habitude » dangereux et sur les mesures de sûreté et de réhabilitation Création de l'internement psycho-légal et de la rétention de sûreté
1936	Création des « services d'examen psychiatrique » de Fresnes, La Santé et la Petite Roquette et expérimentation des premières annexes psychiatriques (depuis les années 1920)	
1950	Création du Centre National d'Observation à Fresnes et de la Maison Centrale sanitaire de Château-Thierry	
1958	Code de procédure pénale Création des « services psychiatriques en milieu carcéral » et introduction de la possibilité d'hospitaliser d'office les détenus dont l'état est incompatible avec l'incarcération	
1960	Création du secteur de psychiatrie	
1973	Premières règles pénitentiaires européennes	
1975		Enquête fédérale sur l'état de la psychiatrie et réforme de l'organisation des soins en psychiatrie
1971		Ouverture des premières unités socio-thérapeutiques (Hambourg-Bergedorf, Berlin-Tegel, etc.)
1977		Loi pénitentiaire fédérale
1986	Création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR)	
1987	Règles pénitentiaires européennes	

1994	<p>Réforme du code pénal français Article 122.1 (abolition vs. altération du discernement) Instauration de la perpétuité dite « réelle »</p> <p>Loi relative à la santé publique et à la protection sociale. La mise en œuvre des soins médicaux est transférée au ministère de la Santé et les personnes détenues rattachées à la sécurité sociale</p>	
1998	<p>Loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs Création de l'injonction de soins</p>	<p>Loi de lutte contre les délits sexuels et les autres infractions dangereuses Obligation de soins pour les auteurs d'agressions sexuelles dans les unités socio-thérapeutiques</p>
2002	Loi d'orientation et de programmation de la justice : création des UHSA	
2004		Loi introduisant la rétention de sûreté prononcée à l'issue de la peine de prison
2005	Loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales	
2006	Règles pénitentiaires européennes	
2007		Loi visant la sécurisation de l'internement dans les hôpitaux psycho-légaux
2008	Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental	
2009	Loi relative au plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie Loi pénitentiaire	
2009		Arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme condamnant la « prolongation rétroactive de la détention de sûreté pour une durée illimitée »
2010	Règles européennes relatives à la probation	
2010	Ouverture de la première UHSA à Lyon (puis de la première tranche portant à 9 le nombre d'unités)	
2016		Projet de loi sur l'internement psychiatrique visant à réduire les durées d'internement lorsqu'une peine de prison a été prononcée en supplément de la mesure.

ANNEXE 5. MESURER LES TROUBLES MENTAUX EN PRISON : LES INCERTITUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

En France comme en Allemagne, quelques travaux épidémiologiques tentent d'évaluer la fréquence et la gravité des états pathologiques dans les prisons, comme le font différentes études internationales depuis le début des années 1990⁴². La grande variabilité des résultats témoigne des difficultés méthodologiques liées à la mesure de la prévalence des troubles mentaux. Mais cette variabilité résulte également d'une ambiguïté relative à la définition même de ce qui est mesuré : si certaines enquêtes proposent une définition restrictive des troubles mentaux en ne mesurant que les pathologies couramment traitées par la psychiatrie, d'autres incluent au contraire des troubles de la personnalité et du comportement en voie de médicalisation. Ces choix témoignent de la dimension politique de ces enquêtes épidémiologiques, qui contribuent à la construction du problème social des troubles mentaux en prison.

En France : les troubles mentaux, problème criminologique ou médical ?

En France, les enquêtes épidémiologiques s'appuient généralement sur une définition très limitative des « troubles mentaux » : sont mesurés les troubles psychiatriques susceptibles d'être pris en charge par les équipes médicales. Néanmoins, on observe un intérêt marginal pour certains troubles de la personnalité et du comportement, qui traduit la progressive médicalisation de ces problèmes.

Jusqu'au milieu des années 2000, on suppose plus qu'on ne mesure l'ampleur des « troubles mentaux » en milieu carcéral. En effet, les données sont rares ou peu représentatives : ainsi, le rapport Pradier cite l'estimation d'un médecin de la centrale de Lannemezan qui considère que sur 150 personnes détenues, 10 sont « malades délirants chroniques sévères ». De son côté, le rapport du Sénat (Hyst, Cabanel, 2000) estime à 30% la proportion de personnes présentant des troubles mentaux, tandis que le rapport de l'Assemblée Nationale (Mermaz, Floch, 2000) reprend le taux de 40%, estimation des chefs de SMPR auditionnés. Les statistiques avancées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales sont moins importantes mais tout aussi imprécises. Sans citer de sources précises, le rapport de 2001 explique : « en 1997, on pouvait évaluer le pourcentage des entrants en prison souffrant de troubles mentaux entre 14% et 25% chez les hommes et jusqu'à 30% chez les femmes. Selon la majorité des personnes interrogées par la mission, cette proportion et la gravité des troubles psychiatriques se seraient aggravées depuis. » Deux enquêtes sont menées en 1997 et 2001 par la Direction de la Recherche, des Études, des Evaluations et des Statistiques : la première

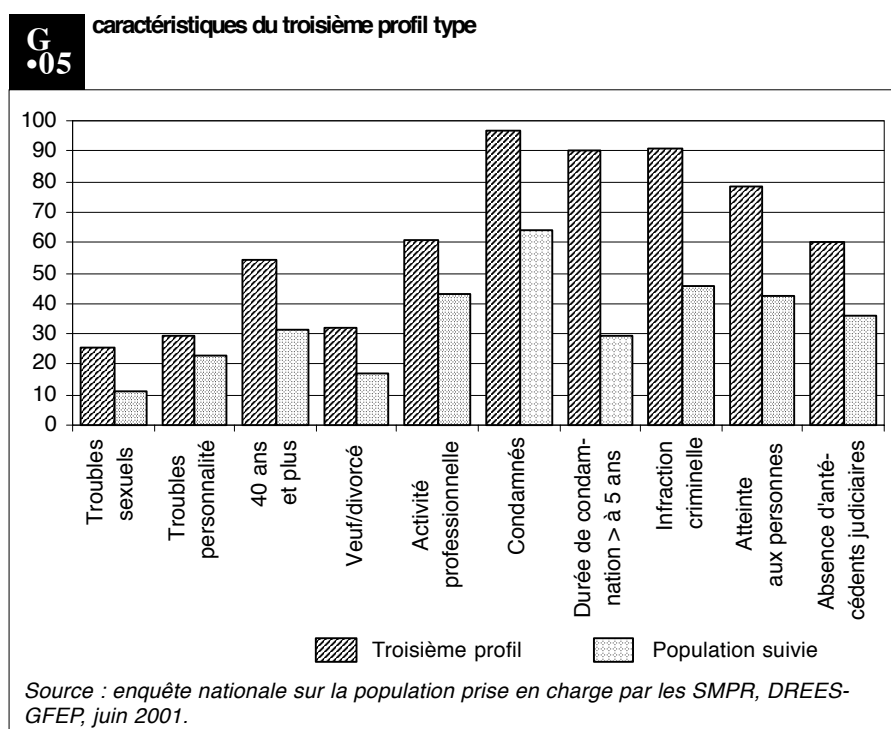
⁴² La littérature internationale montre des prévalences psychiatriques élevées dans les prisons américaines et canadiennes (cf. Bland et al., 1990 ; Teplin, 1990 ; Teplin et al., 1996 ; Ditton, 1999), mais également dans les prisons anglaises, dans lesquelles une enquête nationale est conduite à la fin des années 1990 (Singleton, 1997), au Danemark (Andersen, 2000), en Nouvelle-Zélande (Brinded, 2001) ou encore dans les pays d'Amérique Latine (Mundt, 2015). Deux méta-analyses, synthétisant diverses enquêtes menées en Europe (Blauuw, 2002) et dans les pays occidentaux (Fazel, Danesh, 2002) confirment le phénomène, tandis que l'enquête « Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, programmes and outcomes », commandée par la commission européenne (Salize et al. 2007) renforce encore ce sentiment.

(Mouquet, Dumont, Bonnevie, 1999) s'appuie sur un échantillon d'environ 8700 entrants auxquels est soumis un questionnaire type sur leur état de santé en 1997, la seconde s'appuie sur les informations délivrées par les 26 SMPR participant à l'enquête épidémiologique, à partir des patients vus au cours du mois de juin 2001 (Coldefy, Faure, Prieto, 2002). En 1997, lors des visites d'entrée, près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par médicament psychotrope (le plus souvent anxiolytique ou hypnotique), 13% des femmes et 8,6% des hommes disent avoir suivi une hospitalisation psychiatrique dans les douze mois précédant l'incarcération ; les médecins prescrivent à environ 10% des entrants une consultation spécialisée en psychiatrie (DREES, 1999). En 2001, selon les estimations des SMPR, 55% des entrants présenteraient un trouble mental de gravité plus ou moins élevée allant de l'anxiété ou de la dépression passagère à des troubles addictifs (toxicomanie, alcoolisme) ou à des psychoses plus sévères (voir graphique ci-dessous) ; 1 personne sur 5 aurait déjà été suivie par les secteurs de psychiatrie, tandis qu'un suivi serait préconisé pour environ la moitié des entrants.

De 14% à 55%, les estimations portant sur la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux varient fortement. Ces variations sont sans doute dues pour partie à la faible représentativité des échantillons, mais elles s'expliquent également par la forte labilité de la définition des « troubles mentaux ». Ainsi, l'enquête de la DREES en 2002 croise troubles psychiatriques, du comportement et de la personnalité et dresse une typologie qui prend également en considération des données pénales et sociales. Sont ainsi mis en évidence quatre groupes problématiques en prison :

- « des détenus souffrant de troubles névrotiques ou de troubles de l'humeur, incarcérés pour la première fois »
- « des détenus souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, condamnés pour infractions correctionnelles et atteinte aux biens »
- des personnes « souffrant principalement de troubles sexuels et de la personnalité, condamnées à de longues peines » (voir graphique)
- des personnes « souffrant de troubles émotionnels et comportementaux apparus durant l'enfance, et souvent condamnées à de courtes peines »

Tableau B3 Caractéristiques du troisième profil type



L'enquête commandée en 2003 conjointement par le ministère de la Santé et de la Justice vise à établir une bonne fois pour toutes des statistiques représentatives de la population pénale pour pouvoir dresser un tableau fidèle de la réalité carcérale. Or l'« enquête de prévalence », qui évalue dans une perspective⁴³ épidémiologique la santé mentale des personnes incarcérées, met en évidence des proportions très élevées, qui confirment les estimations les plus catastrophistes du début de la décennie.

Cette enquête sans précédent⁴⁴ se situe dans une perspective de santé publique : le problème à quantifier est celui du nombre de personnes « souffrant de troubles mentaux ». Le peu d'intérêt accordé aux troubles de la personnalité et du comportement est révélateur de cette démarche. Les quelques résultats disponibles ne sont donc presque pas commentés et on ne trouve par exemple aucune mention au sujet de la psychopathie (ou plus exactement « trouble de la personnalité

⁴³ Dans les deux autres volets de l'enquête (« primo-incarcérés » et « longues peines »), l'accent est volontairement mis sur les effets à court-terme et à long-terme de l'incarcération sur la santé mentale. En réalité, l'enquête « primo-incarcérés » n'a pas été menée dans les conditions souhaitées selon l'épidémiologiste rencontré en octobre 2011, car le suivi longitudinal de personnes incarcérées était difficile du fait des changements d'établissement et/ou aménagements de peine. Les résultats de l'enquête « longue peine », réalisée par la psychiatre américaine Suzanne Yang, ont été publiés dans la revue *International Journal of Law and Psychiatry* en 2009.

⁴⁴ L'enquête commandée dispose d'un budget important (environ 50% du budget annuel de la direction générale de la santé selon l'un des épidémiologistes en charge de l'enquête) qui lui permet de constituer un comité de pilotage et un comité scientifique constitué de psychiatres exerçant en prison, d'établir des échantillons représentatifs et d'enquêter sur trois volets complémentaires (une enquête de prévalence sur 1000 personnes détenues issues de 23 établissements pénitentiaires, une enquête longitudinale « primo-arrivants » sur 300 « primo-incarcérés », une enquête qualitative sur les « longues peines », concernant 100 personnes condamnées à des peines de 5 à 10 ans et tirées au sort). Les entretiens cliniques sont réalisés par des binômes senior/junior (psychiatre et/ou psychologue) formés au DSM-IV et à l'outil d'interview clinique MINI (outil d'interview qui génère des diagnostics de type DSM-IV). À l'entretien structuré est ajouté un entretien libre avec le patient. Pour gommer l'effet enquêteur, les diagnostics sont établis d'abord par chacun des enquêteurs, puis en commun après discussion.

antisociale ou dyssociale », car la psychopathie ne fait pas partie des troubles listés par le DSM-IV sur lequel s'appuie cette enquête de prévalence) ou des paraphilies, pourtant au centre de l'attention publique depuis plusieurs années. Par ailleurs, l'enquête ne raisonne jamais avec les catégories de l'institution carcérale et ignore les motifs et modalités d'incarcération des personnes rencontrées. Dans une perspective épidémiologique, l'enquête dresse donc des personnes détenues un portrait exclusivement psychiatrique qui confirme la construction sanitaire du problème des troubles mentaux en prison jusque là prédominante. Ce choix conforte sans aucun doute la perspective « sanitaire » du début des années 2000. L'enquête participe ainsi à la problématisation alors dominante : elle confirme l'idée que la prévalence des troubles psychiatriques est très élevée, et que les prisons sont remplies de personnes malades, voire très malades.

Dans un article synthétique qui reprend l'analyse des « troubles psychiatriques » (Falissard *et al.*, 2006), on peut lire qu'entre 27,4% et 35,9% des personnes détenues présentent au moins un trouble psychiatrique grave⁴⁵. Les auteurs identifient chez 3,8% à 6,2% des personnes une schizophrénie et chez 17,9% à 24% un trouble dépressif majeur. 16% des personnes ont déjà été hospitalisées pour des raisons psychiatriques et 28% rapportent avoir subi des mauvais traitements pendant leur enfance. Les auteurs indiquent avoir orienté 22% des personnes détenues interviewées vers les services psychiatriques de la prison. Au final, selon cette enquête de prévalence, seules 13,3% des personnes détenues ne présentent aucun trouble psychiatrique (« not ill at all » selon l'échelle de gravité) et 16,2% sont « à la limite du trouble mental » (« borderline mentally ill ») : en somme, si environ 70% des personnes détenues présentent au moins un trouble mental, environ une personne sur trois présente un trouble estimé *grave* par les deux cliniciens. L'enquête de prévalence contribue donc à nourrir l'idée que le problème des troubles mentaux en prison serait un problème de santé publique avant tout. Elle contribue à expliquer pourquoi la solution institutionnelle retenue pour résoudre ce problème est dès lors d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire en France.

⁴⁵ L'enquête présente l'intérêt de s'appuyer sur une échelle de gravité « Clinical Global Impression severity scale » qui permet de situer le niveau de gravité du trouble sur une échelle de 1 à 7. Un trouble psychiatrique est jugé « grave » lorsque l'état mental de la personne est coté 5 (« makedly ill »), 6 (« severely ill ») ou 7 (« among the most extremely ill patients »).

Tableau 14 Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral

	Enquête transversale
	N = 799
Troubles de l'humeur	
Syndrome dépressif	39.2% [29.8% - 48.5%]
Dépression endogène - Mélancolie	7.0% [3.2% - 10.9%]
Etat dépressif chronique	8.0% [4.7% - 11.3%]
Manie/hypomanie	7.3% [4.4% - 10.1%]
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	2.0% [1.1% - 2.9%]
Troubles anxieux	
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7.9% [5.0% - 10.8%]
Agoraphobie	16.6% [11.3% - 22.0%]
Phobie sociale	15.4% [9.5% - 21.2%]
Névrose obsessionnelle	8.8% [5.0% - 12.5%]
Névrose traumatique	21.5% [11.3% - 31.8%]
Anxiété généralisée	31.2% [23.6% - 38.7%]
Dépendance aux substances	
Abus / dépendance à l'alcool	18.4% [12.0% - 24.8%]
Abus / dépendance aux substances	26.5% [19.0% - 34.1%]
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	23.9% [13.2% - 34.6%]
Schizophrénie	8.0% [4.1% - 11.9%]
Bouffée délirante aiguë	0.1% [0.0% - 3.8%]
Schizophrénie dysthymique	2.6% [0.7% - 4.5%]
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	8.0% [4.0% - 12.0%]

Source (Falissard et al., 2004)

(Prévalence et intervalle de confiance des troubles psychiatriques actuels selon le consensus du binôme d'enquêteurs, après prise en compte de l'effet établissement – hommes hors DOM)

Tableau 15 prévalence des principaux diagnostics psychiatriques en fonction de l'échelle de gravité CGI

	Catégorisation sur l'échelle de gravité CGI		
	Manifestement malade	Gravement malade	Parmi les patients les plus malades
Syndrome dépressif	39,3%	22,8%	8,5%
Manie/hypomanie	7,3%	4,5%	1,8%
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7,9%	4,8%	2,1%
Agoraphobie	16,6%	9,8%	4%
Névrose traumatique	21,6%	13,9%	5,4%
Anxiété généralisée	31,1%	16,2%	5,8%
Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	18,5%	9,5%	3,8%
Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	26,7%	12,6%	4,8%
Schizophrénie	8%	6,7%	3,8%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	8%	5,4%	1,6%

Source (Falissard et al., 2004)

En Allemagne : les discrètes enquêtes épidémiologiques de quelques entrepreneurs de cause

En Allemagne, une poignée d'articles se penchent sur la question des troubles mentaux en prison. Il s'agit exclusivement d'articles rédigés par des psychiatres, pour la plupart à partir d'études épidémiologiques de petite envergure. Ces études résultent généralement d'initiatives locales et portent sur des échantillons réduits, constitués souvent par les patients suivis par une équipe psychiatrique (Missoni *et al.*, 2003 ; Konrad *et al.*, 2003 ; Witzel, 2004 ; Von Schönfeld *et al.*, 2006 ; Dudeck, 2009). Comme le regrettent systématiquement les articles consacrés à la santé mentale en milieu carcéral, les données restent donc incertaines pour l'Allemagne : « *in Germany, there is a lack of methodologically sound studies on the prevalence of mental disorders in prison which examine a large, representative sample of a prison population with standardized diagnostic instruments and provide a diagnosis oriented on international classification systems. Due to this research deficit, current data which would enable appropriate treatment planning with regard to the needs of mentally disturbed prisoners are not available.* » (Konrad, Lau, 2010). Les articles de synthèse (Nedopil, 2002 ; Foerster, 2005 ; Konrad, Lau, 2010) commencent généralement par une revue de la littérature psychiatrique internationale qui se conclut par cette question : si tous nos voisins sont confrontés à un même problème épidémiologique, pourquoi y échapperions-nous ?

Que disent les rares enquêtes psychiatriques allemandes ? Celle de 2006 (Von Schönfeld, 2006), qui s'appuie sur un échantillon de 63 femmes et de 76 hommes détenus, indique qu'un

trouble mental (au sens de l'axe 1 du DSM IV⁴⁶) aurait été identifié chez 83,5% des personnes rencontrées, très souvent corrélé à un trouble addictif et que 53,2% présenteraient un trouble de la personnalité (axe 2 du DSM IV). 7,9% des personnes détenues rencontrées souffriraient d'un trouble psychotique ; 23,8% des femmes et 11,8% des hommes présenteraient un trouble affectif ; 39,7% des femmes et 17,1% des hommes présenteraient des troubles anxieux, notamment sous la forme de troubles post-traumatiques. Les enquêteurs estiment que 83% des personnes auraient besoin d'une prise en charge psychiatrique, qui devrait être à plein temps (stationnaire) pour 58% des personnes rencontrées. Une étude portant sur un échantillon de personnes condamnées pour non-paiement de leurs amendes et sur des personnes prévenues (incarcérées en maison d'arrêt - *Untersuchungshaft*) donne pour ces personnes une proportion très élevée (10% et 6%) de troubles psychotiques :

Tableau I6 Troubles psychiatriques chez des personnes détenues allemandes condamnées à des peines de jours-amende et en détention provisoire

Prisoners not paying their fine		Remand Prisoners	
Alcohol Use Disorder	77 %	Alcohol Use Disorder	43 %
Nicotine Dependence	64 %	(Recurrent) depressive Episode(s)	40 %
Substance Use Dependence (without Alcohol)	20 %	Substance Use Dependence (without Alcohol)	14 %
Specific Phobia	39 %	Nicotine Dependence	36 %
Dysthymic Disorder	21 %	Specific Phobia	14 %
(Recurrent) depressive Episode(s)	20 %	Dysthymic Disorder	6 %
Psychotic Disorders	10 %	Psychotic Disorders	6 %

Extrait de Konrad *et al.* 2013, p.181-192.

Si elles ne sont pas représentatives pour l'ensemble de la population, masculine et féminine, incarcérée en Allemagne, ces quelques enquêtes traduisent cependant une certaine préoccupation parmi les psychiatres exerçant en milieu carcéral. Or les établissements pénitentiaires disposent de très peu de moyens proprement psychiatriques pour prendre en charge ces personnes malades. La principale récrimination de l'ensemble des articles autour des troubles mentaux en milieu carcéral porte donc sur l'insuffisance des moyens alloués à la psychiatrie en milieu carcéral. L'étude conduite en Rhénanie du Nord - Westphalie (Witzel *et al.* 2004) conclut par exemple que dans la région, mis à part les cas de décompensation psychiatrique très graves, les maladies mentales chroniques pourtant très fréquentes ne peuvent ni être repérées, ni être prises en charge de façon convenable. Klaus Foerster (2005, p.154) considère les malades mentaux en milieu carcéral comme un sous-

⁴⁶ Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM) réalisé par l'Association Américaine de Psychiatrie, est l'une des classifications les plus souvent utilisées dans les recherches en épidémiologie psychiatrique (en concurrence avec la CIM-10, classification internationale des maladies, de l'Organisation Mondiale de la Santé). Le DSM-IV (révisé en 2000) comprend cinq axes, dont un axe 1 qui comprend les « troubles majeurs cliniques » et un axe 2 qui rassemble les « troubles de la personnalité et le retard mental ».

groupe oublié de la psychiatrie⁴⁷. Certains articles se contentent d'ailleurs de faire un rapide état des lieux de ces moyens pour prouver que le principe de l'équivalence des soins entre prison et extérieur, est loin d'être atteint en Allemagne (cf. Keppler *et al.* 2010). Ce principe, présent dans les conventions internationales depuis les règles minima pour le traitement des détenus, édictées par l'Organisation des Nations Unies en 1955 et repris dans plusieurs textes internationaux, exige que l'offre de soins aux personnes soit de qualité égale à celle proposée aux personnes libres⁴⁸ et précise parfois que cette offre de soins doit être reliée au système de prise en charge général⁴⁹.

Cet état des lieux n'est cependant jamais complet, ce qui révèle à quel point le système de prise en charge psychiatrique en milieu carcéral est une affaire d'initiés : les conditions de prise en charge psychiatrique varient fortement d'un Land à l'autre et la dernière recension date de 1997 (Missoni, Rex, 1997). Actuellement, sept Länder (dont un seul « nouveau Land », celui de la Saxe)⁵⁰ disposent d'un hôpital pénitentiaire comprenant un service de psychiatrie de taille souvent relativement modeste (12 lits à Linden, 40 à Berlin, 96 à Hohenasperg pour des populations pénitentiaires respectives de 4457, 3641 et 9198 personnes au 31 mars 2003). Dans les autres Länder, la prise en charge psychiatrique est réalisée par des intervenants extérieurs ou par des institutions extérieures, c'est-à-dire, le plus souvent, par les services de *Maßregelvollzug* liés par contrat avec les établissements pénitentiaires alentour. Deux Länder (Mecklenbourg - Poméranie Occidentale et le Brandebourg) auraient développé des services sécurisés pour les personnes détenues présentant des troubles mentaux dans deux hôpitaux publics (Keppler *et al.* 2010). En somme, les moyens sont réduits, confidentiels, et la prise en charge psychiatrique semble relever souvent de l'exception. Peut-être cette situation de pénurie explique-t-elle paradoxalement le faible retentissement des alertes lancées par les quelques psychiatres exerçant en milieu carcéral : c'est en tout cas l'avis des psychiatres rencontrés dans l'unité psychiatrique de Grünstadt, qui estiment occuper une position très marginale au sein du champ psychiatrique et n'être de ce fait pas soutenus dans leur démarche par la psychiatrie générale⁵¹. Certains psychiatres se demandent d'ailleurs si la psychiatrie publique

⁴⁷ Psychisch Kranke im Strafvollzug - eine vergessene Gruppe.

⁴⁸ Voir par exemple la résolution 37/194 de 1982 des Nations Unies 1982 : « health personnel, particularly physicians, charged with the medical care of prisoners and detainees, have a duty to provide them with protection of their physical and mental health and treatment of disease of the same quality and standard as is afforded to those who are not imprisoned or detained ».

⁴⁹ Voir par exemple les Règles Pénitentiaires Européennes dans leur version révisée de 2006 : règle 40.1 « Les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'État ». Règle 40.2 « La politique sanitaire dans les prisons doit être intégrée à la politique nationale de santé publique et compatible avec cette dernière ». Règle 40.3 « Les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique ».

⁵⁰ Justizvollzugskrankenhäuser. Étonnamment, il a été très difficile de réunir ces quelques données imprécises : même les psychiatres exerçant dans le service psychiatrique pénitentiaire de Grünstadt ne savaient pas où trouver ces informations. Cette méconnaissance de la réalité des autres Länder nous renseigne sur le caractère fortement insulaire de chacun des Länder allemands. On trouve donc un « hôpital pénitentiaire » dans ces sept Länder :

- Berlin - Hôpital pénitentiaire de Berlin
- Rhénanie du Nord - Westphalie - Hôpital pénitentiaire de Fröndenberg
- Bade-Württemberg - Hôpital pénitentiaire de Hohenasperg
- Basse-Saxe - Hôpital pénitentiaire de Linden
- Saxe - Hôpital pénitentiaire de Leipzig
- Rhénanie Palatinat et Sarre - Hôpital pénitentiaire de Wittlich

⁵¹ Keppler *et al.* (2010) appellent ainsi la psychiatrie publique en renfort en s'exclamant dès le titre de l'article : « *prison health is public health !* »

n'a pas complètement tourné le dos à ces patients mal vus qui ne suscitent que peu d'intérêt pour la psychiatrie publique (cf. Foerster, 2005, p.153).

En somme, ces quelques enquêtes épidémiologiques laissent penser que le système pénal allemand ne filtre pas complètement les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, qui se retrouvent en grand nombre dans des établissements pénitentiaires peu équipés en moyens psychiatriques pour les prendre en charge.

ANNEXE 6. LA « PRISON ASILE » DU POINT DE VUE DES PERSONNES DÉTENUES

Lors du terrain réalisé dans la prison de Tourion, j'ai pu rencontrer dix-huit personnes détenues (sept femmes et onze hommes), recrutées par l'intermédiaire de leurs conseiller-e-s pénitentiaires d'insertion et de probation et sélectionnées à partir d'un simple critère : toutes ont déjà été placées en hospitalisation d'office au cours de leur incarcération. Ces entretiens, non enregistrés et réalisés de façon exploratoire, ne permettent pas de tirer de conclusions mais ouvrent des pistes pour une enquête complémentaire auprès des personnes détenues. Ils ont par ailleurs été réalisés en juillet 2011, donc avant l'ouverture de la nouvelle unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Tourion. A défaut de pouvoir livrer une analyse empirique des trajectoires de ces personnes détenues présentant des troubles mentaux, je propose de détailler le programme de recherche qu'il faudrait désormais mener autour de cette question, et de présenter le portrait de quelques-unes des personnes rencontrées à l'été 2011 dans la prison de Tourion.

30/06/11	Amélie Cossart	Maison d'arrêt des femmes (Tourion)
01/07/11	Juliette Kerner	idem
01/07/11	Caroline Garland	idem
19/07/11	Mounia Rhamane	idem
19/07/11	Coralie Dalouet	idem
20/07/11	Carine Parquette	idem
20/07/11	Sophie Trosse	idem
22/07/11	Angelika Bakry	idem
25/07/11	Richard Davant	Maison d'arrêt pour hommes (Tourion)
27/07/11	François Grisou	idem
27/07/11	Clément Roch	idem
27/07/11	Thierry Chantrelle	idem
28/07/11	Khaled Afikr	idem
28/07/11	Jean-Louis Parreau	idem
02/08/11	Julien Crochet	idem
02/08/11	Samir Kadar	idem
02/08/11	André Thamvong	idem
11/08/11	Sébastien Trumeau	idem

Etudier les trajectoires de personnes détenues dans la prison-asile

Une telle enquête constituerait un complément essentiel pour éclairer ces « prisons-asiles » sous un jour nouveau en analysant la façon dont l'expérience carcérale vient s'inscrire dans les trajectoires des personnes qui y sont enfermées. Le concept de « trajectoire » a été développé par Anselm Strauss pour analyser les interactions des malades, tout particulièrement chroniques, avec le monde médical. La gestion de la trajectoire du « malade » implique selon Strauss (1992) une gestion

de la maladie elle-même, mais également de la vie quotidienne et aussi de la biographie, c'est-à-dire du rapport à soi.

Appliqué à la question des troubles mentaux en milieu carcéral, ce concept permet de penser la façon dont les personnes détenues prennent soin d'elles-mêmes, en recourant aux diverses ressources institutionnelles de soin ou de *care* et/ou en leur substituant des ressources plus informelles (relations familiales, amicales, religieuses, formes d'automédication, notamment par l'usage de produits psychotropes illicites). Il serait notamment intéressant d'évaluer le poids des déterminants socio-culturels dans ces manières de prendre soin de sa santé mentale.

Mais le concept de trajectoire permet également de réfléchir au poids du contexte carcéral. Le recours ou, au contraire, le non-recours aux ressources institutionnelles s'inscrit ainsi dans des stratégies individuelles : l'offre en santé mentale peut permettre d'améliorer le cadre de vie carcéral, d'échapper à des relations nuisibles ou à l'ennui du temps vide. Les relations avec les professionnels en santé mentale peuvent au contraire être redoutées pour leur caractère stigmatisant – ne pas être perçu comme un « tox », un « zombie », un « fou » ou encore un « pointeur » dans un univers qui fait de la virilité une référence normative centrale mais toujours menacée (Bessin, Lechien, 2002 ; Lancelevée, 2008). Ces relations de soin ou d'accompagnement peuvent en outre être vécues comme une contrainte ou une peine supplémentaire lorsqu'elles n'ont pas été souhaitées – Guillaume Brie (2011) dresse ainsi une typologie des rapports qu'entretiennent les personnes condamnées pour pédophilie aux soins obligés auxquels ils sont assujettis : si certains adoptent volontiers un rôle de malade, d'autres entretiennent un rapport résigné ou critique avec les professionnel-le-s en santé mentale.

Par ailleurs, le contexte carcéral introduit *a priori* une rupture tant spatiale que temporelle dans la vie des personnes détenues (Chantraine, 2000) ; étudier les trajectoires de personnes détenues présentant des troubles mentaux permettrait ainsi d'éprouver l'idée d'un continuum entre la rue, la prison et la psychiatrie pour certains patients particulièrement précarisés (Fernandez, 2009⁵²), mais aussi de creuser l'hypothèse avancée par Loïc Wacquant (2009) d'un transfert de ressources qui permettrait *de facto* aux groupes les plus visés par les politiques pénales, à savoir les segments les plus pauvres de la population de trouver dans les institutions de l'État pénal, les services sociaux et soins démantelés dans le reste de la société. Ainsi, il serait possible de réfléchir à la façon dont la peine de prison vient éventuellement modifier, pour le meilleur ou pour le pire, le cours de la vie des personnes enfermées.

Enfin, la rencontre avec les professionnel-le-s en santé mentale peut contribuer à modifier le rapport à soi-même, c'est-à-dire participer à des « bifurcations » biographiques importantes. Concrètement, elle peut apporter de nouvelles opportunités, modifier les comportements, les choix,

⁵² Fabrice Fernandez montre ainsi dans un travail sur la toxicomanie entre la rue et la prison, comment les personnes détenues toxicomanes entretiennent des rapports contrastés avec les structures de prise en charge présentes entre les murs (Fernandez, 2009). Quelques travaux plus récents de jeunes chercheurs-euses du groupe Traitements et Contraintes (voir les thèses réalisées par Méoïn Hagège et Lara Mahi). se penchent sur le recours aux soins médicaux en milieu carcéral et au moment de la sortie.

les manières d'être mais également l'identité de soi. Il s'agirait ici de réfléchir à la façon dont les dispositifs d'évaluation, d'expertise, de diagnostic mais surtout d'accompagnement de soins viennent s'inscrire dans les subjectivités. L'enquête viendrait ici poursuivre en un autre lieu l'effort de recherche engagé depuis les années 1970 sur l'expérience personnelle de la maladie (ou *illness* selon le concept développé par Kleinman, 1988). De nombreux auteurs se sont ainsi penchés sur les récits de patients de psychiatrie (voir notamment Estroff, 1985 ; Lovell, 1997 ; Velprey, 2008)⁵³. L'attention se porterait sur les opérations effectuées par les personnes détenues pour affirmer, élaborer, conquérir l'expérience propre de leurs troubles mentaux. Ce faisant, les personnes détenues conforment éventuellement leur biographie à ce que l'institution attend d'eux, mais peuvent aussi entrer en opposition avec ces injonctions, une opposition qui s'exprimera éventuellement par des comportements débordants, lus comme « violents » ou « fous » mais qui pourraient aussi être interprétés comme des tentatives d'émancipation.

Entre les murs de la prison-asile : des trajectoires de personnes détenues

Six trajectoires de personnes détenues sont ici esquissées à partir des entretiens réalisés en juillet 2011. Les portraits sont réalisés exclusivement à partir des informations recueillies lors de ces échanges et présentées sans analyse sociologique. Ces six entretiens ont été sélectionnés parce qu'ils illustrent la grande diversité des trajectoires des personnes détenues et de la place qu'occupe la psychiatrie dans ces trajectoires. Il serait désormais nécessaire de réaliser une campagne d'entretiens plus conséquente afin de pouvoir en évaluer la représentativité statistique.

Amélie Cossart – une femme en rébellion contre les puissants

Amélie Cossart est arrivée en avril à la prison de Tourion. Transférée depuis une autre prison à la suite d'une agression sur le chef de détention, elle m'explique que l'administration la considère comme « agressive et dangereuse ». Mais elle a le sentiment de retourner contre la prison la violence que celle-ci exerce sur elle depuis le début de son adolescence. Placée en centre éducatif renforcé à l'âge de treize ans, elle séjourne régulièrement en prison depuis ses dix-huit ans pour des peines de courte durée – elle se présente avec une pointe de fierté comme « multi-récidiviste ». A vingt-cinq ans, elle en paraît dix de plus tant ses dents et sa peau sont abîmées. La peine qu'elle purge actuellement est la conséquence de la rupture d'une obligation de soin prononcée après un acte de rébellion contre les policiers lié, selon la justice, à une consommation de stupéfiants. « Les policiers, j'aime pas, je leur ai fait la misère ! », m'explique-t-elle avec colère. Elle est d'ailleurs en colère contre tous les représentants de la force publique depuis son premier placement, consécutif au départ de son père du domicile familial. C'est en effet au centre éducatif fermé qu'elle a appris à « tiser, à voler et à faire des conneries ». Elle a depuis peu fréquenté l'école, tenté d'échapper aux éducateurs et à la police qui sont « tout le temps sur (son) dos ». Depuis qu'elle est aux prises avec la justice et la prison, elle dit avoir subi des violences de la part des policiers et des surveillants : un policier l'aurait

⁵³ Caroline Protais et moi proposons une analyse du regard porté par les personnes déclarées irresponsables pénalement sur leur propre trajectoire pénale et médicale (voir Protais, Guibet-Lafaye, Lancelevée, chapitre 3) : pour certains patients, le diagnostic semble venir combler un trou inexplicable dans le récit de soi et servir de support à un travail subjectif ; pour d'autres il est une catégorie imposée du dehors qui entre en conflit avec la façon dont le sujet se raconte son histoire.

tabassée en garde à vue et laissée dans un état proche du coma, des surveillants l'auraient plaquée au sol si violemment pour la maîtriser qu'ils lui auraient fracturé l'épaule. Ces derniers mois, elle s'est battue pour obtenir des services médicaux que soit réalisée une radio qui prouve la fracture.

Outre ses agressions répétées, Amélie multiplie depuis sa première incarcération les tentatives de suicide. Elle ne les « compte plus » et raconte les plus impressionnantes comme autant de ruses contre l'autorité pénitentiaire : elle s'est déjà pendue avec le pantalon du kit anti-suicide, un câble TNT, s'est déjà coupé les veines avec les tessons d'un double-vitrage qu'elle avait « explosé », a bu de l'eau de javel, avalé des « cachetons ». Elle porte de nombreuses cicatrices sur les avant-bras, qu'elle m'exhibe pour preuve de ses tentatives répétées. Elle juge les surveillant-e-s sadiques : l'un d'entre eux lui a expliqué comment se couper les avant-bras dans le sens de la longueur pour un suicide réussi, une autre lui a demandé d'éviter de se couper la nuit, pour ne pas réveiller ses codétenues. Mais les « psy » sont également pervers selon elle : ils l'ont envoyée plusieurs fois en « HO » (hospitalisations d'office) sans lui demander son avis, preuve de leur manque d'intérêt pour sa souffrance. D'ailleurs, à sa dernière hospitalisation, elle a menacé les infirmiers : « je suis pas sottte, vous me laissez partir ou je pète tout » et a obtenu que soit levée la demande d'HO. Mais elle se souvient des hospitalisations précédentes, d'un ennui mortifère, où elle discutait plus avec les vigiles qui surveillaient sa chambre qu'avec les personnels soignants. Les « psy », pour elle, « c'est terminé », ils sont « de mèche » avec la prison. D'ailleurs, elle rêve de les « dégommer », comme elle rêve de « débarquer avec une batte de baseball pour péter les genoux » des surveillants qui l'ont martyrisée et qui ont bloqué son courrier. Elle continue pourtant de voir les psychiatres : depuis son transfert disciplinaire, elle fait des cauchemars toutes les nuits et se réveille couverte de sueur. Elle a donc demandé à voir un psychiatre pour une prescription d'anxiolytiques et de somnifères qui n'ont selon elle aucun effet sur son sommeil mais la plongent dans un état « comateux » toute la journée. Elle prend aussi des traitements de substitution. A la juge d'application des peines qui l'a envoyée en prison parce qu'elle avait rompu sa cure, elle a répondu sèchement : « vous me traitez de toxicomane, mais c'est vous qui m'avez bourrée de cachetons pour que je me sèvre. C'est à cause de vous que je suis tombée là-dedans ».

Toutes les violences qu'elle a subies prouvent à ses yeux le caractère arbitraire de la justice : elle aimerait que ses agresseurs soient « jugés comme s'ils avaient un pull Adidas – elle tire son propre pull – ils se prendraient du ferme, comme moi ! ». Sa peine vient en effet d'être allongée de cinq mois supplémentaires en raison de l'agression qui a eu lieu dans la prison précédente. Mais au fond, elle semble presque préférer cette peine destructrice à la perspective de la sortie qui « l'angoisse ». Elle a peur de « redéconner » et se demande comment elle va pouvoir s'en sortir.

Samir Kadar, Un homme en décalage

Samir Kadar a déjà tout prévu pour s'évader : il va se faire hospitaliser en psychiatrie. « C'est simple, j'ai compris le truc, il suffit de raconter que j'ai des visions de ma sœur morte qui me hante et qui me parle ». S'il est calme, il partira en hospitalisation d'office dans un service pas trop sécurisé. Et de là, il n'aura pas de mal à « faire voler les deux infirmières qui garderont (sa) chambre parce qu'il

est champion de France de lutte 1998 ». Il compte ensuite partir en bateau en Algérie et « Sarkozy sera content parce que ça fera un délinquant en moins ». Pendant tout notre entretien, le discours de Samir oscille entre des traits d'humour amusants, un récit de vie inquiétant et des propos manifestement incohérents.

Je comprends qu'il est incarcéré pour trafic de stupéfiants, mais qu'il a déjà purgé quelques courtes peines pour différents motifs, notamment des vols avec violence. Pour lui son parcours est simple « j'ai un BTS commercial et tout ce qu'on me propose, c'est de bosser chez Flunch ! Ça va pas la tête, moi, je suis commercial dans les drogues ! ». A peine arrivé en prison, en décembre dernier, il est placé en hospitalisation d'office. Il l'explique par le fait qu'il a « complètement péte les plombs » parce qu'il ne voulait pas se faire arrêter : « Je tapais dans les portes, les battants de la douche, je détruisais tout dans la cellule, j'ai même agressé un surveillant en arrivant ! ». En revanche, il ne comprend pas la pertinence de l'hospitalisation (« je vois vraiment pas pourquoi, je ne suis pas malade ! »). Il passe trois semaines « horribles », « parqué comme un animal », à subir les « piqûres » d'un psychiatre qui ne « (lui) débitait que des conneries ». Selon le psychiatre, il avait des visions, n'était « pas capable d'assumer la prison ». « Mais moi franchement, j'avais rien à faire là bas, c'est clairement un abus de pouvoir ! ». Après un temps de réflexion, il reprend : « S'ils pensent vraiment que je suis fou, alors ça voudrait dire que je suis devenu fou en arrivant en prison, parce que dehors j'étais pas malade ». Il me demande alors si je le trouve fou, et, alors que je lui réponds que je n'ai pas les compétences pour en juger, il me dit : « Non, je suis pas fou, c'est pas ça, c'est qu'il y en a qui sont trop lents. Moi je suis rapide, je suis même pas à ma vitesse normale. C'est comme si j'avais une voiture limitée à 150 km / h avec un frein. Bon ben, je pète le frein. Là moi c'est pareil, je sais pas si vous voyez ce que je veux dire ? ».

Depuis son hospitalisation d'office, il continue à voir sa psychiatre « pour passer le temps ». Elle lui donne « un sirop pour dormir », parce qu'il se sent fatigué. Ses journées s'écoulent lentement, il est seul en cellule, il « bouquine », il écoute de la musique et regarde la télé, il se cultive et s'informe de tout ce qui se passe dans le monde. Il a demandé à travailler, mais attend qu'on lui propose un « boulot d'auxi rouge » (« ou rose comme les filles ! »). Travailler aux ateliers, ça n'est « pas pour (lui) ». Il est un peu inquiet, parce que c'est la première fois qu'il est condamné à une peine si longue (trois ans). Mais il sait qu'il réussira à s'évader, car il a déjà réussi à le faire lors d'une dernière peine : il avait alors fait croire à une tentative de suicide par absorption de cachets, et réussi lors de l'extraction vers l'hôpital à se libérer de ses menottes grâce à de l'eau savonneuse. Depuis ce temps, il est d'ailleurs classé parmi les « détenus particulièrement surveillés ». En Belgique, m'explique-t-il avec une précision déconcertante, l'évasion n'est pas un délit. Je lui suggère qu'avec l'ouverture des unités hospitalières spécialement aménagées, il sera difficile de s'évader : « oui, mais bon, faudrait voir : ils disent qu'ils vont les ouvrir en 2012, mais c'est quand même pas non plus sûr qu'ils respecteront la date butoir ».

Juliette Kerner s'est « réveillée d'un long cauchemar » en octobre dernier, soit trois mois après son incarcération. Arrivée à la maison d'arrêt de Tourion à la fin du mois d'août 2010, elle est immédiatement placée en hospitalisation d'office où elle restera pendant près d'un mois. Elle refuse de parler au personnel soignant, tout comme elle rejette tout contact avec les surveillant-e-s : « je croyais qu'ils m'avaient empoisonnée, qu'on m'avait inoculé le cancer des poumons. A chaque fois qu'on ouvrait ma porte, je m'attendais à ce qu'on vienne me tuer ». De retour en prison, seule dans sa cellule, elle tombe par hasard sur une émission télévisée au cours de laquelle une fille raconte l'histoire de sa mère⁵⁴ : « Là, tout à coup, j'ai compris que j'étais comme sa mère, paranoïaque ». Elle demande alors à rencontrer une psychologue, à laquelle elle raconte tout son « délire » : « J'avais des croyances spéciales, je croyais qu'on voulait me tuer, que j'étais au milieu d'un complot ». Le service psychiatrique met en place un traitement antipsychotique et lui conseille de se livrer à l'expert psychiatre, qui conclut son rapport par un diagnostic sans appel : Juliette souffrait, au moment de commettre son crime, d'une « psychose aiguë avec bouffées délirantes ». Son rapport vient compléter celui d'un expert précédent qui avait conclu à une « schizophrénie » ; le diagnostic de « psychose aiguë » est confirmé par un troisième expert « de Paris ». Depuis cette époque, Juliette se confie toutes les semaines à une psychologue et reçoit deux fois par mois une injection de médicaments.

Avec le traitement, elle a pris beaucoup de poids, mais c'est selon elle un mal bien dérisoire à côté de celui auquel elle a échappé. Dans son délire, elle a en effet tenté de « sacrifier » ses enfants en les empoisonnant. Elle pense parfois avec effroi à ce que serait devenue sa vie si elle était parvenue à ses fins. Elle redoute d'être séparée de ses enfants à tout jamais, mais sait que sa famille la soutient : son mari a longuement expliqué aux enfants en bas âge que leur mère était « malade », « pas normale » et qu'elle ne leur voulait aucun mal, et tous les proches, ainsi que son médecin, consulté pour une « dépression », partagent la culpabilité de n'avoir pas su identifier la gravité de ses troubles. Elle se souvient de longues soirées solitaires, à attendre son mari, chauffeur de profession, devant la télévision. En congé parental après avoir travaillé plusieurs années comme secrétaire, elle se gorgeait alors de vidéos sur les « illuminatis et le nouvel ordre mondial ». Elle m'invite d'ailleurs à parler de ces montages « dangereux et sectaires » autour de moi et espère un jour pouvoir faire un travail pédagogique autour de ce « discours complotiste » qui peut « retourner le cerveau » des plus vulnérables.

Pour l'heure, elle est toujours en détention provisoire et attend la décision de la juge d'instruction, qui vient tout juste de refuser sa demande de « liberté provisoire » pour « risque de trouble à l'ordre public » et « risque de réitération des faits ». Juliette encaisse la nouvelle grâce au soutien de sa psychologue, qui lui propose de retourner quatre jours à l'hôpital psychiatrique. Elle ne comprend pas cette juge qui semble s'obstiner à la juger dangereuse à cause de la première expertise psychiatrique, réalisée avant qu'elle commence à se confier. Les trois experts l'ont évaluée irresponsable pénalement mais la juge semble s'accrocher à l'idée d'une condamnation pénale. La

⁵⁴ Il s'agit, comme elle me l'explique, de Gisèle Fournier, auteur d'un roman intitulé *Le dernier mot*, Mercure de France, 2010.

magistrate lui a d'ailleurs affirmé : « moi je pense d'abord à vos enfants, si vous n'avez rien [i.e. si vous n'êtes pas déclarée irresponsable], je vous mettrai le maximum ». Juliette est persuadée pour sa part qu'elle n'est plus dangereuse tant qu'elle suit le traitement prescrit, et elle a tout préparé, avec l'aide du service psychiatrique et des conseiller·es pénitentiaires pour reprendre une vie normale une fois sortie : elle a pris contact avec un centre médico-psychologique pour poursuivre le traitement, elle a prévu d'être hébergée chez ses parents le temps que la décision de justice soit prise au sujet de la garde de ses enfants, elle pense passer le permis de conduire, retrouver du travail, refaire du sport. Elle continuera le suivi psychothérapeutique, qui lui permet de réfléchir à son histoire, mais aussi de retrouver le calme. Elle s'inquiète notamment de l'avenir de ses enfants, qu'elle a peur d'avoir traumatisés pour toujours ou de voir sombrer comme elle dans la psychose. Désormais, elle est convaincue que sa place n'est plus en prison : « Ici, j'ai fait mon temps. Je ne me sens pas coupable. Peut-être aussi parce que mes enfants ont survécu. S'il leur était arrivé quelque chose, je ne dirais pas ça, je considérerais sans doute que ma place est ici, mais là, je veux surtout sortir pour les retrouver ».

Richard Davant – la psychothérapie pour retrouver une « vie normale »

Richard Davant a été condamné pour la première fois en 1978. Il se souvient des règles strictes de l'époque, l'uniforme, l'interdiction d'écrire plus de dix lignes, l'absence de grâces. Il m'explique : « Quand on était condamné à six mois, on les faisait complet... on arrivait dans un dortoir de soixante, vous imaginez, fallait s'imposer ! ». Aujourd'hui, il juge que les détenus « font ce qu'ils veulent ». Travaillant comme « auxiliaire d'étage », il est scandalisé de voir des détenus passer leur temps au lit : « quand on sert le repas de midi, ils sont toujours pas levés ! ». Pour lui, les prisons sont devenues « trop laxistes et trop confortables » : « les détenus ont des écrans plats alors que le travailleur honnête qui a bossé à l'usine pendant trente ans ne peut pas se l'acheter ».

Depuis 1978, sa vie est une longue successions d'incarcérations : il a purgé deux peines successives de près de dix ans pour des faits de braquage, et se trouve incarcéré après cinq ans de liberté pour escroquerie. Pourtant, il m'explique que tout allait pour le mieux pour lui au dehors : il avait une femme, rencontrée pendant une peine, une fille, conçue au parloir, et avait même réussi à monter une petite auto-entreprise de peinture-décoration grâce aux formations qu'il a pu suivre en prison.

Mais cette nouvelle peine a été pour lui la peine de trop : arrivé il y a dix mois, il s'est senti mal dès le premier jour. Les surveillants, qui le connaissaient bien pour son caractère calme et ordonné, ne « (l)'ont pas reconnu tellement (il faisait) les quatre cents coups ». Il supportait mal cette nouvelle maison d'arrêt, moderne, bourrée de caméras, dans laquelle le sentiment d'enfermement était insupportable. Il a donc enchaîné les tentatives de suicide pour être transféré dans une prison plus « humaine ». Peine perdue (« j'aurais dû comprendre plus vite que le bras de fer ne sert à rien, ils sont toujours les plus forts »), mais il a passé beaucoup de temps aux urgences de l'hôpital voisin : « une fois, j'ai failli y passer, il y a une lame de rasoir qui était restée coincée dans mes intestins ». Ces tentatives de suicide l'amènent à fréquenter le service psychiatrique : « parce

que c'est vrai que ce qui est bien ici, c'est que dès qu'on a un problème, les gradés nous convoquent et nous disent « bon, je vois que ça va pas trop, on va contacter le SMPR ».

Il commence donc à voir régulièrement une psychiatre et une psychologue, mais refuse les traitements pour ne pas « comater » : « les médicaments, ça dégrade vraiment les gens, ils se bougent plus. Et puis après ça devient une drogue, on est obligé de continuer quand on sort de prison ». Face à ses tentatives de suicide, sa psychiatre lui propose de l'hospitaliser d'office. Il refuse (« j'irai pas chez les fous ! ») mais elle l'envoie quand même à l'hôpital au prétexte qu'il devient « dangereux pour lui-même ». Il passe deux jours attaché à un lit scellé dans une chambre d'isolement puis trois semaines dans une chambre classique. Il revient tout à coup calmé : « Je voulais pas finir comme les patients que j'ai vus. Et puis j'ai rencontré des gens compétents. A mon arrivée, j'ai vu un psychiatre toutes les deux heures. J'en ai vus au moins dix en tout ! ». Il explique qu'il s'est « vraiment remis en cause en rentrant en prison ». Il s'est ainsi tenu droit face au personnel pénitentiaire pour regagner la confiance perdue, jusqu'à obtenir un « boulot d'auxi » qui lui permet de retrouver un peu de liberté de mouvement dans la maison d'arrêt. Mais surtout, il a entamé une psychothérapie, qu'il continuera à la sortie de prison, quand il aura obtenu un aménagement de peine.

Avant cette incarcération, il n'avait jamais rencontré de « psy ». Désormais il a deux rendez-vous par semaine, et juge qu'il a plus avancé en un an que lors de sa dernière peine de douze ans. « Ils auraient dû me faire suivre à l'époque : faut obliger les gens à voir un psychologue ! Parce que c'est sûr que quand on a une longue peine, on n'a pas trop envie d'en parler, mais si on n'en parle pas, on change rien ! ». Sa psychothérapie lui permet de « travailler sur (son) passé » et de « comprendre pourquoi il a eu besoin de revenir en prison ». Il a désormais « compris que toute (sa) vie tournait autour de la prison » et qu'il avait récidivé pour « pouvoir y retourner ». Il se dit maintenant que « la prison c'est fini pour (lui) » et ironise : « Ça ne doit quand même pas être si difficile d'avoir une vie normale ». Mais il s'interroge sur la suite. « Ma psy me dit que je ne suis pas obligé de dire que j'ai été en prison à tout le monde. » Il trouve étrange d'avoir à mentir et s'interroge sur cette société si peu accueillante pour ceux qui ont dévié du droit chemin.

François Grisou – Le service psychiatrique comme lieu de repli

François Grisou est content d'avoir été appelé pour un entretien. Il ne sort en effet que quelques fois par semaine de sa cellule, pour voir son conseiller pénitentiaire, sa psychologue, pour un parloir avec son père ou sa grand-mère ou pour aller « à l'école ». Le reste du temps, il est en cellule, joue aux cartes avec ses deux codétenus, ou regarde la télévision. En raison de la surpopulation de l'établissement, il est en surnombre dans une cellule : « et évidemment, à terre, c'est moi ». Agé de vingt ans, il est en prison pour la première fois pour une « affaire de mœurs » – il précise : la révocation d'un sursis prononcé pour des faits d'« attouchements sexuels sur mineurs ». Les faits, il ne veut pas en parler, il a « trop honte ». Mais il comprend que la « mère ne veule pas (le) lâcher ». Au début de sa peine, un précédent codétenu a fouillé dans ses affaires et a raconté son histoire à la ronde. Depuis, il se fait partout insulter, par les détenus mais aussi par les surveillants, et

ne se risque plus en promenade, où il s'est déjà « pris des coups ». Voilà près de deux ans qu'il subit ce quotidien, et il s'attend à sortir de prison à l'échéance de sa peine, dans neuf mois, car sa demande de bracelet électronique va sans doute être rejetée : « le SPIP ne bouge pas trop et j'ai pas trouvé de foyer alors... ». Il estime que les « affaires de mœurs » devraient être ensemble, pour éviter de se faire « lyncher » par les autres. Il ne manifeste cependant aucune peur ni aucune colère, juste une certaine lassitude pour une situation manifestement épuisante.

Tous les jours, une infirmière lui apporte « (son) traitement » en cellule. Il prend, depuis plusieurs années déjà, trois psychotropes (il précise : du « tercian, du théralène et du risperdal ») qui n'ont selon lui aucun effet sur son état psychique. De toute façon, il ne sait pas pourquoi il prend ce traitement : « on ne (lui) a jamais dit ». Il ne sait pas vraiment s'il est malade, pense plutôt que non. S'il suit cependant assidûment son traitement, c'est parce qu'il peut ainsi voir son psychiatre tous les mois pour renouveler la prescription. Pour son psychologue, qu'il voit moins souvent, il a fait une demande pour augmenter la fréquence des rendez-vous : « parce que bon, j'aimerais bien pouvoir sortir un peu de ma cellule, bouger un peu, changer d'air quoi ».

Dans ce quotidien difficile, le service psychiatrique constitue pour lui un lieu de repli : « finalement, y'a qu'au SMPR qu'on m'insulte pas ». Il a passé quelques semaines dans le service d'hospitalisation de jour de la prison de Tourion. Quelques mois plus tard, il a demandé à son psychiatre s'il pouvait avoir un « internement en HP », parce que le parrain de sa demi-sœur, également incarcéré, lui avait expliqué qu'on pouvait être hospitalisé par les psychiatres. Il a donc été hospitalisé d'office pendant deux semaines, seul en chambre d'isolement. « C'est dommage, parce que j'allais pas m'enfuir ». Malgré ces conditions drastiques, il est content de ce séjour à l'hôpital : « Avant d'aller là bas, j'étais une loque, je voulais rien faire, maintenant j'ai plein d'ambitions. Et puis j'ai parlé avec des psychiatres, des psychologues, tout ce qui il y a de médical j'ai parlé avec eux. Ils m'ont dit de ne pas répondre quand on m'insulte, mais d'en parler à quelqu'un de confiance si c'est trop dur ». Parmi ses ambitions, il a prévu de continuer à aller voir un psychologue et un psychiatre à la sortie : « J'en ai besoin. Pas forcément les médicaments, mais pour parler aussi, de mes soucis, des problèmes que j'ai eus quand j'étais enfant ». Il a de toute façon un sursis de cinq ans avec suivi obligatoire.

Interdit de séjour dans sa ville d'origine, dans la banlieue de Tourion, il va devoir trouver un nouveau psychiatre – et surtout un nouveau foyer et une activité professionnelle. En prison, il n'a pas réussi à obtenir du travail : « Je suis un mou de naissance comme on dit. Enfin sauf quand ça me passionne ; tout ce qui est chevaux, horticulteur, jardins, tout ça ». Il s'est renseigné, les formations coûtent cher et ni son père ni sa grand-mère ne pourront l'aider, donc il ne va pas pouvoir s'inscrire en sortant. Mais une chose est sûre : il ne veut surtout pas revenir en prison. Plus jamais.

Coralie Dalouet – La prison pour se mettre à l'abri de soi-même

A 43 ans, Coralie Dalouet a déjà purgé quelques courtes peines de prison : deux mois à 29 ans, trois mois à 34 ans et cinq mois à 38, pour des délits commis en lien avec sa consommation de drogues. Cette fois, elle a cherché à se faire incarcérer : « un vol à l'étalage, je me suis même pas

cachée ». Elle voulait échapper à la cellule pestilentielle de garde à vue mais être tout de suite placée en prison. « Parce que je pesais onze kilos de moins qu'aujourd'hui, vous imaginez ? Je crois que j'aurais pas tenu très longtemps si je n'étais pas venue ici » me dit-elle, alors qu'un léger sourire creuse ses joues émaciées et éclaire ses yeux cernés. Elle est condamnée à une peine de huit mois, qu'elle espère pouvoir aménager bientôt pour pouvoir retrouver ses enfants, âgés d'une vingtaine d'années, pour lesquels elle se fait du souci. Elle sait déjà qu'elle consommera à nouveau : « Le problème, c'est qu'avant je prenais de l'héro, là y'avait une substitution, mais là ça fait trois ans que je suis passée à la coke, et là zéro, y'a rien. Donc je vais recommencer mais je vais essayer d'en prendre moins ».

C'est son conjoint violent qui la fait « tomber dans la drogue » à la fin de sa vingtaine. Elle veut alors l'en « décrocher », et elle prend sa première dose « pour lui faire peur, lui montrer à quel point c'était dangereux son truc ». Mais elle s'habitue à l'héroïne et découvre le manque : « Le manque, tant qu'on l'a pas vécu, on peut pas savoir ce que c'est. Se réveiller le matin et avoir l'impression que le matelas est tout pourri alors que c'est juste le manque ». Pendant ces années-là, sa grande sœur meurt d'une cirrhose du foie liée à l'alcoolisme. Elle a l'impression de perdre pied et reste trop longtemps avec cet homme violent, qui la frappe, y compris au cours de ses trois grossesses. Aujourd'hui, elle estime qu'il la « frappait par amour », mais elle est heureuse d'avoir réussi à le quitter. Elle garde néanmoins un bon contact avec lui : « Il a été dur avec moi, mais avec eux (les enfants), heureusement, il est plutôt bien ». Pendant quelques années, elle parvient à « s'en tenir » au traitement de substitution. Mais elle replonge à la suite d'un viol subi à son domicile et commis par une fréquentation de la rue. Elle ne porte pas plainte. Pendant trois ans, elle consomme de la cocaïne – « c'est un monde de fous la cocaïne, c'est des malades, il y a des gens qui vivent dans la rue, qui sont prêts à tout pour obtenir leur produit ». Excellente voleuse, elle parvient à financer sa consommation sans avoir besoin de « tapiner ou de frapper des gens ». Mais sa santé se dégrade, elle fuit de plus en plus ses enfants et sa « vieille mère » qui tirent la sonnette d'alarme. C'est alors qu'elle décide de se faire incarcérer.

En prison, elle sollicite le service psychiatrique pour obtenir un traitement contre ses angoisses et ses insomnies. Elle prend désormais des benzodiazépines qui l'endorment pendant la journée, mais qui ne l'empêchent pas de faire des cauchemars horribles pendant la nuit. Mais elle n'a pour l'instant pas réussi à obtenir un nouveau rendez-vous pour ajuster le traitement et ne veut pas s'approvisionner au marché noir de la prison – « y'a que des cachetons qui tournent, donc vaut mieux avoir une ordonnance ! ». En revanche, elle a rencontré, lors d'un passage aux urgences consécutif à une « syncope », une psychologue sympathique. Mise en confiance, elle lui a confié son récit de viol. « Mais là, j'ai pas compris, elle m'a envoyée en HO ! Regardez, j'ai été attachée, j'ai encore les marques là aux poignets ! Ils m'ont attaché les mains, les pieds, et je suis restée 2 jours dans une pièce de cette taille, avec rien du tout, pas la télé, rien ! ». Elle garde rancune à la psychologue et à l'équipe soignante : « ils avaient peur que je me fasse mal, mais moi je me suis jamais fait mal, y'a pas de raison que je commence ! Et pour une fois que je raconte mon histoire, blam, punition ! Pourquoi moi ? C'est pas moi qui ai violé quand-même ! ». Cette expérience traumatisante lui laisse un goût d'amertume et elle ne retournera pas de sitôt voir une psychologue.

Son quotidien en prison est en revanche correct. Les femmes qu'elle y fréquente sont « plus violentes que dehors, elles hésiteraient pas à frapper pour avoir leur came », mais elle tente de se tenir à l'écart « des toxicos ». Elle a réussi à obtenir une cellule seule, ce qui lui permet de se protéger des codétenues qui ont tendance à « taxer » les produits qu'elle peut cantiner grâce aux mandats de sa mère. Elle apprécie les surveillantes et le major, qui sont attentifs à elle et à ses soucis. Mais elle va déposer bientôt une demande de placement sous surveillance électronique (bracelet électronique) et sortir de prison. Elle a bon espoir de l'obtenir rapidement ; lorsqu'elle l'a condamnée, la juge lui a dit : « de toute façon Madame Dalouet, je ne sais pas comment vous le faire comprendre, mais vous n'êtes pas faite pour la prison ».

ANNEXE 7. ENTRETIENS RETRANSCRITS

Les deux entretiens sélectionnés représentent les deux modes d'intervention dominants mis en évidence en France et en Allemagne : dans le premier, Sylvie, psychologue, plaide pour une intervention centrée sur l'idée de soin, elle défend avec ardeur le secret médical et la distance maintenue par le service psychiatrique de Tourion. Dans le second entretien, Madame Gerhardt, la directrice du service interne d'expertises psychologiques (PsychD) défend la pertinence et la nécessité d'une coopération étroite entre professionnel.le.s en santé mentale et administration pénitentiaire de Grünstadt, seule à même de prévenir la récurrence, mais aussi d'aider les personnes détenues à travailler sur elles-mêmes. Les noms fictifs des personnes ou de lieu présentés dans la thèse sont indiqués. Les autres noms de personnes ou de lieux sont signalés par une double croix.

1. Entretien avec Sylvie, psychologue au SMPR de la prison de Tourion-Bretin, 15 septembre 2011, 75 minutes

CL. : Depuis combien de temps travaillez vous en milieu carcéral et comment en êtes vous venue à travailler ici ?

Sylvie : Moi j'ai fini mon diplôme de DESS en février 1996. M. XX était psychologue ici, directeur de mon mémoire de recherche (qui portait sur le stress chez les sapeurs pompiers, stress post-traumatique, et tout). Je travaillais beaucoup sur le stress et aussi beaucoup sur les addictions, c'étaient les deux points qui m'intéressaient à l'époque. J'ai fini en février, après je voulais voyager, me poser un peu et Monsieur XX en fait quittait son poste ici en mai ou juin. Il m'a contactée là où j'étais, il m'a demandé, voilà, est-ce que ça t'intéresse, je pense que tu as le profil, c'est pour faire ça, ça et ça. Euh... viens postuler ! Il y a une possibilité, donc viens postuler. Donc au mois d'août, je suis remontée (j'étais dans le sud) et j'ai pris mes fonctions ici à Tourion-Centre. A l'époque on était deux psychologues, M. XX et moi-même... euh et on faisait tout, quartier mineur, quartier femmes, hospi, ambulatoire... Et CSST.

CL. : Alors que maintenant il y a 5 ? 6 ?

Sylvie : Maintenant on est à peu près aux alentours de 5,5 temps pleins. On est 7 mais ça correspond à 5 ETP à Tourion-Centre et à Tourion-Bretin. 5 d'un côté et presque 5 de l'autre.

CL. : Pourquoi cette augmentation ?

Sylvie : Ben à l'époque quand je travaillais avec M. XX... lui s'occupait moins de la partie addictions parce que j'avais pris les fonctions de M. XX et j'étais intéressée par ça. Lui il s'occupait plus de la psychiatrie et de l'hospitalisation. Mais on faisait tout, on courait partout. A l'époque c'était tout le temps de l'urgence. On palliait... et c'était pas tenable. Donc très vite, il y a eu renforcement des équipes, on est passé à 4-5 sur Tourion-Centre. L'équipe a été renforcée au fur et à mesure. Et on a développé... mise en place des entretiens arrivants, c'est vrai qu'à l'époque on n'arrivait pas à voir systématiquement les arrivants, on était à 60-65-70% des arrivants qui étaient vus systématiquement, là aujourd'hui on est à 100%. Tous les arrivants sont vus le lendemain de leur arrivée. Donc on a augmenté nos capacités d'accueil, nos capacités de suivi, bon on le faisait bien, mais comme on pouvait et on courait partout. On était... partout, nulle part ! Mais on a été... dès 2000, il y a eu Mme XX, M. XX, dès... on a fonctionné trois ou quatre ans comme ça puis on a été renforcés.

CL. : Donc la politique de l'hôpital ça a été de soutenir le SMPR ? C'est le chef de service qui s'est battu ?

Sylvie : Ah oui, c'est le chef de service, à l'époque, il était très fort, il s'est battu pour obtenir des postes, des financements et euh... démontrer qu'en prison, on avait une population spécifique, particulière, et qu'on avait une population qui rentrait de plus en plus dans les registres de la psychiatrie et/ou aussi des addictions. Alors il y a une période où ça a un petit peu diminué au niveau des addictions. C'était juste en 1995, à l'époque où il y a eu les traitements de substitution. Donc c'est vrai qu'il y a eu un effet à un moment donné, mais c'est revenu. On s'est rendu compte que tous ceux

qui avaient bénéficié de la substitution étaient pas forcément les mieux insérés, les mieux, 'fin... c'est ceux qui déjà était en proie d'arriver à se sortir de cette problématique, donc c'est pas forcément ceux qui étaient incarcérés etc. Donc ça a diminué puis très vite ça a réaugmenté. Donc on est toujours en dessous par rapport aux années 90 où c'était 50, des fois 60% de personnes... Là on reste à 40-45% de personnes qui se déclarent à l'entrée ayant une problématique d'addiction.

CL. : Tout compris ? Alcool ?

Sylvie : Tout mélangé, on dit addictions mélangées. Après il y a des spécificités. Mais c'est énorme.

CL. : C'est spécifique aux prisons du coin ?

Sylvie : Alors je pense que c'est aussi dû... au lieu... on est pas loin de la frontière donc il y a aussi tous ceux qui se font arrêter que ce soit de toute la France, qui se sont fait arrêter à la frontière qui du coup sont incarcérés à Tourion. Donc y'a aussi ça. Puis la région qui est quand même aussi... assez importante au niveau des addictions, tout ça, c'est une région qui est assez marquée quoi. Donc voilà. Donc moi j'ai eu l'opportunité d'avoir un poste, j'ai postulé, et puis je suis prise. Bon, ben c'est vrai que la prison j'y avait jamais vraiment pensé, j'étais pas réticente, j'avais pas non plus très peur, parce que j'avais bossé avec les pompiers donc euh c'est un milieu assez particulier. Et puis j'ai commencé, et puis c'est vrai que... bon ben moi la prison ne me dérange pas. Je veux dire j'ai jamais eu peur, je me sens pas opprimée, etc. je me suis jamais sentie en danger avec les patients. Pour moi, des fois ce que j'entends de l'extérieur, on est plus sécurisés. Par exemple, par rapport à... parce que moi par exemple je suis 100% CSAPA. Et ben par rapport à des CSAPA extérieurs, on est quand même moins soumis à des violences, etc. Parce qu'ici il y a quand même un cadre, et, bon y'a des consommations mais on a des patients qui sont quand même en général stabilisés, donc les seuls moments - bon moi je me suis jamais faite agresser physiquement, verbalement ça m'est arrivé, mais de manière assez modérée, et puis les patients reviennent, disent excusez moi, j'étais pas bien, j'étais en manque, fin voilà, ça c'est plutôt à l'arrivée, quand les patients nous connaissent pas, sont en manque. J'ai déjà eu un patient qui voulait que je déchire son dossier, alors une fois deux fois je l'ai déchiré mais je l'ai revu plus tard, il s'est excusé, etc. donc moi je n'ai jamais eu le sentiment d'être en insécurité, la prison ne m'a jamais fait peur, et le travail avec les patients, moi j'ai pas de problème avec le travail avec les détenus et les patients. J'ai aucun souci. Je pense qu'à partir du moment où on les respecte, ils comprennent ce qu'on fait, on est cadrant parce qu'avec les toxicomanes il faut quand même l'être. Mais quand on les respecte on les prend en charge, il y a un bon contact.

CL. : Le fait de vous être spécialisée vers le stress et l'addiction, est-ce que ça vous a poussée vers un courant... ?

Sylvie : Moi je suis plus... TCC.. je suis d'orientation thérapies cognitivo-comportementalistes. En fait moi quand j'ai fait psycho, euh... ben j'aimais bien tout ce qui était l'être humain, comment il fonctionne, la communication etc. Donc c'est vrai que je sais pas trop. Alors psychologie du travail, psychologie patho et psychologie cognitive. J'ai fait les trois. Patho, ça m'intéressait vraiment et psychologie du travail. Sauf que quand j'ai fait les stages à l'époque il fallait deux certifs et bon j'en ai fait trois parce que je savais pas ce que je voulais faire et quand je me suis orientée vers le travail, tout m'intéressait : dynamique de groupe, etc. etc. mais le milieu du travail, de l'entreprise ne m'intéressait pas, c'est-à-dire la productivité, la rentabilité. Et j'ai eu l'impression d'être instrumentalisée, de faire passer les mauvais messages avec un suppositoire... et là je peux pas... Moi je... le côté social aussi manquait. C'était quand même pas très.. gérer des gens en difficulté, en souffrance, etc. Les ressources humaines. J'aime bien l'aspect relations, communications, mais pas l'aspect entreprise, rentabilité. Donc je me suis plus orientée vers le cognitivo-comportemental, parce que ça répondait plus aussi à quelque chose qui était plus scientifique. Je venais d'un bac D à l'époque, et la patho j'aimais bien, tout ce qui était diagnostic etc. Mais la psychanalyse, c'était un peu trop... pas assez scientifique pour moi... Alors que voilà, en TCC, c'est très carré. Donc c'est vrai qu'il y a certaines pathologies, tout ce qui est stress, anxiété, maladie, tout ce qui est trouble alimentaire, anorexie, etc. les TCC fonctionnent bien. Donc c'est vrai que je me suis spécialisée plutôt sur... enfin moins sur la schizophrénie, ce genre de trucs, j'avais moins l'impression que ça marchait. Et donc j'ai fait un stage à XX (structure d'hébergement) et euh un autre stage qui correspondait à ça. Donc c'est vrai que quand Monsieur XX m'a appelée, je me suis dit, oui, c'est vrai que ça me correspond bien. Même si c'est vrai que la prison, j'y avais jamais pensé. En fait j'avais pensé faire un stage ici avec M. XX, mais finalement, non je suis partie vers les pompiers. Mais c'est vrai que le stress post-traumatique, c'est bien d'avoir bossé sur ça parce que dans les addictions c'est une problématique très présente et puis la prison peut également amener au stress post-traumatique. Finalement l'un dans l'autre, dans la population que je reçois,

parce que c'est vrai qu'il y a tout, on retrouve toute la palette des pathologies chez les personnes qui sont addictives. Donc par exemple si c'est par les addictions qu'on rentre en contact avec eux c'est pas forcément sur leur addiction qu'on va travailler. Donc voilà... du coup après c'est aussi plus un choix... Parce que par exemple, j'ai travaillé pendant 8 ans à Tourion-Centre à temps plein, y'a eu l'ouverture de Tourion-Bretin, euh... j'avoue qu'il y avait des choses que j'arrivais pas à mettre en place ici, et quand ça fonctionne depuis 15 ans, c'est difficile de changer un fonctionnement, et je me disais, l'opportunité de Tourion-Bretin, c'est de mettre en place, d'ouvrir un nouveau service où là j'étais une des plus anciennes. Donc je suis partie à mi-temps à Tourion-Bretin et je suis restée à mi-temps ici, et j'ai suivi le quartier femmes, parce qu'à l'époque, on s'était réparti des secteurs : moi j'allais plus au quartier mineur, je m'occupais plus des hospitalisations. Pas par intérêt... je pense que tout m'intéresse, mais si on veut aller aux réunions, être en relation avec le réseau de partenaires, aller aux colloques, on peut pas tout faire. C'est pas possible, on est dispersé sinon, donc c'est vrai que moi le choix de m'orienter vers euh... 100% sur une unité, c'était aussi pouvoir aller à des formations complémentaires, les colloques, les réseaux, sur ce qui est le champ des addictions. Donc j'ai travaillé un moment mi-temps Tourion-Centre, mi-temps Tourion-Bretin, et puis euh... C'est compliqué le mi-temps, parce qu'on n'est jamais là. Aller aux synthèses des deux côtés c'était très compliqué, donc en plus y'avait des gens qui arrivaient ici, je m'entendais pas forcément, donc je suis partie à temps plein à Tourion-Bretin. Et à Tourion-Bretin, je garde un temps plein (enfin 90%) mais c'est un temps plein CSAPA femmes et hommes. Il y a 10% qui sont réservés à ce qui est arrivants, accueil, urgences qu'on a tous.

CL. : D'accord, donc c'est une après-midi par semaine... ?

Sylvie : C'est une après-midi par semaine d'urgence, et... une journée... ou une demi-journée d'arrivants par semaine...

CL. : Pas le même travail du tout ?

Sylvie : Non, pas du tout le même travail. C'est vrai que là on est en train de repenser aux urgences parce que c'est vrai que c'est très compliqué. Euh... parce qu'on est débordés de demandes qui ne sont pas à notre avis des urgences ! Qui sont soit des problèmes sociaux, et comme ils pas été vus, eh ben, ça devient une urgence parce que comme disent les surveillants, eh ben ils pètent les plombs. Mais nous on peut rien faire en matière sociale. Mais euh... soit c'est un problème directement lié à la détention et là aussi, c'est des choses... Soit c'est l'angoisse des surveillants, l'angoisse des SPIP, enfin ce que nous on appelle l'effet parapluie quoi. "Si le SMPR l'a vu ben je suis protégé". D'ailleurs...

CL. : ... comme si vous aviez un pouvoir magique ?

Sylvie : Ben... non c'est plus la responsabilité... Par exemple, on m'appelle, donc euh.. on m'envoie... on reçoit toujours un fax. Là aussi je pense que c'est la garantie d'avoir envoyé un papier. On reçoit un fax et dessus il y a marqué l'objet etc. Donc moi j'appelle, quelqu'un du QD par exemple, je leur dis : j'ai reçu un fax. Et il me répond : ah non non, mais il va mieux par rapport à ce matin ! (Parce que les urgences, on les traite l'après-midi, à partir de 14 heures). Il va mieux, ne venez pas ! Donc moi je demande : "ben envoyez moi un papier pour me dire qu'il va mieux et que vous me demandez de pas passer." "Ah non ! Bah alors passez !". Alors voilà. Ca veut bien dire que surtout il veut pas prendre la responsabilité de dire... après je comprends, c'est compliqué ! Mais du coup, il faut que je passe. Sauf que le patient, ben effectivement, entre le matin et l'après-midi il s'est passé un truc, il est en train de lire une BD, il comprend pas pourquoi je viens le voir... Donc voilà... Là à mon avis y'a un problème de formation des surveillants, parce qu'ils sont quand même pour la plupart très incompetents en termes de pathologies, c'est à dire qu'ils savent pas repérer euh... et puis une crainte phénoménale en terme de responsabilité, crainte de si il se passe quelque chose quoi... euh... et ils pensent que nous on a toujours la réponse précise de est-ce qu'il va passer à l'acte, oui ou non ! Et là... nous on n'a pas toujours la réponse précise ! Donc là des fois on a du mal à se comprendre quoi...

CL. : Pour revenir en arrière, vous disiez que quand vous êtes allée à Tourion-Bretin c'était avec l'idée de mettre en place des projets, c'était quoi ces projets, et est-ce que vous avez réussi à les... ?

Sylvie : ... C'était purement des projets d'organisation. parce que le fait d'être deux c'est compliqué parce qu'on court partout, mais à deux par contre c'est simple, on se réunit et on discute. A partir du moment où on a été renforcé, il fallait s'organiser. C'est tout bête, mais à Tourion-Centre à l'époque, on avait un bureau. Qui sert tous les matins pour les arrivants. Et on s'est retrouvé d'un coup à 4 ou 5. Donc l'organisation logistique était compliquée. Il fallait se mettre autour d'une table : qui fait quoi, quand ? Qui prend ses congés quand ? Il fallait instaurer des réunions, machin. C'était compliqué parce qu'on n'a pas eu l'habitude de le faire, parce que les psychologues sont pas gérés par les cadres, parce que le chef de service c'est pas son problème...

CL. : Pourquoi ? Parce que vous n'êtes pas sous la... ?

Sylvie : En fait nous on n'est ni médical, ni paramédical. Un peu les bâtards... On est administrativement rattachés au DRH qui ne veut pas s'occuper des psychologues. Administrativement il a des responsabilités, mais pour les congés, les machins, ben... le chef de service peut trancher mais on n'a pas de... ici présent dans la maison. Pas le cadre de santé, on a pas de compte à lui rendre, on est au même niveau hiérarchique. Donc il peut intervenir sur l'organisation, mais pas en terme de...

CL. : Recadrage ?

Sylvie : Voilà ! Donc la seule personne qui est habilitée à le faire, c'est notre chef de service ou notre directeur des ressources humaines. Alors là ils ont délégué un directeur, c'est notre directeur... des soins... qui est responsable de tous les psychologues du CHR. Bon mais on va pas le chercher pour des problèmes... bon... internes. Donc moi mon idée c'était de mettre en place des réunions où on se rencontre régulièrement et aussi des choses très... Que ce soit affiché. Voilà ! A Tourion-Bretin, on a réussi, on se rencontre une fois par mois, tous les psychologues, on fait le planning du mois, qui fait les arrivants, qui prend ses congés. Et tout est notifié au secrétariat. On note où on est, par demie journée. On est en récupération, on est en CA... Parce que ici les secrétaires ne savaient pas qui fait quoi, qui va où. C'était compliqué. Donc là c'est tout affiché. On a une vue..

CL. : D'ensemble ?

Sylvie : Oui, pour que tout le monde soit au courant. Et on a formé les nouveaux comme ça aussi. C'est pas simple, parce qu'on a toujours que 2 bureaux pour 5 temps plein, enfin 2,5, un qui sert pour les arrivants le matin, mais du coup on sature au niveau bureau. Donc c'est pas idéal. On peut aussi aller en détention, mais c'est pas idéal non plus.

CL. : Et c'est pas non plus un cadre thérapeutique très...

Sylvie : Voilà, c'est pas un cadre thérapeutique... Au bâtiment B, ça va relativement bien parce que géographiquement c'est relativement bien, mais le A c'est un coupe-gorge. On a même refusé à un moment donné...

CL. : Un coupe-gorge ?

Sylvie : On l'appelle le couloir de la mort hein euh... Le couloir de la A où y'a quand même très peu souvent de surveillants présents, la porte de... de la cellule qui sert de salle d'attente est toujours ouverte, et donc quand on est en consultation dans ce couloir qui ne donne pas face à l'atrium il y a personne qui passe, dans le coin y'a que le médecin et l'infirmier... et très souvent les patients tapent à la porte, rentrent pendant les entretiens donc ça énerve celui qui est en entretien, nous ça n'a rien de thérapeutique, parce qu'ils sont là à la fenêtre en train de regarder et des fois c'est très agressif voire quand même euh...

CL. : Violent ?

Sylvie : ... voilà... à la fois pour le patient, voire pour nous parce que le patient peut se lever parce qu'ils y a eu des collègues qui se sont fait un peu... euh... allumées... euh... lourdement, fin voilà sur des propos quand même litigieux etc. Donc à un moment donné quand on a fait référence de ça à notre chef de service il a pris la décision qu'on n'y allait plus. Trop risqué. Voilà, donc on a des réunions avec la pénitentiaires en disant : "ah là ça va pas c'est encore, etc. Il manque deux personnels etc." Y'a pas suffisamment de monde pour l'atrium donc ils laissent ouvert pour que les gens aillent eux mêmes mais bon... Donc c'est vrai qu'en bâtiment c'est compliqué...

CL. : Donc 2,5 bureaux pour l'ensemble des.... ?

Sylvie : On a 2,5 bureaux pour 5 temps plein...

CL. : Et les psychiatres ?

Sylvie : Les psychiatres ils ont deux bureaux pour euh... trois pour... quatre. Aussi. Donc tout le monde jongle... Les AS c'est pareil, elles ont 2 bureaux pour 4 et elles vont bientôt passer à 6. Les infirmiers ils ont 1 bureau. Euh... Voilà c'est compliqué au niveau des locaux. Alors c'est compliqué parce qu'on devrait être plus nombreux pour arriver, surtout là en ce moment...

CL. : Oui avec la surpopulation...

Sylvie : ... mais en même temps si on est plus nombreux, ben on est quand même bloqués au niveau des bureaux. Donc là y'a des bureaux qui ont été attirés au bâtiment B pour le SMPR, mais bon si y'a qqn on va pas déloger qqn pour reprendre le bureau, c'est pas vraiment des bureaux attirés, c'est pas comme les médecins, les médecins ont des bureaux qui sont vraiment les leurs, fermés...

CL : ... avec du matériel, etc...

Sylvie :... on n'a pas de matériel, on n'a pas d'ordinateur... On n'a pas de téléphone, enfin c'est... c'est un peu compliqué là dessus.

CL : Et du coup, est-ce que vous, vous ne voyez que des personnes enfin... tous vos patients sont des personnes qui ont des problèmes d'addiction ?

Sylvie : Oui... je sélectionne pas mais en fait on a pour principe qu'on... quand on fait les arrivants, on rencontre pour la première fois la personne, et c'est là qu'on propose, qu'on informe et c'est là qu'on dit ben voilà, si vous souhaitez... Donc c'est vrai que moi je prends de manière privilégiée tous les gens qui sont sous substitution. Parce que dans... dans le code du Vidal ils doivent avoir un suivi donc... Mais c'est aussi pour travailler avec eux, parce que c'est au moins important qu'ils aient une première rencontre. Donc c'est vrai que c'est pendant l'entretien arrivant que se fait la première rencontre. Donc par exemple moi je m'occupe moins des auteurs d'agression sexuelle et j'ai des collègues qui sont plus spécialisés que moi, plus compétents donc je peux réorienter, donc moi c'est vrai que je prends en priorité... et puis pour des raisons administratives. Parce que moi je suis... les budgets sont des budgets de la sécurité sociale qui sont donnés à l'hôpital pour travailler sur les addictions donc moi j'ai des comptes à rendre à la sécurité sociale et pour chaque patient c'est très administratif, ils demandent : quel premier produit consommé, depuis quand... Donc je ne peux pas rentrer qqn... On peut mettre le tabac mais euh... normalement quand même il faut qu'ils aient une addiction donc euh... Moi tous mes patients ont un trouble addictif. Bon après ça m'arrive, ça m'est déjà arrivé, en urgence aussi on récupère quelquefois des suivis, si la personne sort dans trois semaines et que je l'ai vue une fois et que je dois la revoir deux fois, je ne vais pas la réorienter, voilà... Mais moi ils ont tous effectivement un problème d'addiction. Ca peut être l'alcool, ça peut être au jeu, vraiment...

CL : Jusqu'au jeu, donc une définition large de l'addiction ?

Sylvie : Oui oui... Bon on n'en a pas énormément des patients au jeu... on en a un petit peu mais on n'a pas encore... ça amène pas au délit encore trop souvent.

CL : Je sais que... Monsieur XX m'a parlé d'une étude qui a été faite sur... les pathologies... les psycho-pathologies associées aux addictions et sur le fait qu'il avait remarqué dans ses publics une augmentation de ces...

Sylvie : Ouais. Oui, moi ça va faire 15 ans je crois... c'est vrai que le public s'est dégradé... hein donc euh... ceux qui ont pu bénéficier de la substitution en ont bénéficié puis sont partis et ceux qui ont bénéficié de ça... enfin il y a plusieurs choses qui ont pu être mises en place, et puis il reste aujourd'hui euh... les pires, ceux qui sont psychologiquement dégradés, qui étaient déjà en difficulté mais qui se sont dégradés avec l'âge et avec la toxicomanie. A la fois sur le plan somatique et psychologique euh... ceux qui ont pas bénéficié de tout ce qui est social et qui sont complètement désinsérés, la famille n'en veut plus et voilà ils sont SDF. Donc c'est vrai que la population s'est dégradée. Et quand on voit aujourd'hui les toxicomanes, ouaouh c'est vraiment une population en grande précarité quoi. Et ça représente quand même 40% de la population euh... pénale. On a... là j'ai pas fait les stats c'est la secrétaire mais... d'une année à l'autre c'est à peu près pareil, 40-42% de gens qui se déclarent à l'arrivée addict. Et on a 15% de la population générale qui est sous substitution... Ce qui est énorme !

CL : Par rapport à la population générale ?

Sylvie : Par rapport à la population des 40-46% qui se déclarent, un tiers sont sous substitution. 1/3 et ça correspond à 12-15% de la population générale. Qui ont besoin d'une substitution que ce soit méthadone, ou subutex... Donc là on a une vérification. Parce que quand je dis que c'est déclaratif, sans doute que c'est plus, notamment par rapport à l'alcool. Les gens sont plus dans le déni par rapport à l'alcool, sont plus en difficulté tout ce qui est conduite en étant alcoolisé c'est pas des gens qui sont alcooliques généralement, ce sont des gens qui ont des ivresses pathologiques ou qui ont des conduites addictives avec souvent des consommations d'alcoolisation ponctuelle mais aussi à prendre des risques nocifs, etc. Et pour eux ils comprennent pas, ils sont pas alcooliques, ils se lèvent pas le matin en ayant besoin d'alcool. Mais ils ont un problème, un trouble avec l'alcool. Donc c'est vrai que ces gens là sont dans le déni, ils se déclarent pas à l'arrivée : "bah non, je bois de temps en temps, un coup". "Et vous êtes là pour quoi ?" "Conduite en état d'alcoolisation". Donc on peut supposer qu'ils se sont fait arrêtés au moins deux fois, donc là y'a plutôt un travail... Et ce sont des gens qui demandent à être suivis parce la justice leur demande un suivi... C'est un peu paradoxal...

CL. : Ouais.. et alors c'est ce que je me disais par rapport aux addictions, est-ce que certaines personnes peuvent craindre ? C'est la première fois qu'ils vous rencontrent donc ils ne savent pas encore....

Sylvie : On leur dit généralement très vite qu'on ne fait pas partie de la justice et qu'on ne pourra pas les aider en matière judiciaire et qu'on ne fait pas partie de la pénitentiaire non plus, qu'on est un service... généralement, le jour de l'entretien arrivant, on leur dit... voilà. On est un service du CHRU, implanté dans les locaux qui nous obligent à respecter : "voilà, je ne peux pas vous passer le téléphone pour téléphoner, je peux pas faire des choses qui me sont interdites, par contre tout ce que vous allez me dire ici dans ce bureau va rester dans ce bureau". Alors ils comprennent très vite d'un côté, mais ils ont du mal à comprendre quand ils nous demandent de les aider. C'est à dire : là je vais mieux, j'ai fait des efforts, etc. est-ce que vous pouvez dire à la juge ? "Non, je ne peux rien dire à la juge parce que quand on est soumis au secret..."

CL. : Bien sûr...

Sylvie : ... on l'est des deux côtés. Mais là ils ont du mal... Ouais mais toutes les personnes qui se sont fait condamner pour avoir trahi le secret, c'était souvent dans l'intérêt du patient... Ouais. Généralement... les personnes qui sont...

CL. : C'est fou, c'est une grosse différence avec l'Allemagne, où le patient peut délier le psychologue du...

Sylvie : ... ouais, mais en France, non. Même dans l'intérêt du patient. Mais en même temps c'est logique. Parce que ça voudrait dire que... Si on parle ben forcément euh... Mais si on parle pas... C'est...

CL. : .. oui on peut toujours interpréter.

Sylvie : Et on s'est fait piéger sur plein de choses pour ça... depuis les RPS qui sont un enfer... ça complique tout. M. XX il a du vous expliquer en matière post-carcérale quel enfer c'était les RPS... Par rapport à ça effectivement c'est compliqué parce que quand y'a ces histoires de RPS, alors déjà est-ce qu'ils viennent pour les RPS ou pas... mais ça ça se travaille relativement facilement et on peu moi quelqu'un qui vient et qui me dit voilà je viens vous voir parce que le juge m'a demandé. Je réponds : "ben vous direz au juge que je vais bien". Alors ça les étonne. C'est une première provocation, mais après soit la rencontre elle se fait, "l'attestation vous l'aurez, vous êtes venu, vous l'aurez, pas de problème", mais maintenant qu'est-ce qu'on fait ? On en reste à l'attestation ou on va plus loin ? La rencontre elle se fait quelque fois. Donc l'intérêt il est là. Mais des fois il y en a qui racontent n'importe quoi mais qui vont venir 10 fois. Donc à un moment donné on faisait des attestations "je soussigné, machin, etc." et on mettait toutes les dates des rendez-vous. On s'est aperçu très vite qu'on s'était fait piéger au niveau des JAP avec cette histoire parce que... les JAP avaient considéré que quelqu'un qui avait 10 rendez-vous, était plus sérieux que qqn qui en avait 3.

CL. : .. Mais c'est complètement absurde parce qqn qui a 10 rendez-vous peut aussi être très très malade et...

Sylvie : ... en tous cas ce qui nous revenait... comme quelquefois ce qui nous revient : "le juge m'a demandé d'arrêter la méthadone" "ah bon, parce que maintenant le juge il est médecin ?" Alors là aussi des juges qui disent : "s'il est sous métha c'est que c'est qu'il est gravement atteint", d'autres qui disent : "non bah s'il est sous métha au moins il se soigne". On a des discours comme ça vraiment différents et le patient il vient nous voir et il nous explique... bon, nous on est un peu confrontés à "attendez le juge, c'est le juge, moi je fais mon métier et chacun essaie de..." Alors pour les histoires de RPS, on s'est rendu compte et on a rencontré les JAP en leur disant à partir d'aujourd'hui, vous n'aurez plus, parce que votre estimation est fautive, qqn peut être venu deux ou trois fois et on peut avoir fait un boulot remarquable et qqn peut se débrouiller pour casser la tête à tout le monde et venir 10 fois et on fait rien. Donc ça n'a aucune valeur, la quantité de RV, faut pas vous baser sur ça ! Et on a vu que c'était quand même ce qui comptait. Et du coup on était submergé de demande, alors voilà on a fait ça. Ça a pas plu au juge parce qu'on était vraiment très instrumentalisés, ça a été très mal, parce qu'à un moment donné, on a dit, "ok, refus d'attestation" quand on a vu ça et les juges refusaient toutes les permissions et disaient aux détenus : "le SMPR refuse de faire des attestations, donc allez vous plaindre là bas". Donc là on a eu... c'est pour ça qu'on s'est réuni, qu'on a discuté, on n'était pas d'accord mais qu'on a trouvé un compromis, sur l'attestation qu'on allait faire avec la date de démarrage de l'attestation, en attestant que ce que Monsieur est bien suivi et on met plus les... mais ça a été très chaud. Là euh... là on s'est vraiment fait instrumentaliser. Et on s'en aperçoit pas quand on se fait instrumentaliser...

CL. : ... oui, on s'en rend compte dans la pratique...

Sylvie : Hm... C'est ce qui est le plus difficile. C'est ce qui me fatigue le plus... C'est... pas les patients, c'est la lourdeur, la lenteur des choses... Surtout Tourion-Bretin... ici à Tourion-Centre, c'était quand même relativement facile, parce qu'on attendait dans le bureau, les gens venaient plus facilement, on appelait on nous les amenait, c'était relativement... facile d'accès. Là aujourd'hui, on galère énormément sur la perte de temps. Moi je pense... je pense faire une recherche là, elle est prête mais... à la recherche du temps perdu, parce que c'est vraiment... ne serait-ce que l'attente aux portes quoi. Ne serait-ce que l'attente aux portes, l'attente de nos patients, quand ils devraient être là et qu'ils n'y sont pas... A partir du moment où on l'appelle, alors des fois déjà ils le trouvent pas... Euh... alors c'est pas général... des fois ça se passe bien. C'est essentiellement du aux personnes, c'est pas une question de surveillants / pas surveillants, c'est les personnes... Y'a des gens avec qui ça roule tout seul, on arrive, il vient nous voir : "tu veux qui ?" Ca va très vite, ça roule et puis y'en a, on arrive, déjà ils sont assis, on rentre dans la pièce : "pfff.... il va falloir bosser", fin voilà, moi c'est le sentiment que j'ai. Euh... Moi mes relations avec la pénitencière par rapport à ça elle est claire : c'est pas mes copains. Alors y'en a avec qui je m'entends bien, mais je vais pas faire de copinage pour qu'on m'ouvre la porte plus vite, s'il faut que j'attende, tant pis j'attendrai, mais en attendant, s'ils ont quelque chose à me reprocher, c'est à dire que moi je peux dépanner... "J'ai vu Monsieur, il va pas bien, est-ce que tu peux le voir ?" "Ok, je vais le voir, c'est mon boulot". Y'a une urgence. Des fois on a des surveillants quand même qui sont bien qui repèrent "il est bizarre dans sa cellule, est-ce que tu peux le voir", moi je le vois. Qu'on me reproche que j'ai dit non alors qu'on a besoin de moi machin, mais pour le reste... moi je suis... je vais chez la directrice quoi. Du coup comme ça fait quelques années que je bosse là, je... je suis pas appréciée par tout le monde parce qu'ils savent que je ne passerai sur rien, je suis déjà intervenue plusieurs fois sur des trucs comme ça. Euh... le non respect devant moi vis à vis d'un patient, ça j'accepte pas... J'ai un patient qui est d'origine, euh... Thaïlandaise, qu'on appelle "bol de riz". Donc là je m'énerve quoi, je l'ai déjà dit à la directrice, j'ai dit la prochaine fois je vais voir la directrice en donnant le nom du surveillant. Mais quand même c'est pas... Je dis : "je regrette ! mon patient a un nom !"

CL. : ... C'est stigmatisant...

Sylvie : Oui, c'est stigmatisant et puis c'est "allez les tox !" 'fin... C'est ces aspects qui sont euh... qu'on fait pas le même boulot, qu'on parle pas de la même manière, nous on dit Monsieur, je sais que ça agace les surveillants.

CL. : ... ou patient...

Sylvie : ... on dit patient, oui... donc je sais que c'est un détenu, et je le garde en mémoire, parce que ça veut dire que je suis prête à accepter si on me dit à un moment donné, tu restes là, tu bouges pas, y'a un truc de sécurité, j'accepte. Mais... on se fout pas de ma gueule. Parce que des fois c'est quand même, je me suis très mise en colère ! J'étais d'urgence, on m'appelle pour un patient, on me dit qu'il est en promenade, je dis : "oui, mais c'est une urgence, on peut pas aller le chercher si c'est une urgence ? Moi j'en ai encore 4 autres à gérer...". "Non, on va pas chercher les gens en promenade, faut attendre la fin de la promenade". J'attends trois quarts d'heure. A la fin, le gradé passe et me dit : "qu'est-ce que tu fais là ?" "Ben j'attends" Parce que je peux pas partir c'est une urgence, je suis obligée de le voir. A la fin des trois quarts d'heure euh.. On me dit bah il est pas en promenade. "Ah, j'ai dit, là je crois que je vais me mettre en colère, parce que quand même on m'a fait attendre trois quart d'heure la fin de la promenade". Le gradé qui voit bien que... euh...

CL. : ... ça va bouillir...

Sylvie : ... va voir en cellule. Alors qu'on était censé y être allé maintenant et qu'on m'a dit qu'il était en promenade. Bref, ce monsieur était extrait. Donc j'ai appris au bout d'une heure, une heure et quart, qu'il était extrait, depuis le matin... 'fin quand même ! Donc là j'avoue que là, c'est le genre de truc que.. là je pardonne pas, quoi, là j'estime que vraiment on m'a fait perdre mon temps etc...

CL. : Oui oui... un manque de professionnalisme.

Sylvie : Donc c'est ça qui m'épuise ! De temps en temps je suis contente de partir en vacances pour ça ! C'est vrai que les patients finalement, moi je n'ai pas de souci. Bon après y'en a qui râlent pour ça... Mais c'est minime par rapport à... Je crois qu'il y a vraiment un problème de communication avec les surveillants... je crois qu'il y en a qui comprennent. Y'en a qui... La dernière fois je discutais avec des surveillants, bon là ça va mieux au quartier femmes. On a vraiment trouvé un...

CL. : Parce qu'est-ce qui fonctionnait pas au quartier femmes ?

Sylvie : Ben pareil... Ca a été très mal à un moment donné, ça a été très chaud euh...

CL. : Question de personnes ?

Sylvie : Oui question de personnes, je suis même intervenue en disant : "cette surveillante, c'est inadmissible", maintenant elle travaille plus au quartier femmes. Mais j'ai ciblé, j'ai dit un nom. Parce que j'avais quand même entendu un certain nombre de choses qui m'inquiétaient, euh... Je les ai fait remonter. On m'a dit "faut pas dire en général, faut pointer la personne qui l'a dit et un fait". Donc là j'ai pointé un fait précis et un événement. On a remis les choses au point avec le quartier femmes mais bon là aussi ça dépend des équipes. Parce que l'autre fois on discutait, la surveillante me dit : "oui, je comprends pas, la détenue elle veut pas vous voir, vous revenez..." Ils comprennent pas. Donc j'essaie de leur expliquer : "ben écoutez moi je sais pas mais aujourd'hui la patiente elle est pas prête à parler, peut-être qu'elle va pas bien. Et qu'après tout elle préfère aller en promenade. Elle est prête à annuler sa consultation, ça veut dire que je vais pas la voir demain, mais je vais reprogrammer une consultation. Parce que je peux comprendre que aujourd'hui on n'ait pas envie de parler à son psy. Ca ils ont du mal, ils pensent : "ah bah voilà, on les écoute..."

CL. : C'est un privilège en fait ?

Sylvie : Oui, voilà, c'est un privilège ! Certaines patientes qui sont du registre psychotique... je veux dire, ils comprennent pas ! J'ai une patiente elle me dit : "non je veux pas vous voir". Bon ben je lui parle 5 minutes et puis je lui dit "on se voit bientôt". Elle me dit oui. La surveillante : "mais elle dit n'importe quoi, elle vient de vous dire non". "Mais oui, mais c'est bien ça sa pathologie, c'est que là elle dit non mais peut-être que dans un quart d'heure elle est capable de dire oui". Donc là c'est vrai que y'a vraiment un problème de formation. Ils savent pas ce que c'est que d'être psychotique. Certaines... j'ai un jour entendu une surveillante me dire : "ouais, elle fait exprès le matin, elle me fait chier etc." Alors j'dis : "bah qu'est-ce qu'elle fait ?" Et tout ce qu'elle me renvoyait comme signe : c'est quand même quelqu'un qui s'arrachait les cheveux, qui avait des balancements autistiques, 'fin, voilà... Je lui dis : "vous pensez que c'est pour vous embêter que le matin elle fait ça ?" "Bah ouais !". Mais moi je peux pas leur dire qu'elle est psychotique la dame, qu'elle a ça, qu'elle a ça. Des fois j'essaie de leur faire comprendre que ça sert à rien... Hein une autre fois y'a eu une patiente qui était plutôt psychopathe mais qui était vraiment euh... et qui agressait et qui attaquait une surveillante et elle répond dans le même registre ! Donc euh... On me demande moi là d'intervenir, de la calmer et j'ai quelqu'un qui la remonte comme un coucou... Donc moi j'ai dit au gradé, "je peux en gérer une mais pas deux". Je gère la patiente mais là si la surveillant elle arrête pas . C'était un truc tout con, hein. Elle lui dit : "ouais moi je suis de XX (nom de ville), euh... je vous nique tous ici !" Et l'autre "ouais ben moi je suis de XX (une autre ville)". Et c'était parti quoi, frontal. Et j'ai dit au gradé : "non, je peux en gérer une mais pas deux. Donc soit vous gardez vos surveillantes et moi je gère !" Enfin voilà c'est le truc où je me dis : "mais elle est en train de la faire monter alors qu'on vient de la faire descendre". Et que elle va monter la patiente. Donc y'a certains surveillants. Là par exemple on voit quand même une grande différence avec les surveillants avec lesquels on travaille en médical... euh... ils demandent : "tiens lui il est bizarre, je sais que tu peux pas me dire, mais comment je dois me comporter ? Qu'est-ce que je dois faire ?" Des fois ils s'intéressent et ça va beaucoup mieux parce que le surveillant il a compris que de toutes façons ça sert à rien, il le fera pas changer, que en le calmant et en n'étant pas agressif, il fait diminuer la température et que ça sera mieux pour tout le monde. Mais certains surveillants pensent : c'est moi le chef ici ! Et il doit m'obéir et je dois me confronter et l'affronter. Or les psychopathes c'est ce qu'ils attendent ça ! Ils comprennent pas que...

CL. : ... en fait ils raisonnent comme si la population était... entièrement une population de gens qui vont bien...

Sylvie : ... oui voilà, capables de raisonner comme une personne qui a pas de pathologie. Or moi je pense et y'a une étude qui va être mise en place...

CL. : ... oui, Monsieur Jeunet m'en a parlé...

Sylvie : ... voilà ! Pour avoir scientifiquement, parce que nous on n'a qu'un aspect clinique, on note à l'arrivée... comme ça estimation clinique, mais c'est pas scientifiquement prouvé, alors que là ce sera scientifiquement prouvé, combien euh... Combien de personnes sont vraiment du registre de la psychiatrie. Et c'est vrai que alors, le registre de la psychiatrie...

CL. : ... au sens large ou la pathologie avérée ?

Sylvie : Au sens vraiment très large ! Parce que c'est vrai que moi j'ai vu une dégradation de la population en 15 ans. A ce niveau là, mais ce qui m'inquiète encore plus, c'est qu'on a aujourd'hui des gens qui sont du registre de la déficience... Je veux dire aujourd'hui on travaille avec (nom d'une association sur le handicap mental)... du registre de la démence, enfin... euh, là aussi c'est grave, on a

pas mal de gens qui sont plus que limités quoi, qui savent même pas où ils sont, qui sont... enfin moi ça je voyais pas avant... On a de plus en plus au niveau du travail social... je ne sais pas si vous aller les rencontrer...

CL. :... j'ai rencontré quelques éducateurs...

Sylvie : C'est des demandes d'AH... des demandes d'AH... C'est des dossiers qu'on faisait pas beaucoup avant, mais là aujourd'hui on en a plein. Plein plein plein. Des demandes de CMU, enfin une grande précarité. Donc là c'est inquiétant, la population se dégrade mais à plusieurs niveaux quoi, sur le plan de la santé. Aussi c'est vrai que...

CL. : ... Le somatique quoi ?

Sylvie : ... bon, oui, même s'il y a eu beaucoup d'efforts, et je pense que les personnes profitent parfois de l'incarcération pour venir se soigner. Pour certains ils disent j'ai pu me remettre un peu, heureusement que j'ai pu arriver parce que j'allais mourir. C'est vrai que certains ça leur a permis de remettre un pied à l'étrier quoi...

CL. : ... Ca doit être le cas souvent aussi pour des toxicomanes qui utilisent la prison comme un sas pour ne pas consommer pendant...

Sylvie : Alors certains effectivement on a l'impression qu'ils ont fait exprès. J'ai un patient un jour je lui ai dit : "tu as fait exprès, tu vas voler devant le tribunal ? Y'a plein de caméras ! Un autoradio en plus... autant demander tout de suite qu'on vienne t'ouvrir la porte ! Ca l'a fait rire, sourire, il dit que c'est vrai que c'est stupide. alors c'est vrai que pour certains c'est un moment... je pense pas qu'ils le fassent exprès parce que c'est pas possible de venir exprès en prison, mais quelquefois ils sentent que c'est ça ou la mort quoi. Et ils vont... un peu inconsciemment dans un passage à l'acte le faire... euh... ben peut-être ça va m'amener à me poser. Certains disent effectivement, si j'étais pas arrivé en prison peut-être je serais mort. C'est vraiment la dernière étape, ils savent qu'ils vont pouvoir se soigner en prison. Parce que nous forcément on les accepte. Ce qui est pas le cas à l'extérieur. C'est pas évident euh...

CL. : ... Je me demandais par rapport aux surveillants s'il n'y avait pas ce reproche latente de : "vous vous occupez de leur souffrance mais pas de la nôtre" ?

Sylvie : Ah si, si si, quelquefois... alors c'est vrai que... moi j'ai fait une expérience ça m'a servi de leçon. C'est pas que je suis payée pour m'occuper des détenus mais je pense qu'on peut pas faire les deux. Ils ont une psychologue qui s'occupe d'eux. Après c'est pas très judicieux, y'a plein de trucs qui sont pas judicieux. Je sais qu'à l'époque, le bureau était là (dans la cursive). donc tout le monde voyait... voilà y'a des choses à faire mais c'est pas évident, je pense que ça fait pas très longtemps que les psychologues sont à disposition des surveillants.

CL. :... C'est des psychologues du travail ?

Sylvie : Voilà. C'est pas ;.. facile, mais c'est vraie qu'une fois on m'a interpellée euh un samedi matin pour une surveillante qui allait pas bien. Le gradé me dit : "faut la voir, elle va pas bien". Non je dis, c'est pas mon boulot, je peux donner une adresse etc. Mais... "Ouais mais là elle va pas bien, elle est en poste de travail, qu'est-ce qu'on fait ? On arrive pas à la gérer, est-ce que tu peux pas quand même la recevoir ?" Bon... je la reçois. Finalement il s'avère que c'était pour un problème qui s'était passé la veille d'une violence avec un détenu, une bagarre, fin bref. Qui est un de mes patients. Alors c'est déjà compliqué parce que j'ai deux versions et que... bon... ceci dit elle est pas au courant que c'est mon patient, bref je l'écoute, etc. Et d'ailleurs elle me dit beaucoup trop, c'est un peu gênant parce que quand même ça reste quelqu'un avec qui je vais travailler et que pour moi c'est différent... Bref du coup, je vais voir son gradé en disant : "effectivement, je pense qu'elle doit pas rester en détention. elle va vraiment trop mal, c'est trop risqué". Bref, du coup son gradé la met au pic... au truc des... (elle mime les surveillants qui actionnent des boutons)... et en sortant je me prends une averse par la surveillante qui me dit : "merci beaucoup, hein ! A cause de vous je me retrouve ici enfermée..." Bref... mais c'est logique. Elle peut imaginer que j'ai retransmis une partie de l'entretien, je l'ai même freinée, je lui ai dit : moi je ne veux pas tout entendre. Je peux vous donner des adresses, je pense que vous allez pas bien, je pense qu'il faudrait consulter, etc. Mais c'est, je suis pas là pour les surveillants ! Après je peux entendre leurs difficultés, je peux comprendre et accepter un certain nombre de compromis parce qu'ils ont des conditions pénibles Mais je suis pas là pour eux, parce qu'on peut pas faire les deux. C'est pas possible. Et on en a beaucoup des surveillants qui voudraient raconter leur vie très vite, qui vont pas bien...

CL. :.. voire qui sentent l'alcool comme me l'ont dit certains de vos... ?

Sylvie :... voilà... euh... alors un peu moins qu'avant... mais bon des surveillants qui sont irritables, stressés, je veux bien croire mais moi j'y peux rien et je suis pas là pour eux. Moi je suis là pour... pour comme ils disent les voyous quoi. Alors y'en a, ça leur plaît pas. Y'en a quand même qui ont compris qu'on était là pour rendre leur travail un peu plus facile aussi parce que si les patients vont bien, ben ils ont moins de travail quoi. Donc ça tient aux personnalités. Ça tient vraiment aux... à la personne quoi. C'est pas les surveillants, ça dépend des surveillants.

CL : ... et vous disiez que vous pouviez faire remonter des informations sur des cas de maltraitance ou d'insulte ou...

Sylvie : Ah oui, moi quand je suis directement... je peux pas le faire quand c'est un patient qui me l'a raconté... parce que là... mais quand je suis directement témoin... là je vais voir directement le gradé... si je suis témoin. Après je peux dire aux patients : "vous avez moyen, soit de porter plainte, soit d'interpeller l'OIP... je leur donne l'adresse vous pouvez écrire !". Moi j'avais rencontré XX qui est la personne qui fait partie de l'OIP et qui est déléguée à Tourion. Donc moi je ne vais pas écrire, mais je peux leur donner l'adresse. Ils peuvent écrire eux mêmes, mais nous on n'intervient pas là dedans. Parce que de toutes façons, ce sera parole contre parole, donc euh... et moi j'ai pas le droit de donner la parole du... patient donc euh.. voilà quoi, c'est un peu compliqué mais...

CL : A propos de l'instrumentalisation, que pensez-vous pour votre part de l'histoire des commissions pluridisciplinaires uniques ?

Sylvie : Alors ça c'est compliqué parce que... on a eu un chef de service ici, moi j'ai eu pendant très longtemps Monsieur Cordier qui était très clair là dessus. Le secret médical pour lui c'était vraiment un cheval de bataille et il a toujours dit de mon vivant vous irez jamais à ces réunions parce que - je pense qu'il a raison -...

CL : Elles existent depuis quand ces réunions ?

Sylvie : Elles existaient pas à l'époque, mais il en entendait parler à l'époque, c'était pas ces réunions mais y'avait déjà des réunions de ce type là et lui disait toujours "non ! On ne peut pas se mettre autour d'une table pour ne rien se dire..". Enfin c'est complètement stupide ! Et c'est déséquilibré... Après y'a des enjeux de pouvoir, certains pensent que parce qu'on sait toute l'histoire du patient, ou on sait des choses qu'ils ne savent pas, ça donne un... quelque chose qui est de l'ordre d'un pouvoir... et le secret médical c'est la loi, on ne peut pas aller à l'encontre de la loi donc euh... on s'est retrouvés alors euh... à l'époque nous c'était niet, personne n'y va et c'était très clair que aucun des personnels ne transmettait des informations qui sortaient du cadre... après on peut dire des choses bien évidemment. Après y'a aussi de personne à personne. Mais c'est très compliqué, parce qu'on s'en va dans des choses qui sont dangereuses. Alors moi au début j'y suis allée à la CPU. Bon, la CPU quand ça a été ouvert, on a changé de chef de service. Il a accepté, on y est allé. Mais très vite on s'est aperçu que nos propos sont très vite interprétés... que euh... on nous amenait nous des éléments... des fois je me disais "mais qui vous a dit ça ?". Ce Monsieur est "psychopathe machin". Enfin des éléments qui étaient pathologiques mais définis par l'administration pénitentiaire, mais du coup, qu'est-ce que vous faites, vous acquiescez, vous êtes d'accord ? pas d'accord ? Moi j'ai rien à vous dire ! J'ai entendu quand même d'éléments qui sont plutôt de notre jargon et registres souvent mal utilisés et on me demande d'acquiescer.... enfin...

CL : Peut-être que c'est de l'auto-déclaratif ?

Sylvie : Voilà, y'a des gens qui disent : "je suis schizophrène, machin !" parce que voilà ils ont déterminé leur truc... Nous on est très mal placés parce que si on dit non/oui, on acquiesce, donc on s'est aperçu très vite qu'effectivement on se retrouvait à.. Ou alors : "qu'est-ce qu'en pense le SMPR ? Est-ce qu'on doit le sortir de sa cellule, est-ce qu'il doit être seul ?" C'est pas notre boulot. Euh.. Quand on estime qu'il y a danger, on le fait... on vous suggère "ce monsieur faut le changer de cellule", mais il y a des choses qu'on peut pas dire. Et c'est vrai que là on est instrumentalisés parce que moi j'ai vu très vite qu'il y avait des propos qui pouvaient être mal interprétés. J'ai jamais dit ça, mais le fait de pas dire, on peut interpréter comme si vous l'aviez dit. C'était quand même l'enfer. Après moi j'y suis plus allée...

CL : En fait maintenant plus personne n'y va ? Moi j'ai assisté à des...

Sylvie :... plus personne n'y va. Non. A un moment donné on a décidé que c'était plus qu'une seule personne parce qu'elle avait l'habitude d'y aller et du coup, c'est différent. Donc nous on venait dire ce qu'on pouvait dire, dans le cadre du non secret dévoilé euh mais là...

CL : ... C'était pas grand chose alors ?

Sylvie :... Non, pas grand chose, c'est ce qu'on a toujours fait, mais après c'était compliqué, avant on était présent, chacun parlait et nous on disait : "on n'a rien à dire". Par contre on assistait un peu comme du voyeurisme. Alors c'est vrai qu'on apprenait beaucoup des gens... mais c'est... là aussi y'a un décalage, comme si on prend tout et on donne rien. C'est pas la même chose.

CL : ... Oui, et le secret médical a une définition très large, c'est tout ce que vous avez entendu...

Sylvie :... entendu, pu définir, c'est-à-dire déduire, enfin tout ! Supposer... etc. Et même si le patient nous délivre, nous demande de dire, on peut pas. Donc c'est compliqué. On peut lui suggérer d'aller dire lui même. Voilà c'est la seule chose qu'on peut faire. Donc c'est vrai que parfois on dit, "oui, ce monsieur, c'est vrai, ce serait bien si vous pouviez le mettre tout seul, ce serait pas mal...". Je leur ai déjà dit, si je viens le demander c'est qu'il y a un intérêt, je le fais pas... on se mêle pas des.... des.... des histoires de cellule. Quand on le fait c'est quand on estime qu'il y a danger, qu'il peut y avoir danger... Donc moi j'estime, voilà, faut respecter, vous savez qu'on va pas le faire abusivement. Certains vont pousser, demander "oui, mais pourquoi, parce que moi je peux pas le changer" "ah bah si tu me dis pas pourquoi je peux pas le changer". Ça c'est de l'instrumentalisation, c'est vraiment....

CL : ... du chantage quoi...

Sylvie : Du chantage ! Donc là effectivement, ça me met en colère quoi.

CL : ... et une autre situation où vous êtes sollicités, c'est le QD ? mais j'ai pas compris si vous étiez sollicités à chaque fois ? A chaque fois qu'une personne est placée vous devez y aller ?

Sylvie : Non, en fait, y'a le QD, systématiquement le médecin est obligé de passer, nous systématiquement on nous prévient. Le médecin est obligé, lui, il y a une circulaire. C'est dans le code... méthodologique... Il y a un guide spécifiquement pour la... pénitentiaire en matière médicale... donc c'est dans le code de procédure... Et nous par contre, on est sollicités quand... y'a une demande... Soit de la personne, "je veux voir un psy", soit qu'il y a eu des propos, un risque suicidaire, ou "je le trouve bizarre".

CL : ... C'est-à-dire combien de cas ? 100% ou bien beaucoup moins ?

Sylvie : Non non... pas 100%, la moitié, même pas ! Peut-être... Soit ce sont des personnes qui sont du registre euh... avec des pathologies lourdes, qui souvent nécessitent une hospitalisation, soit ce sont des personnes qui très clairement veulent sortir, veulent pas faire leur peine et nous on leur explique qu'on n'est pas là pour annuler une punition parce qu'on n'a rien à voir avec la punition. Soit ils sont vraiment trop mal et là on leur propose des soins. Mais avec toujours, c'est très compliqué... Le QD, les sorties du QD... En plus on n'est pas tous d'accord, enfin même...

CL : ... Au sein de l'équipe ?

Sylvie :... au sein de l'équipe sur les procédures à effectuer. Euh...

CL : ... Il porte sur quoi le dissensus ?

Sylvie : Alors il y a des médecins qui sont contre l'idée du QD et qui disent à partir du moment où quelqu'un est en souffrance je ne le laisse pas au QD donc je le sors systématiquement. Voilà. J'estime que c'est inhumain, etc etc. donc moi je suis pas... Donc moi cette personne est en train de me dire qu'elle souffre de cette euh... position, j'ai la possibilité de le sortir, donc je le fais. D'autres personnes sont plus dans "j'évalue la situation, si la personne effectivement est en difficulté... et présente des signes pathologiques suffisamment graves, je le sors mais je le mets en HO... parce que j'estime que..." et puis d'autres personnes sont... "je n'interviens pas dans la logique du QD, parce que..." On a fait une étude, on a fait une étude euh... si ça vous intéresse je vous donnerai les résultats, je les avais mis sur un power point donc je les ai quelque part. Sur appeler toutes les structures pour savoir comment elles fonctionnaient au niveau des urgences, du QD, etc. C'est très variable. Très très très variable. Voilà y'en a qui sortent jamais du QD, y'en a qui vont jamais au QD... Pareil les consultations, certains n'acceptent pas de faire des consultations au quartier disciplinaire. Donc là aussi c'est au cas par cas... C'est vrai qu'on préfère... Et c'est toujours plus facile à gérer, d'amener le patient dans l'unité centrale, de le voir dans un créneau qui nous est destiné pour gérer cette histoire. Alors c'est vrai que souvent c'est de la pression, c'est de la menace... y'a pas d'éléments pathologiques avérés, et c'est plus du chantage, mais là aussi, c'est euh... si on vient demain et qu'il s'est pendu... Hein c'est toute l'angoisse qu'on peut avoir ou qu'on nous transmet. Alors des fois, je me souviens d'un patient ou on avait estimé qu'il y avait pas... pas de troubles pathologiques si ce n'est "j'ai pas envie de faire le QD, sortez moi, sinon je vais passer à l'acte". Y'avait pas de signe vraiment de dépression, etc. etc. Mais on sait aussi qu'un psychopathe peut aussi dans un moment "je suis capable de le faire euh..." Donc voilà c'est toute l'ambiguïté de ça. Donc nous avec une grande pression, on disait non, y'a pas

d'élément ou la pénitencier avait peur parce qu'il était très menaçant et on nous appelait : "vous êtes sûrs que vous le sortez pas, vous êtes sûrs que vous le sortez pas ?" Fin ouh ! Je me rappelle, on était parties le soir avec ma collègue on n'était pas...

CL. : ... Et qui est ce qui vous demande de le sortir ?

Sylvie : C'est très rare hein, c'est très rare...

CL. : ... Parce que j'avais souvent l'impression que les surveillants disaient : "mais vous les sortez tout le temps" ?

Sylvie : Ca dépend des surveillants. Il y a des surveillants qui peuvent être inquiets. C'est arrivé qu'un surveillant, à l'époque on avait un surveillant du QD qui était très très humain, très gentil. Et d'ailleurs il a changé de poste après, mais lui véritablement il avait peur quoi c'était... Donc voilà, nous on prend une décision on assumera le lendemain matin, c'est pour ça qu'au QD on essaie d'y aller à deux aussi, pour moins porter sur les épaules, mais c'est vrai qu'on s'en va, la première chose qu'on fait le lendemain, c'est "y'a rien eu hier ?". Voilà c'est inquiétant... Et on veut pas prendre de risque. On va faire sortir plus que... ce qu'on... pour être sûrs de pas prendre de risques. Certains on dit "pas sûr" mais je vais pas prendre le risque quoi. On va pas... Et donc c'est vrai que les surveillants pensent que nous on a un malin plaisir... Y'a des tracts qui ont déjà été faits à ce sujet.

CL. : ... Oui, c'est aussi ce que j'ai entendu...

Sylvie : ... voilà que les médecins font sortir systématiquement... Non ! Et puis nous on n'a pas envie, on n'est pas euh... ni le bon qui fait sortir systématiquement ce qui relève de la punition ni celui qui acquiesce de la punition. On essaie toujours justement de dire "écoutez monsieur, ça... ça ne nous regarde pas..." Vous avez commis un délit machin vous en répondrez à la pénitencier... Moi je dis là dans la situation dans laquelle vous êtes, qui est une situation de privation, d'enfermement etc. qui est une punition certes... parce que des fois on rappelle juste à la personne, il nous dit : "ouais j'ai pas de télé, machin", "bah c'est le QD Monsieur !" "Ouais mais moi j'aime pas..." "Mais vous savez que c'est une punition ? Donc c'est normal qu'une punition on n'aime pas !" Donc parfois une simple discussion ça permet... Et où il me dit : "ouais, donc vous vous me faites pas sortir ?" "Ben non, ben d'abord on n'a pas... une autorisation de relever la punition..." Voilà on discute de ce que c'est... mais on dit juste : "nous on est médecin, donc qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse pour la punition on peut rien faire, donc on peut vous aider avec un traitement, parce que vous êtes en colère et que ça va pas... on peut vous aider avec ça, avec ça, mais..." Et puis y'en a d'autres qui sont complètement hallucinés ou pour qui ça peut être dangereux, et c'est même aussi... alors là c'est vraiment euh... le pire des pires qui nous est arrivé à nous, c'est de laisser quelqu'un au QD par mesure de protection. C'est malheureusement arrivé, un jour au départ d'HO, mesure de protection pour lui même et pour les surveillants. Parce que quoiqu'on pense des surveillants, on n'apprécie pas quand ils se font défoncer, hein !

CL. : ... oui, j'imagine...

Sylvie : C'est pas euh... Même si certains des fois on se dit : "lui il l'a bien cherché et ça m'étonne pas qu'il ait eu des coups" Parce qu'il y a des surveillants qui sont sévères, droits, mais justes. Et je crois que les détenus apprécient ça. Mais ce qu'ils aiment pas c'est ceux qui "à toi je te dis oui, à toi je te dis non". Moi je préfère qu'on s'en tienne au règlement, c'est non, c'est non pour tout le monde. Ces surveillants là sont perçus comme "c'est une bourrique, et y'a pas moyen". Mais ils sont respectés, parce que vraiment ils disent nous à tout le monde. Parce que très vite, ils savent hein, les failles, les... ils connaissent un peu...

CL. : ... Cette question des hospitalisations d'office, j'ai cru comprendre que c'était particulièrement compliqué dans ce département...

Sylvie : ... oui là aussi on a fait une étude pour voir comment ça se passe aussi chez les autres, bah c'est avec l'étude des... urgences et du QD...

CL. : ... chez les autres ?...

Sylvie : ... SMPR de France ! Ouais ouais ! Et on est les seuls à avoir des refus. Bah les autres, 1) ça part, ça part très vite et y'a jamais de refus. Nous... ça part pas... ça part très longtemps après la demande et on a des refus, enfin pas des refus, on a des non-autorisations, parce que des refus ils peuvent pas. C'est le préfet qui refuse, mais jamais il enverra un papier de refus, parce qu'il a pas le droit, donc par contre, quand on appelle on n'a pas l'autorisation et tant qu'on n'a pas l'autorisation, on peut pas... Et on nous dit "vous l'aurez pas"...

CL. : ... Ah oui, d'accord, on laisse traîner le truc en fait ?

Sylvie : On nous dit de toutes façons vous recevrez pas, le préfet est pas d'accord. On peut avoir un papier ? Non ! Ils envoient pas de papier de refus ils savent que c'est illégal. Et on est les seuls dans la région hein ! Juste le XX (nom du département) ! Et c'est effectivement très grave, on a une personne qui est décédée... euh...

CL. : ... A la suite d'un refus... enfin d'une non-autorisation ?

Sylvie : Oui, il est décédé de... suicide, je sais plus si c'était au QD ou...

CL. : ... Donc ça vous oblige un peu à sélectionner les gens qui vont partir en HO en fonction de ces contraintes là ?

Sylvie : Bah nous non... enfin on peut pas rentrer dans leur jeu, parce que là aussi on va être instrumentalisés. Généralement ce sont des gens qui sont décrits comme dangereux, mais dangereux au sens criminel, pas au sens pathologique et donc du coup, nous... oui, bah oui, mais il est dangereux aussi en prison, pour lui pour les autres. Et il va mal.. Donc oui, il est sans doute dangereux au sens euh... mais c'est pas une raison pour ne pas le soigner... Donc après je pense que c'est les dispositifs à l'extérieur qui sont mal équipés, que les UMD sont débordées... Parce que nous on pourrait en envoyer énormément en UMD. Que les... du coup les institutions nous les renvoient beaucoup plus vite... Les guérisons dans les transferts, c'est miraculeux, hein ! C'est incroyable, les patients partent malades de chez nous il arrive là bas, guéri. Donc nous on comprend pas, on nous renvoie très vite la patate chaude quoi.

CL. : ... Parce que les hôpitaux sont pas équipés ?

Sylvie : Parce que ça fait peur hein, moi j'ai déjà discuté avec les hôpitaux, et puis Mélanie a quand même un beau boulot de liaison avec eux donc c'est vrai qu'ils sont en difficulté quoi.

CL. : ... Mais ça c'est qqc que j'ai du mal à comprendre, parce que c'est... comme vous le disiez au début c'est des personnes comme les autres, qui ont commis des délits des crimes, etc. mais qui dans l'interaction quotidienne sont des malades comme les autres...

Sylvie : Oui oui oui...

CL. : Du coup, qu'est-ce qui bloque dans les hôpitaux ?

Sylvie : C'est la peur ! La peur ! alors la peur, au niveau... voilà c'est qqn qui fait peur, qui est dangereux, ça fait peur, et puis le fait qu'on est médiatisé aussi... euh... des cas... finalement quand on regarde sur l'ensemble des crimes, il y en a très peu qui sont effectués par des gens malades mais pour ces gens qui sont malades ils sont systématiquement médiatisés. Donc forcément on a l'impression qu'on a plus de chance de se faire tuer par un fou que par quelqu'un euh... qui est dit plutôt normal etc. Or il y a plus de situations de... crimes qui sont... pas commis par des fous. Sauf quand y'en a un... on va en parler...

CL. : Même si c'est une représentation complètement...

Sylvie : ... mais on sait quand même que les représentations des médias sont quand même très fort là dessus quoi. Font passer le message qu'ils ont envie de faire passer. Donc même si les personnes à l'extérieur, dans la psychiatrie etc. ils sont quand même sous... et puis y'a ça et y'a la responsabilité. Parce qu'aujourd'hui le gouvernement est prêt à taper, faut trouver un responsable.

CL. : Dès qu'il y a une évasion ou un truc...

Sylvie : Donc forcément qui va être responsable ? Le préfet qui a signé l'acceptation de l'HO ? Le médecin qui reçoit ? L'infirmier qui a pas fermé la porte ou qui s'est fait piquer ses clés ? 'fin je veux dire, euh la responsabilité faudra bien que quelqu'un l'endosse surtout si la personne a commis un délit. Faudra que quelqu'un paie pour ça... Là on est confronté à...

CL. : ... D'où l'UHSA qui permettrait ?

Sylvie : Alors l'UHSA on espère, à condition que ce soit vraiment comme promis... moi j'attends... Donc je sais pas... je suis comme Saint Thomas... Si c'est comme ils le disent pourquoi pas, c'est à dire comme un hôpital psychiatrique avec que des soignants et qui fonctionne comme euh... parce qu'il y a très peu d'agressions dans... dans les hôpitaux psychiatriques. et puis surtout je pense que... ça y'a des surveillants qui comprennent pas, le fait de pas avoir l'habit du surveillant on a un tout autre impact.. Et j'ai déjà expliqué à un surveillant euh... par exemple, on va chercher un patient dans la cellule il dit non bon, c'est un patient qui est psychotique, on a besoin de le voir, on a besoin de vérifier comment il va etc. A un moment donné on avait dit, "bah laissez l'infirmier aller jusqu'à la cellule, lui parler, il va venir". "Ouais c'est ça, on nous prend pour qui ? Je sais pas le faire ?" "Non ! - mais j'ai déjà expliqué au quartier arrivants ! Vous êtes en bleu on est en blanc ! C'est pas la même chose ! En bleu aux arrivants par exemple, Titi, le surveillant il me dit "il veut pas venir". Je dis, "est-ce

que je peux venir le voir ?" "Bah si tu veux, il me dit !" Alors voilà, je dis "bonjour, je suis psychologue, vous inquiétez pas - alors des fois je le prends à la plaisanterie - je vais pas vous faire mal, ça va pas durer longtemps, j'ai juste besoin de vous poser quelques questions, voir comment ça va." Le patient vient de dire non au surveillant, et moi il me dit oui ! C'est vrai que le surveillant il me dit : "C'est dégueulasse moi je comprends pas !" Alors il comprend aujourd'hui ! Je dis pas qu'il fait mal son boulot et que je le fais mieux que lui ! On fait pas le même boulot ! Mais y'en a certains, ils vont dire : "bah c'est ça, dis que je demande pas assez bien ?" Moi y'a des choses que je ne ferais pas ! Tu me demanderais de faire, je le ferais pas et ce serait mal perçu ! Je ne vais pas fouiller quelqu'un ! Voilà c'est des choses différentes ! Et ça ils ne comprennent pas !

CL. : Et puis y'en a peut-être aussi des fois qui aimeraient bien jouer plus un rôle de psychologue qu'un rôle de surveillant ?

Sylvie : Bah alors ça ! Oui, je... je suis peut-être un peu intervenue à la sauvage... j'ai participé à la présentation d'un film qui avait été mis en place sur la prévention du suicide pour les surveillants. Donc c'était comment il s'appelle... euh...

CL. : ... Terra ?

Sylvie : ... oui Terra, qui présentait etc. Et on voyait un surveillant faire un entretien avec un patient et qui était quand même un entretien posant directement les questions sur le suicide, ce qu'on fait nous systématiquement en entretien arrivants. Alors euh... voilà, ils m'ont demandé ce que j'en pensais ! Alors j'ai dit... "ouais ? !" Alors déjà ça me paraissait un peu utopiste la manière dont le film était fait... On était un peu dans le monde de Oui oui... Moi je veux bien hein, mais bon j'assiste pas souvent à ce genre de truc... mais bon bref, imaginons que ce soit au mieux. Mais aussi moi je pense que d'abord les conditions dans lesquelles c'est fait, j'ai déjà vu et entendu un surveillant, un gradé dire, euh... "bon tu vas pas te suicider, hein ?" La porte ouverte, devant les autres... Y'a pas de confidentialité... Et puis la manière de... on le dit pas comme ça ! Parce que moi je sais que les stagiaires psychologues, je les sens, ils flippent quand arrive cette question, ils tournent autour du pot, ils arrivent pas à le dire... Parce que c'est quand même pas simple, moi maintenant je le dis parce que j'ai l'habitude. Euh... "Est-ce que vous avez déjà eu une dépression, est-ce que vous avez déjà attenté à vos jours" Voilà. Il faut poser la question, parce que ça fait partie des antécédents et ça nous permet à nous d'avoir un critère. mais après y'a la manière de le faire. C'est pas la même chose... et c'est surtout moi j'ai dit ce qui m'inquiète c'est le contexte, parce que si c'est fait sur le coin d'une table avec trois autres détenus et euh... c'est n'importe quoi ! C'est pire que de rien demander...

CL. : ... en plus je me disais, ça peut saper votre travail, si vous arrivez en dernier et que le patient, on lui a déjà demandé 5 fois, il doit se dire... ouh là là !

Sylvie : En plus ! Oui en plus ! Et puis comment va être interprété ça ? Parce que nous, la question est posée, mais bien sûr que s'ils répondent oui, on va aller plus loin : ah bon, et c'était à quel moment ? C'était un moment difficile ? Fin on va aller plus loin et chercher. Très vite on va s'apercevoir que c'était il y a 5 ans et qu'il y avait une rupture sentimentale, aujourd'hui tout va bien on n'est plus dans les mêmes conditions, ou alors, ça s'est accentué parce que depuis il s'est passé encore des choses etc. et c'est encore plus dangereux. Donc on a le droit d'aller plus loin parce que c'est notre boulot. Mais je pense que c'est pas le travail des surveillants ! Et puis la manière de faire ! Et ils ont un costume bleu ! Enfin ça ça restera... Même si nous on n'a pas la blouse blanche, les psychologues ont toujours refusé de porter la blouse blanche, on est quand même perçus comme des soignants.

CL. : Vous portez pas la blouse blanche, mais c'est un refus... national ou ?

Sylvie : Non non non non, ça a toujours été, je sais pas les autres maisons d'arrêt, mais nous ça a toujours été, on a toujours estimé qu'on n'était pas médicaux, qu'on n'étaient pas médecins et qu'on voulait garder notre place de psychologue, c'était important. Les assistantes sociales et les éducateurs non plus ils en portent pas !

CL. : Pour affirmer une identité qui serait plus..

Sylvie : Je suis pas médical, je suis psychologue quoi... et... alors si je travaille à l'hôpital, peut-être que je la mettrai, mais je sais pas en prison, je trouve pas ça judicieux de mettre une blouse blanche. Je... Mais tout le monde est d'accord là dessus. Alors peut-être qu'un jour y'aura une psy qui dira moi je veux la mettre.

CL. : Cela dit les psychiatres ne mettent pas de blouse blanche non plus ?

Sylvie : Non, ils mettent pas non plus les psychiatres. Y'a que les médecins... médecins généralistes. C'est vrai que les psychiatres la mettent pas non plus non. C'est historique je crois qu'ils l'ont jamais mise ici... La blouse... Je pense que... On nous a jamais obligé à la mettre... (rire).

CL : ... D'accord. Et vous du coup, vous restez à Tourion-Bretin ?

Sylvie : Moi je reste à Tourion-Bretin, à temps plein à Tourion-Bretin...

CL : ... Avec la volonté d'aller à l'UHSA ensuite ou ?

Sylvie : Non. En fait maintenant moi j'ai développé pas mal de réseau pour les addictions donc je suis bien implantée dans... je fais partie de l'ANIT (Association nationale des intervenants en toxicomanie). Donc du coup, je vais aux réunions annuelles de.. Voilà le champ des addictions m'intéresse toujours. Le champ de la psychiatrie euh... m'intéresse aussi mais moi c'est vrai que j'ai un peu constitué mon réseau et puis je suis contente de travailler à Tourion-Bretin. Donc pour l'instant j'ai pas de projet...

CL : ... Donc quand vous avez un patient qui a... un problème que vous considérez comme plutôt psychiatrique, vous le renvoyez vers quelqu'un ?

Sylvie : Non parce que j'en ai... mais il faut qu'il ait au moins une addiction, après j'ai toute la panel qu'on peut avoir, mais euh... là à l'UHSA ce sera vraiment l'hôpital psychiatrique plus hospitalisation hein. Il y aura de l'ambulatoire mais ce sera plus de l'hospitalisation. Bon, ça m'intéresse pas forcément. C'est pas quelque chose qui... bon et puis géographiquement ça m'intéresse pas non plus. Moi j'habite à XX donc je suis bien à Tourion-Bretin. Et... voilà quoi.

CL : Hm hm... Et changer pour travailler en milieu ouvert ?

Sylvie : Alors là ce serait vraiment une opportunité ! C'est à dire que... moi pour l'instant je suis pas épuisée. Donc j'ai encore un intérêt à travailler là où je travaille. Je pense qu'il y a encore plein de choses à faire... je suis encore dans la bataille, je lâche pas le morceau quoi... des fois je suis épuisée parce que voilà c'est fatiguant... deux institutions, deux trucs... mais voilà moi je pense qu'on fait quand même des choses intéressantes. Euh... donc je suis pas épuisée, j'ai encore envie de faire plein de trucs, mais après, ce serait une opportunité d'un truc que je me dirais : "han ! je trouve ça génial !".

CL : Donc pas par dépit ? !

Sylvie : ... non, ce serait vraiment une opportunité euh... Voilà j'ai visité un centre à Paris, un centre de postcure, avec un super système... Voilà y'aurait ça ici, peut-être je quitterais parce que le poste m'intéresserait et que... mais là pour l'instant y' rien qui...

CL : ... Oui... ah y'a une autre question que j'ai complètement oubliée, je sais qu'on m'a dit à plusieurs reprises que vous n'aviez pas accès aux dossiers pénaux, est-ce que c'est...

Sylvie : Non, on n'a pas accès...

CL : ... Mais c'est dans le droit ou c'est une pratique locale ?

Sylvie : Je sais pas si c'est une pratique locale... Ou... On n'a pas accès mais... euh... avec les SPIP généralement ils nous disent. Alors le patient nous dit aussi pourquoi il est là. Pour les auteurs d'agression sexuelle c'est plus compliqué, mais moi j'ai pas tellement d'auteurs d'agression sexuelle, mais les patients généralement me disent pourquoi ils sont là, comment ça s'est passé. Après moi j'ai pas besoin de détails euh... C'est plus pour certaines personnes pour lesquelles on comprend pas ce qui s'est passé des fois ça peut aider pour le suivi mais avec les SPIP certains nous fournissent les éléments après c'est plus de personne à personne. Mais normalement au niveau du greffe, on peut demander, hein, on peut avoir accès...

CL : ... Oui, c'est ça donc c'est pas une interdiction légale, vous faites partie des personnes qui sont incluses dans le secret..

Sylvie : Après au niveau des surveillants aussi on demande : "tiens pourquoi il est là lui, c'est bizarre ce qu'il m'a raconté". Mais c'est vrai que pour nous c'est vraiment pas la partie la plus importante. Des fois le délit, euh... c'est pas ce qui importe... Il est directement ou indirectement lié à la pathologie mais... bon c'est pas ce qui m'intéresse le plus quoi. Surtout que moi la majeure partie des addictions, c'est ben, des vols, des agressions, en général hein. Des conduites sans permis, alcoolisées, des violences, bon, c'est pas... C'est directement ou indirectement lié à leurs consommations ou à leurs problématiques... Ouais, ce serait peut-être plus le cas si...

CL : ... Ce serait plus le cas si...

Sylvie : Oui, je pense que les auteurs d'agressions sexuelles, c'est ceux qui nous embrouillent le plus dans les propos qu'ils peuvent tenir ou ce sur quoi ils sont accusés et que pour travailler avec le déni, par exemple, c'est important d'en savoir un petit peu, pour dire euh "mais attendez, je comprends pas Monsieur, vous m'avez dit ça mais c'est pas tout à fait ça ?" Les termes utilisés, c'est pas l'exactitude... Des fois c'est intéressant pour travailler ce pour quoi ils sont là. Donc c'est vrai que...

Pour certains patients c'est intéressant d'avoir... Moi j'ai des patients qui me fournissent tout même leur euh... leurs résultats d'expertises par exemple. Des fois d'ailleurs on travaille sur ça, ils ont été expertisé, ils comprennent pas les mots "on m'a dit que j'étais comme ça, qu'est-ce que ça veut dire". Ils ont peur ! C'est vrai que le jargon utilisé, "je suis un état-limite, qu'est-ce que ça veut dire Madame, c'est dangereux ?" Voilà. On leur explique, avec des mots simples hein, euh... ben voilà, ça veut dire ça pour vous. Bon vous êtes d'accord ? Vous avez du mal avec le fait d'être abandonné, les ruptures c'est difficile d'arrêter quelque chose, ben voilà. Par exemple avoir des difficultés avec l'abandon, c'est un signe, on dit "un état-limite". On leur explique des choses très concrètes avec lequel ils peuvent être d'accord. "Ah ok, je suis comme ça, ah d'accord. C'est parce que je suis comme ça qu'on dit que je suis..." Voilà on leur explique... Bon des fois c'est pas simple parce que les experts c'est un peu chaud et...

CL. : ... Parce que ça peut être un peu caricatural ou un peu rapide ?

Sylvie : Voilà. Et puis le jargon c'est vrai que... C'est un peu dur quoi... Mais bon, j'ai pas mal de patients qui viennent avec leur papier en disant euh... expliquez moi ! Au secours ! J'ai un jour un patient qui me dit : "je veux vous voir". "Je suis d'accord, mais dites moi pourquoi, j'aimerais quand même savoir ce que j'ai fait, ou ce qui se passe ?" Il me dit "ben voilà" il vient avec son papier, "on m'a dit que j'étais irrécupérable socialement". "Ah bon ?" Effectivement on a écrit euh... "Alors moi, qu'est-ce que vous voulez Madame ? Je suis irrécupérable socialement je vais quand même pas me battre pour rien, je suis irrécupérable !" C'est vrai qu'avec ce genre de truc, bon ça sabote quoi... Bon c'est rare, mais bon ça arrive. Ce genre de truc...

CL. : ... Mais les experts savent bien que les patients vont lire ? Parce que c'est violent de dire ça... ?

Sylvie : Je sais pas oui... Oui c'est violent c'est sûr. Et puis moi je ferais pas ce métier si je pensais que tout le monde est... Y'a toujours un espoir, y'a toujours un truc récupérable. Bon, alors c'est vrai qu'il y en a pour qui c'est plus compliqué que d'autres mais... dire de quelqu'un qu'il est irrécupérable, je trouve quand même ça... Assez... triste... pour un psy quoi. Mais bon on n'a peut-être pas la même vision des choses.

CL. : ... Ok, ben je pense que...

Sylvie : On a fait le tour ?

CL. : Oui, ben oui, je pense, je vous ai posé beaucoup de questions ! Merci beaucoup !

2. Entretien avec Madame Gerhardt, directrice du service d'expertises pénitentiaires (PsychD) de la prison de Grünstadt, 3 novembre 2011, 95 minutes.

Les noms fictifs des personnes ou de lieu présentés dans la thèse sont indiqués. Les autres noms de personnes ou de lieux sont signalés par une double croix.

CL : Also ich habe mit Herrn XX letzte Woche diskutiert und eigentlich haben wir vielmehr über den Maßregelvollzug als über den PsychD gesprochen, weil er eine gute Erfahrung im Maßregelvollzug hatte, was mich auch interessierte. Ich habe viele Fragen zum PsychD und vielleicht zuerst zu der Geschichte des PsychD. Ich weiß gar nicht, wann es entstanden ist !

Frau Gerhardt : Wann ist es entstanden ? Ajajaj... (zögert)

CL : Aber es ist eine alte Abteilung der... (Überlagerung)

Frau Gerhardt : Ja, aber es ist alt. (Lachen) Für den Vollzug ist alles jung und... also der allererste Kollege, der im psychologischen Dienst gearbeitet hat, kam aus Niedersachsen, einem anderen Bundesland, aus einem anderen Gefängnis und brachte die Idee des psychologischen Dienstes und der Einweisungsabteilung mit. Und wenn mich nicht alles täuscht, ist der psychologische Dienst zuerst eingerichtet worden, ich würde mal sagen, Mitte der 90er Jahre, so... ja... und der Kollege hat das einige Jahre gemacht. Alleine. Dann kam ein Nachfolger, das war Herr XX, der dann später der stellvertretende Leiter der sozialtherapeutischen Anstalt wurde und dieses Jahr die Anstalt verlassen hat. Der wurde dann ergänzt um eine halbe Stelle. Dann gab's anderthalb Stellen, die haben das 7 Jahre gemacht, glaub' ich, in dem Dreh. Dann kam Frau Doktor Hardt als Nachfolge für Herrn XX. Es war vorübergehend eine Frau hier, die aber mehr krank und auf Kur war, als dass die hier gearbeitet hat, eine Frau XX. Das war so ein Intermezzo. Dann kam Franz Dürer zu Frau Dr. Hardt. Dann hat Frau Dr. Hardt mich nachgeholt. Das war... 2002. Dann ist Frau Dr. Hardt in die Landesregierung, die ist die Fachaufsichtseferentin geworden. Das war 2005. Dann kam Herr XX von der SothA in den psychologischen Dienst für drei Jahre. Und die Nachfolgerinnen von Herrn XX sind Frau XX und Frau XX. Und jetzt gab es die Stellenerweiterung mit Herrn XX.

CL : Das heißt Sie arbeiten hier seit 2002 ?

Frau Gerhardt : Seit 2002. Zwischendurch hat's noch einen Kollegen gegeben, der vorübergehend hier gearbeitet hat, einen... der gehörte zum Gespann Frau Dr. Hardt. Das war Herr Franz Dürer. Für 13 Stunden. Und es hat nochmal ein XX hier gearbeitet für 10 Stunden. Das sind, glaube ich, alle Kollegen, die hier gearbeitet haben.

CL : Wow.

Frau Gerhardt : Wir müssen mal einen Stammbaum malen, weil die Jahreszeiten krieg ich nicht alle so zusammen, aber die Namen habe ich, glaub ich, alle so Ihnen jetzt gesagt, die hier jeweils gearbeitet haben. Der Allererste, also XX, der Allererste, der im psychologischen Dienst gearbeitet hat, ist hier weggegangen, im Ärger... auch im Ärger, weil den psychologischen Stellungnahmen aus seiner Sicht, aus seinem Erleben zu wenig Bedeutung beigemessen wurde. Dass quasi er mit diesem empfehlenden Charakter, den das hat, nicht einverstanden war und dass trotz großer Bedenken seinerseits Lockerungsentscheidungen getroffen worden sind, der er nicht bereit war zu verantworten. Der ist dann gegangen, zur Polizei gegangen. Und... dieser Konflikt ist dann, weil es auch ein ziemlich wichtiger Konflikt des arbeitspsychologischen Dienstes ist, nochmal aufgetreten, ich würde sagen 2004-2005, in dem Dreh. Da hat es einen Teilanstaaltsleiter gegeben, der aus meiner Sicht es etwas zu gut mit den Inhaftierten meinte, dem es ausgesprochen wichtig war, eine hohe Anzahl von Inhaftierten zu lockern, was seine persönlichen Motive waren, ist mir immer verborgen geblieben. Wir haben uns sehr miteinander gestritten, während es vorher einen kollegialen Austausch gab. Er hat quasi die Kollegialität mit dem psychologischen Dienst aufgekündigt. Und seitdem gibt es die Regelung, dass wenn der psychologische Dienst nein sagt, der Anstaaltsleiter entscheidet. Also die mittlere Ebene der Teilanstaaltsleitung kann sich nicht mehr einfach über die Voten des psychologischen Dienstes hinwegsetzen.

CL : Das war aber früher so, dass die Gruppenleiter anders entscheiden konnten ?

Frau Gerhardt : Ja.

CL : Ohne Zustimmung der Anstaltsleitung ?

Frau Gerhardt : Ja. Das war... es gibt ja so einen großen Vordruck, der heißt Erstzulassungsbogen und da ist ja so ein Flussdiagramm drin mit so Pfeilen, in welchen Fällen die Anstaltsleitung im Rahmen von Lockerungsprüfungen einbezogen werden muss. Zum Teil haben die eine gesetzliche Grundlage, zum Teil haben sie eine vollzugspolitische Grundlage. Diese Reihe ist ergänzt worden über : kommt der psychologische Dienst zu einem negativen Votum, hat eine erneute Vollzugsplanskonferenz beim Anstaltsleiter stattzufinden, wo alle Parteien nochmal an einen Tisch kommen, um das nochmal durchzusprechen.

CL : Was ist da passiert, damit die Landesregierung das zusätzlich vorschreibt ?

Frau Gerhardt : Es ist dieser Streit zwischen dem Teilanstsleiter und dem psychologischen Dienst gewesen. Der ist dann so weit gegangen, dass er Stellungnahmen aus dem psychologischen Dienst an ihm befreundete, forensische Psychiater geschickt hat, um die bewerten und zu beurteilen zu lassen, um den psychologischen Dienst so richtig zu diskreditieren. Wenn er also der Meinung war, das ist ein guter Junge, dann hat es ein guter Junge zu sein und dann wollte er sich von niemanden reinreden lassen. Das hat schon ziemliche Wogen, heftige Kritiken und heftige Auseinandersetzungen gegeben. Dann hat man das eben so entschieden.

CL : Und neben diesen Streit : gab es auch so Leute, die draußen rückfällig geworden sind, solche Affären, die vielleicht... ?

Frau Gerhardt : Es ist, glaube ich, in der Zeit - toi, toi, toi - nichts passiert. Das war ja auch immer das Argument dieses Teilanstsleiters, dass er verantwortlich handelt. Alle waren natürlich auch beglückt, dass plötzlich so viele Lockerungseignete in diesem Haus sein sollten. Ich hab immer gesagt, wenn man diesen Menschen, also Inhaftierten, die davon betroffen sind, dass so viel Wirbel um ihre Person gemacht wird, dann geht davon ein stabilisierender Faktor aus. Und unsre Inhaftierten sind oft, nicht alle, aber oft so gestrickt, dass sie nicht in die Hand desjenigen beißen, der sie füttert. Dass das gar nichts mit der Fähigkeit des Teilanstsleiters zu tun hat, Prognosen zu erstellen, sondern mit der Dynamik, die er in Gang setzt, das will natürlich niemand hören und das war dann... noch ein bisschen Öl ins Feuer gegossen... Aber als er anfing, unsere Stellungnahmen hier im Land Grünstadt rumzuschicken, um sich zu erkundigen, ob die was taugen, da hab ich dann zurückgeschossen und hab gedacht, so lass ich hier nicht mit mir umgehen. Ja, und das ist natürlich einerseits eine Aufwertung, eine indirekte Aufwertung der Tätigkeit des psychologischen Dienstes, andererseits ein bisschen die Aufkündigung der kommunikativen Strukturen, weil jetzt hat es so was ganz Rigides : Ober sticht Unter. So wie's vorher war, dass man sich verständigt hat, dass wir als Außenstehende was reingeben, was die, die vielleicht im Alltag sehr nahe dran sind, gar nicht mehr so gut sehen können, und dass man sich da austauscht, wer wie wo was sieht, das hat, glaube ich, ein Stück an Qualität dadurch verloren.

CL : In der ganzen Anstalt ?

Frau Gerhardt : Das... Diese Regelung traf ja dann für alle zu...

CL : Ja, ok.

Frau Gerhardt : Aktuell ist das gleiche Problem jetzt eben auf einer anderen Ebene, dass... wir machen ja auch Stellungnahmen zum Entwicklungsstand von Lebenslangen, das heißt im achten Haftjahr beziehungsweise bei den Fällen, wo eine besondere Schwere der Schuld festgelegt worden ist, im 12. Haftjahr. Sollen wir zusammenschreiben, wo steht der Mann, was hat er verstanden bis jetzt, wo sind die Lücken ? Und das Problem ist, dass ab dem 10. Haftjahr, sagt der Gesetzgeber, kann ein zu lebenslanger Freiheitsstrafe Verurteilter zu Vollzugslockerungen zugelassen werden. Es geht in Ausnahmefällen auch früher, aber das ist so die Schnittstelle, wo man sagt, da... und diese Lockerungsprüfung, die wird über das Justizministerium an externe Sachverständige vergeben.

CL : Ok. Sie holen sich Psychologen von draußen...

Frau Gerhardt : ...oder Psychiater, je nach Fall. Die offene Frage ist, welche Rolle spielt der psychologische Dienst der JVA Grünstadt ?

CL : Ja, eben !

Frau Gerhardt : Das ist momentan ein großes Fragezeichen. Wir schreiben diese Stellungnahmen zum Entwicklungsstand, sind aber gehalten, uns bezüglich der prognostischen Frage zurückzuhalten. Ich vertrete eigentlich die vollzugspolitische Meinung : das kann man gar nicht. Es ist vergleichbar wie in der Schule, wenn über ein Kind in der Grundschule über den Schulpsychologen ein Entwicklungsstandgutachten gemacht wird, dann hängt davon ab, wie die weitere schulische

Laufbahn des Kindes sein wird. Das ist immer so mein Vergleich, dass ich sage, wir machen uns diese ganze Arbeit und versuchen zu verstehen und beschreiben, wo der Mann steht, und letztendlich ist eine prognostische Aussage nicht erwünscht. Und dann stellen wir den Fall vor und dann wollen die Kollegen vor Ort ja doch wissen : wie sehen sie den denn, was meinen sie denn ? Sollen wir das große kriminologische Gutachten, was extern vergeben wird, schon in Auftrag geben ? Da bin ich dann unterschiedlich, mal sage ich : ihr wisst, dass ich das nicht soll. Mal engagiere ich mich und sage : das ist viel zu früh. Und manchmal sage ich : das ist schon viel zu spät. Das hätte schon lange laufen müssen. Na ja, das ist ein ganz ungeklärtes Terrain, wo viel Ärger ist und jetzt gibt es einige Fälle, da gibt es ein Votum des psychologischen Dienstes. Es gibt andere Fälle, da gibt es das nicht. Und die Fachaufsicht, die entscheidet, ob das Geld ausgegeben wird, ob das schon der richtige Zeitpunkt ist, sagt dann in den Fällen, wo es kein psychologisches Votum gibt : warum gibt's da kein psychologisches Votum ? In den Fällen, wo es eines gibt, dann kommt der dankbare Anruf : ach, das haben sie aber wieder schön gemacht. Das ist eine Machtfrage, das ist eindeutig eine Machtfrage, welche Rolle man dem psychologischen Dienst hier zuweist und welche nicht. Ich persönlich denke, wenn der Staat noch weniger Geld hat, wird das Ganze eh implodieren. Dann kann man sich die externen Sachverständiger nicht mehr leisten beziehungsweise nur noch in Grenz- und Ausnahmefällen, wenn es sich um hochschwierige Langstrafen handelt, was in der Regel bei Lebenslangen nicht der Fall ist. Also wir haben unter den Lebenslangen viele Inhaftierte, die dieses eine Delikt begangen haben, dieses eine sehr schwere Delikt begangen haben und manchmal finde ich, dass dieses viele gutachterliche Gedünst diesen Fällen unangemessen ist. Es gibt auch andere, die haben eine richtige Karriere bis es zum Mord kam, aber es gibt etliche, wo eine schwere Lebenskrise im Hintergrund war, wo dann ein Beziehungsdelikt oder Ähnliches passiert ist, die nie irgendwo dissozial vorher in Erscheinung getreten sind.

CL : Mit diesen externen Sachverständigern sind Sie nicht im Kontakt ?

Frau Gerhardt : Wir sind dann mit denen in Kontakt, also es läuft ja so : die Teilanstalt beantragt beim Anstaltsleiter die Einleitung des kriminologischen Gutachtens. Der Anstaltsleiter gibt es weiter an das Justizministerium. Das sind noch mal so zwei Prüfebene. Die Fachaufsicht entscheidet, welcher externe... so. Dann wird eine Frist festgelegt, in der Zeit das bearbeitet werden soll. Und das geht dann so, wie die Treppe rauf, geht es auch wieder die Treppe runter. Wenn der Teilanstaltsleiter das Gutachten dann hat und etwas nicht versteht oder unzufrieden ist oder sagt, die Vorschläge, die da gemacht worden sind, sind mit Grünstadter Verhältnissen überhaupt nicht in Einklang zu bringen, dann wird der psychologische Dienst zur Unterstützung rangezogen. Und wenn vor allen Dingen der externe eine Position vertreten hat, die man so gar nicht erwartet hat... also es ist ein bisschen willkürlich, wie man den psychologischen Dienst nutzt oder nicht nutzt. Dann werden wir zur Vollzugsplanskonferenz hinzugezogen und das sind meist undankbare Begegnungen, weil... pff, was will man denn da groß ausrichten. Also ich streite mich nicht gerne mit den Kapazitäten dieser Stadt, die eigentlich ja das Bild haben, der psychologische Dienst der JVA Grünstadt taugt nichts. Also die auch schon mit dieser abwertenden Haltung... so, wir machen ja nur die kleinen Gutachten und wir sind fachlich ja nicht so kompetent wie die Externen. Das sind ja alle qualifizierte...

CL : Sie sind ja auch qualifiziert ?

Frau Gerhardt : Ja ja, aber das ist ja ein machtpolitisches Spielchen, wenn man sich der Externen bedient, muss man das ja auch begründen und dann muss man es mit Sachlichkeit begründen. Also ziehen wir immer den Kürzeren. Aber wenn das Ergebnis nicht so stimmt, dann sind wir plötzlich wieder diejenigen, die den Karren aus dem Dreck ziehen sollen.

CL : Und diejenigen, die die Realität der Anstalt drinnen kennen ?

Frau Gerhardt : Ja, genau. Das ist alles nicht abschließend geklärt, man kann es nur sportlich sehen, was mir nicht immer gelingt, aber zunehmend besser. (*Lachen*)

CL : Was sind die gutachterlichen Stellungnahmen, die sie im psychologischen Dienst schreiben müssen. Ich hab von den besonders gründlichen Prüfungen auch gehört. Das wird von der Anstaltsleitung beantragt ?

Frau Gerhardt : Nein, von den Teilanstaltsleitern. Das ist ein schwieriger Rechtsbegriff. Die besonders gründliche Prüfung im Strafvollzugsgesetz, die derzeit noch gültig ist, hat erstmal mit dem Psychologen gar nichts zu tun. Sondern es wird eine Unterscheidung getroffen im Strafvollzugsgesetzlichen der einfachen Prüfung und der besonders gründlichen Prüfung. Das heißt im Prinzip ist die besonders gründliche Prüfung von dem Gruppenleiter vor Ort durchzuführen. Da hat so eine Nivellierung des Begriffs stattgefunden, weil das Strafvollzugsgesetz sieht bei bestimmten Deliktgruppen die Hinzuziehung des psychologischen Dienstes vor. Diese Unterscheidung, die ist

irgendwo verloren gegangen, dass es so einen Anschein hat, als sei der psychologische Dienst für die besonders gründliche Prüfung zuständig. Sind wir aber gar nicht. Wir sind zuständig für Lockerungsprüfungen bei Sexual- und Gewaltstraftätern beziehungsweise bei Delikten, wo entweder... oder bei Tätern, wo man gleich auf der BZ-Titelseite landet mit hoher Öffentlichkeitswirksamkeit oder bei den Tätern, die über Vermögensdelikte erhebliche Schäden verursacht haben und von daher auch eine gewisse Publizität haben. Wir sagen aber, soweit wir uns den Luxus leisten können, wenn ein Gruppenleiter etwas nicht versteht oder nicht weiterkommt oder sich unsicher ist, dann kann er eigentlich bei jedem Delikt den psychologischen Dienst hinzuziehen und wir sagen dann, wir haben Zeit oder wir haben keine Zeit und versuchen da unterstützend tätig zu sein. Aber wir sind vom *terminus technicus* her nicht die Stelle der besonders gründlichen Prüfung, sondern wir werden deliktbezogen eingesetzt. Also, es wird immer wieder der Versuch gemacht, wir sollen uns um BTM-Händler kümmern. Also, das sind von Haus aus schrecklich langweilige Menschen, das kommt da hinzu, aber die haben außer schnell zu Geld zu kommen, vielleicht auch aus sozialen Notsituationen, in der Regel kein Problem. Aber sie haben natürlich eine hohe moralische Schuld. Die Staatsanwaltschaft ist da sehr streng mit vorzeitigen Entlassungen, mit Lockerungen, weil sie natürlich immer das Heer der Süchtigen vor Augen haben, was von diesen Leuten scheinbar bedient wird. Na ja, das ist eine große Diskussion. Also ist da immer wieder der Wunsch, über den psychologischen Dienst eine vorzeitige Entlassung oder so was abzusichern, wo ich immer denke : nein, Leute, bleibt mit den BTM-Händlern vom Acker, also das ist... Das ist wiederum eine vollzugspolitische Entscheidung. Um diese Menschen zu verstehen, bedarf es des psychologischen Sachverstands nicht. So, aber bei kleinen Dieben, die sich immer wieder selber schädigen, bei Männern, die fahren ohne Fahrerlaubnis, die es nicht lassen können, die endlose Vorstrafen haben und immer so im Bereich der vielen selbstschädigenden Kleinkriminalitäten rumdückeln, da lohnt es sich mitunter, weil diese Karrieren oft in größeres gewaltvolleres Verhalten münden, wo ich dann sage : ja, da guck ich dann schon gerne mal drauf.

CL : Und hat es manchmal mit dem Verhalten im Gefängnis zu tun, z.B. Gefangene, die besonders auffällig sind, werden dann öfters zum PsychD geschickt ?

Frau Gerhardt : Wir haben ja hier in Grünstadt die Trennung zwischen Therapie und Diagnostik...

CL : Ich dachte nur für Gutachten, also für gutachterliche Stellungnahmen, wo die Gruppenleiter sich z.B. nicht zuständig fühlen oder...

Frau Gerhardt : Es gibt manchmal psychisch Auffällige, wo die Entlassung näher rückt. Wenn die Entlassung nicht näher rücken würde, würden die nie hier vorgestellt werden. Aber da gibt es die Sorge der Gruppenleiter, eine tragfähige Entlassungsvorbereitung zu machen und dann sehen wir auch mal den einen oder anderen psychisch Auffälligen, wo dann gefragt wird : der soll in eine betreute Wohneinheit nach der Haft, wie ist es möglich, mit dem da mal hin zu gehen, dass der sich das anschauen kann, ob der das überhaupt will, also von begleitenden Ausgängen. Und das ist immer schwierig, weil im Prinzip eine eigenständige Lockerungsprüfung gar nicht stattfinden kann, weil die so durch den Wind sind, aber trotzdem eine Entlassung vorbereitet werden, muss dabei sich so einiges... und da sind wir mitunter drin, aber ansonsten haben wir mit psychisch Auffälligen hier wenig zu tun, also das... ich buddel manchmal einen aus, also einen sogenannten guten Jungen, der hier so durchläuft, wo Werkmeister sagt, toller Mann, Gruppenleiter, super und sagt immer freundlich Guten Tag und der kommt dann her, setzt den Spaten an und dann : oh, da mach ich ganz schnell wieder zu und sage, behaltet mal den guten Mann. Nicht mit meinem Zuspriech kommt der in Lockerungen. Das passiert schon, wo ein sehr angepasstes Verhalten eine dahinterliegende schwere psychische Problematik kaschiert. Aber die sehe ich dann und dann hat man ein Kommunikationsproblem, warum sehen die anderen den alle so und ich so. Das ist was, wo ich denke über die Jahre ganz viel Wert darauf lege, verständlich zu bleiben mit meinen Stellungnahmen als auch mit dem, was sich sage.

CL : Kommt es oft vor, dass Sie einer komplett anderen Meinung sind ?

Frau Gerhardt : Ich sage grundsätzlich häufiger nein als ja. Am Ende des Jahres müssen wir ja eine Statistik machen. Dann bin ich immer überrascht, wie hoch der Anteil der Negativquoten ist und weil die ja alle hierher geschickt werden, weil sie positiv gesehen werden und alles von Gruppenleitern, die ja was für ihre Klienten was erreichen wollen. Und das soll ja vorangehen. Dann denke ich jedes Jahr : na ja, musst ja nicht so streng sein und nächstes Jahr bist du mal nicht so streng und (*Lachen*) die guten Vorsätze fürs neue Jahr, aber es ist über die Jahre, denke ich, nicht mehr geworden, aber auch nicht weniger. Es ist immer so 2 Drittel zu 1 Drittel im Schnitt, was hier...

CL : Ist es für Sie so oder ist es für ihre Kollegen auch gültig... ?

Frau Gerhardt : Ich weiß nicht wie das die Kollegen... ob die sich das auch anschauen, also wie ihre prognostischen Entscheidungen sind, weil wenn was schiefgeht, was - toi, toi, toi - selten der Fall ist, dann kriegen wir die unmittelbare Rückmeldung. Jedes Vierteljahr kommt hier der Zettel mit den Fehleranzeigen und wenn da eine große Null steht, dann atme ich immer auf und dann ist immer gut.

CL : Aha ! Woher kommt dieses Dokument ?

Frau Gerhardt : Die Häuser müssen dokumentieren, wie der Verlauf der Vollzugslockerungen ist und wenn die von hier in den offenen Vollzug verlegt werden, dann kommt die Mitteilung aus dem offenen Vollzug und das wird dann hier statistisch zusammengefasst, alle Vierteljahre. Und dann kann man sehen, wieviele Vollzugslockerungen, wie das im Jargon heißt, sind missbraucht worden oder wieviele neue Straftaten während laufender Verstreckung haben stattgefunden oder wieviele sind auf Flucht gegangen.

CL : Ok.

rau Gerhardt : Wenn man selber an dem Fall als psychologischer Dienst beteiligt war, dann kriegt man das (*unverständlich*)...

CL : Ist das ein Druck für Sachverständiger, dass man Fehleinschätzungen machen könnte ?

Frau Gerhardt : Ja. Das ist schon... weil das gesamte System ist in dem Augenblick, wo ein schweres Vorkommen ist... passiert, das heißt eine schwere Straftat, wo Menschen zu Schaden gekommen sind, dann.... oder wo die Justiz in den Verdacht gerät, leichtfertig, oberflächlich oder so, also nicht kompetent reagiert zu haben, ist dieses System böseartig. Es reagiert richtig böseartig. Ich bin jetzt seit 25 Jahren im Vollzug und ich hab vielleicht 3-4 große Katastrophen erlebt und ich hab mir immer gesagt : ich möchte nie in diese Rolle dieser Kollegen kommen, die dann abgestraft wurden, weil man ihnen sehr viel Verantwortung für das Scheitern dieser Fälle zugeschrieben hat. Manchmal löst das so Personalchaose aus, angefangen von der Teilanstaltsleitung, die ihren Job verliert, über den Gruppenleiter, der den Job verliert bis zu den...

CL : ...Gruppenbetreuer.

Frau Gerhardt : Ja... tschum, tschum, tschum, tschum, tschum...und man muss sich an allen möglichen Orten verteidigen und rechtfertigen, was sehr...

CL : Können sie ein Beispiel nennen von einer „großen Katastrophe“ ?

Frau Gerhardt : Was passiert ist ? Das können Sie, glaub ich, im Internet ganz gut recherchieren. Das hat vor... das letzte große Ding ist 2005, 2006... das läuft in der Presse unter Champagnertorte im Café XX. Da ist ein Inhaftierter ausgeführt worden oder einen begleitenden Ausgang in ein für Grünstadt sehr prominentes Café. Es gibt keinen Grünstadter, der das Café XX nicht kennt. Es ist sehr... das gibt's ja heute in der Form nicht mehr, aber es... was es so eine große Leitproblematik ausgelöst hat, so nach dem Motto : was hat ein Knacki im Café XX zu suchen, das ist doch was für feine Leute. Der ist von dort aus über die Toilette entwichen. War mehrere Wochen, glaub ich, auf Flucht und konnte dann schließlich wieder von der Polizei inhaftiert werden. Aber das hat Wellen geschlagen, also das war unvorstellbar. Das finden Sie alles in der Presse. Das können Sie gut recherchieren, wie dieses gesamte System plötzlich in fuuuuuu (*zögert*) explodiert. Und über das, was es mit den Leuten, mit den Kollegen macht, die da dran beteiligt sind, finden Sie in der Presse natürlich nichts. Und dafür gibt's auch wenig Unterstützung, wenig... also als wär der Stuhl der Ministerin das Wichtigste auf der Welt. Das ist dann gleich ein Riesenpolitikum und warum manche Vorkommnisse so eine Welle schlagen und andere nicht, warum kommen manche Nachrichten auf die erste Seite und manche, die viel schlimmer sind, nicht, das ist ein soziologisches Problem (*Lachen*). Warum gerade das so hochgegangen ist... und ich hab nur gedacht : ne, dieser Kelch möge bitte an mir vorübergehen. Also das möchte ich nie erleben, also toi toi toi (*klopft auf den Tisch*), also das ist schon... das System ist da gnadenlos an... (*unverständlich*)

CL : Darüber gibt es eine psychologische Supervision für die bediensteten Gruppenleiter ?

Frau Gerhardt : In organisierter Form nicht.

CL : Für Sie auch... ?

Frau Gerhardt : Für den psychologischen Dienst gibt es das jetzt seit 2 Jahren, aber das ist jetzt, denk' ich, am Anfang, weil man muss erstmal... alles was Geld kostet, muss immer wieder neu erkämpft und beantragt werden und für den Bedarf und angesichts der Schwere der Entscheidungen, die hier getroffen werden, ist es zu wenig. Und es ist... die Gruppen sind zu heterogen, als dass sich dort so eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre entwickeln könnte. Diese Supervision geht nur bis zu

einer bestimmten Ebene. Aber das, was Sie meinen, so eine Supervision, also wenn so ein großes Vorkommen ist, wäre, haben die Kollegen, die da involviert sind, nur die Möglichkeit... wir haben hier in Grünstadt, das ist denk ich was besonderes, was gar nichts mit den institutionellen Abläufen zu tun hat, sogenannte Krisenberater. Die Krisenberater sind ein Ergebnis des vorhergehenden Anstaltsleiters. Der hat gesagt : es bedarf in so einer großen Anstalt Ansprechpartner für Kollegen, die in Not sind, in welcher Not auch immer. Die Kollegen, die da hingehen, müssen den Schutz haben, dass sie dort alles sagen können, was sie auf dem Herzen haben, was sie bedrückt, ohne dass das gleich dienstliche Konsequenzen hat. Und dieser Anstaltsleiter hat dann Kollegen angesprochen und hat ihnen quasi ein Ehrenamt gegeben, so nach dem Motto : wären sie bereit als Krisenberater tätig zu sein ? Diese Krisenberater, die arbeiten außerhalb der Dienst- und Vollzugsordnung. Also jeder, der zu den Krisenberatern hinget, hat die Sicherheit, dass das, was er dort sagt, in diesem Raum bleibt.

CL : Und diese Krisenberater sind dann Psychologen, die...

Frau Gerhardt : Das sind Psychologen, das sind Gruppenbetreuer, das sind Sozialarbeiter. Das entscheidet der Anstaltsleiter. Er... das sind, man könnte... draußen würde man so sagen ehrenwerte Bürger (*Lachen*). Das ist so was Informelles. Das Wichtige ist eben, dass wenn einem dann... weiß ich... wenn jetzt eine Bedienstete, was ja immer mal wieder vorkommt, sich mit einem Inhaftierten einlässt und schwanger wird. Tja, das passiert, passiert überall auf der Welt. Wo Männer und Frauen aufeinanderstoßen, muss man damit rechnen, dass sich auch mal welche verlieben ineinander, auch in solchen Gewaltverhältnissen. Aber das ist aber hier aber im Vollzug eine Riesenkatastrophe für alle und die brauchen ja irgendwo einen Ansprechpartner, um dann da elegant mehr oder weniger durchgeführt zu werden und nicht noch mehr Schaden zu nehmen oder so was. Das wäre ja schlimm, wenn die Krisenberater gleich zum nächsten Vorgesetzten gehen würden und sagen : hier, Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses, Paragraph trallala. (*zögert*) Das war dem vorherigen Anstaltsleiter immer ein großes Anliegen, dass es solche Krisenberater gibt und der Nachfolger, der das jetzt seit 3 Jahren macht, hat es übernommen und von daher gibt es so ein Auffangbecken für Krisen.

CL : Vielleicht zurück zu den Stellungnahmen und Gutachten : können sie mir konkret beschreiben, wie man so ein Gutachten erstellt, welche Werkzeuge man benutzt ?

Frau Gerhardt : Also, es gibt Lockerungsprüfungen, es gibt Entwicklungsstandgutachten, es gibt SothA-Indikationen und es gibt Indikationen zu externen Psychotherapien. SothA-Indikationen und externe Indikationen ist das Handwerkzeug, was man im Rahmen von Therapieausbildungen lernt, was sich von draußen überhaupt nicht unterscheidet. Es kommt ein Mensch in Not in die Praxis und sie als Psychologin haben zu entscheiden, schafft der diese Anforderung, die an ein Psychotherapie gestellt werden. So, Punkt. Was da geschrieben wird, ist nicht unbedingt für die Akte bestimmt, sondern das hat auch einen gewissen Vertrauensschutz und wird hier bei uns gesondert im Aktenschrank aufbewahrt. In die Akte kommt eigentlich nur der Satz : "erfüllt zur Zeit die Voraussetzung nicht". Das ist das, wo es ganz wichtig ist, dass im psychologischen Dienst approbierte Diplompsychologen arbeiten, die irgendein Therapieverfahren durchlaufen haben, das sie da mit den Kriterien, die vorliegen müssen, was bei Psychotherapie indiziert ist, gelernt haben umzugehen.

CL : Ob die Person therapiefähig ist, therapiebedürftig, usw. ?

Frau Gerhardt : Ja, genau. Und das, was den Umgang mit Sexualdelinquenten in dem Bereich kann man nochmal im Paragraph 9 Strafvollzugsgesetz nachlesen. Das stehen nochmal vom Gesetzgeber her definierte Kriterien, die erfüllt werden müssen für die Behandlung in der SothA. Das kann man da alles nachlesen und das arbeiten wir so ab. Das sind in der Regel zwei Gespräche, die geführt werden, und wir führen diese Gespräche zu zweit. Also das Gespräch führen wir nicht zu zweit, aber das Setting besteht aus 2 Psychologen. Der zweite Kollege oder Kollegin schreibt das Protokoll und einer führt das Gespräch so nach dem Motto : vier Augen sehen mehr als zwei. Und im Sinne auch des Mehrpersonensettings, das unsere Klientele... hat ja ein lebenslanges Lernen im Umgang mit Behörden hinter sich und das kann man ein bisschen begrenzen, wenn man die zweite Person mit in den Raum nimmt. Und das hat sich bewährt. Was sich eben auch bewährt hat, ist dass sich Kollegen manchmal verwickeln lassen und der unparteiische Dritte das sieht und dann doch ab einem bestimmten Zeitpunkt ins Gespräch reingrätscht und das umlenkt, um den Kollegen zu entlasten und ihn aus der Verwicklung rauszunehmen. Das hat sich hier ganz gut bewährt über die Jahre, das so zu machen, also für Therapieindikationen und SothA-Indikationen in diesem Setting zu arbeiten. Die anderen laufen im normalen Gespräch ab. Bei Entwicklungsstandgutachten finden in der Regel 3-4 Gespräche statt. Entweder im Anschluss oder vorher, das machen die Kollegen ganz unterschiedlich, werden testpsychologische Untersuchungen durchgeführt. Wir haben unter den

Inhaftierten ziemlich viele tatsächlich Dumme, aber auch Dummwirkende, die keine Bildung erfahren haben, wo man manchmal ganz doll überrascht ist, was die an logischen und abstrakten Fähigkeiten besitzen, aber irgendwie das Leben nicht gewollt hat, dass sie was daraus machen konnten. So dass verhältnismäßig viel getestet wird, also auch Intelligenzmessverfahren durchgeführt werden, weil es in den vorangegangenen Stellen nicht gemacht wurde und man hier denkt : der soll jetzt gelockert werden und der mutet so bescheiden an. Packt der das überhaupt ? Was braucht der für eine Vorbereitung ? Und wieviel hat er eigentlich hier oben im Köpfchen ? Wir machen aber auch Persönlichkeitsfragebogen, eine ganze Reihe. Wir machen Prognose-Checklisten, da gibt es Vorlieben, der eine macht das, der andre macht das. Aber ich denke das A und O ist, dass man in diesen 3-4 Gesprächen versucht in Kontakt zu kommen und im Wesentlichen um die Straftat rumkreist, was war davor, was war danach, was war in der Mitte und zu gucken, was hat er eigentlich verstanden, was die Straftat auch fürs weitere Leben bedeutet.

CL : Diese Persönlichkeitstests sind...

Frau Gerhardt : zur Absicherung. Ja, weil... meine persönliche Haltung ist, dass wenn ich die Ergebnisse, die die Tests mir bringen, nicht im Einklang mit dem bringen kann, auch nicht, wenn ich das mit dem Mann nochmal durchgesprochen habe, dann wandern die in die Tonne, weil ich verlass mich im Endeffekt auf mich, auf mich und meinen Eindruck, was ich erarbeitet habe, übers Aktenstudium und nicht auf die Tests. Also, das... so testgläubig bin ich da doch nicht und die sind mehr oder weniger alle zu knacken die Tests, wenn man nicht den Inhaftierten hinreichend motiviert kriegt, dann macht der dann die Kreuzchen im Himmel des Jahrmarkts und man wundert sich hinterher über die Ergebnisse, die rausgekommen sind. Wenn man sie motiviert kriegt und sie auch neugierig machen kann auf die Tests, dann sind sie hinterher, also wenn man die Testergebnisse mit ihnen durchspricht, ganz überrascht : Ach so ist das ! Und ah, oh... und sind dann auch neugierig auf sich selbst. Das schafft man bei dem einen oder anderen. Bei den Lockerungsprüfungen läuft im Prinzip das gleiche Programm ab, nur kleiner. Also 2 Gespräche sind immer Standard, weil der erste Eindruck über den zweiten Eindruck zu bestätigen... die sind in der Regel nicht mehr so gut vorbereitet, die Inhaftierten. manche sind auch falsch vorbereitet, so nach dem Motto : ja, ja, geh immer noch zum psychologischen Dienst und dann läuft das schon, das geht alles glatt. Dann kommen sie hierher und merken, das ist eine Prüfung und hier muss man was leisten und hier wird man beleuchtet, hier werden Fragen gestellt, die sie sich selber noch nie gestellt haben, so dass der zweite Eindruck hier schon noch sehr wichtig ist. Es kommen hier viele einfach rein... (*Laut*) und sind aufgeregt und wissen nicht, was sie erwartet. Manche wissen auch, das ist halt (*imitiert*) : "du hast Gerhardt gekriegt, na ja, da nimm dich mal in Acht, die hat aber Haare auf den Zähnen, da würde ich ja nicht hingehen, ich würd die ja ablehnen." Und da kommen die hier hin und sitzen da : "Kennen sie eigentlich ihren schlechten Ruf, den sie haben ?" (*Lachen*). Dann fängt das erste Gespräch schon mal sehr konfrontativ an und dann muss man erstmal an der Beziehung arbeiten und gucken, dass er sich dann trotzdem ein eigenes Bild machen kann und dann kommt's auch oft zum dritten Gespräch, wenn das erste also eigentlich nur aus Gerangel und Beziehungsarbeit bestanden hat.

CL : Was sind die Beschwerden von Gefangenen, wenn sie so konfrontativ sind ?

Frau Gerhardt : Die Beschwerden kommen natürlich von denen, die ein negatives Votum bekommen haben. Das ist... der Feind ist immer außen. Die Neigung... die Gründe für das eigene Scheitern ins Außen zu verlagern ist ja bei Inhaftierten... das gehört ja zum Programm dazu. Also es gibt ja wenige, die sagen : das könnte ja vielleicht mit mir zu tun haben, dass ich das nicht geschafft habe.

CL : Und passiert es manchmal, dass Gefangene, keine Ahnung, eine zweite Stellungnahme einholen, durch Anwalt ? Kann das passieren ?

Frau Gerhardt : Ja, das passiert immer wieder. Also, das... sie haben ja, was ihnen auch zusteht, das Recht sich zu beschweren und sie haben das Recht auf eine Ermessens (*unverständlich*) fehlerfreie Prüfung. Sie können vor die Strafvollstreckungskammer gehen und sagen : das war alles nix und ich sehe das alles ganz anders. Manchmal kommt es dann dazu, dass ein anderer Kollege nochmal prüfen muss, was aber... pff... vielleicht noch nicht mal einmal im Jahr stattfindet. Ich bin in den 25 Jahren, die ich jetzt am 1. September hier war, ein einziges Mal für befangen erklärt worden. Das war auch ein Lebenslanger, der mit dem nicht zufrieden war, und der hat dann einen anderen Psychologen bekommen, der aber zu dem gleichen Ergebnis gekommen ist. Dann ist die Frage, wieviel Zeit muss vergehen, dass man hofft, dass sich was im positiven Sinne verändert hat und dafür ist dann der Gruppeneiter zuständig, den Fall hier wieder einzubringen. Das ist ganz ganz verschieden. Also bei manchen hat so ein negatives Votum des psychologischen Dienstes eine bereinigende Wirkung, da

kann man sich nur wundern. Die haben dann das Gefühl, sie sind richtig gegen die Wand gelaufen und fangen an, über sich nachzudenken. Und die Gruppenleiter sind auch manchmal sehr erschüttert, dass sie sagen : uh, so hab ich den ja noch nie gesehen. Die laufen hier 3-4 Jahre sehr angepasst durch und dann kriegen sie die Stellungnahme vom psychologischen Dienst und werden so was von aggressiv und vorwurfsvoll und verändert im Verhalten, dass die Gruppenleiter plötzlich das Gefühl haben, das ist ja jemand ganz anderes als den, den ich die letzten 3 Jahre hier gesehen habe. Also mit dieser erheblichen Kränkung, die davon ausgeht, umzugehen, ist sehr sehr schwer und bringt aber manchmal die Männer voran, dass sie merken : ich hab mich da nicht eingelassen und ich hab das bisher hier zu leicht genommen und ich hab gar nicht gewollt, ich dachte, ich mach hier meinen Knast ab vom ersten bis zum letzten Tag und dann gehe ich, so... und da kriegt das Ganze ein Stück mehr Ernsthaftigkeit und sie sind mehr bei sich selbst. Aber ja, 2 Termine... die Termine dauern im Schnitt, na ja, länger als eineinhalb Stunden schaff ich nicht zu explorieren. Da bin ich einfach erschöpft, dann kann ich nicht mehr mich selbst und das Gegenüber wahrnehmen. Das übersteigt meine Möglichkeiten. Manchmal endet bei mir ein Gespräch schon nach einer halben Stunde, wo ich dann denke : ne, das ist (*seufzt*), das reicht mir jetzt.

CL : Es gibt auch sehr viele Gefangene, die also entweder nicht Deutsch sprechen, weil sie Ausländer sind oder weil sie eine schlechte Ausbildung haben ?

Frau Gerhardt : Es gibt auffallend viele Inhaftierte türkischer Abstammung, die im Zuge der Familienzusammenführung sehr spät nach Deutschland gekommen sind und nicht mehr gut die deutsche Sprache haben lernen können. Wenn sie da nicht wissen, wer ist da mein Gegenüber, dann fangen sie auch noch an zu nuscheln. Dann hat man nicht nur Mühe, mit der Grammatik hinterherzuklettern, sondern auch noch so die ganze Artikulation stimmt da nicht. Wir haben auch viele gerade in dem Bereich mit türkischen Hintergrund, die legasthenische Störungen haben, viele Stotterer, also so frühkindliche Symptomatiken, denen nicht begegnet worden ist und die dann in so einer aufgeregten Situation wie hier, wo ganz viel von abhängt, plötzlich anfangen zu blühen. Das ist schon anstrengend. Aber ich kann... ich hab ja letztes Jahr eine ganze Reihe Vietnamesen gemacht. Ich denke, über die Jahre komme ich ganz gut mit Dolmetschern zurecht.

CL : Ach, mit Dolmetschern ?

Frau Gerhardt : Ja. Ich hab für ein paar Sprachen... also, meine französische Dolmetscherin ist eine Schwarzafrikanerin aus Kamerun, die ist exzellent. Das ist schon mal der Kulturschock, also das erwartet hier niemand, dass die Dolmetscherin also eine Afrikanerin ist. Da fällt erst mal die Kinnlade total und wo man dann schon mal so sieht... erst mal 2 Frauen : wie bewältigt der Inhaftierte diese Problematik ? Wie geht er mit dem latenten Rassismus in der Situation um ? Das ist immer so eine ganz spannende Sache. Und dann hatte ich einen vietnamesischen Dolmetscher, den hab ich gleich nach Hause geschickt. Der machte hier einen auf Kumpel, wo ich dann dachte, ne... ich versteh zwar nix, was die sich da erzählen, aber das Nähe- und Distanzproblem, das vermittelt sich auf einer anderen Ebene. Dafür muss man die Sprache nicht verstehen. Dann hab ich so meine Hausdolmetscher und bin immer ganz traurig, wenn die dann aufhören, weil so oft haben wir's da nicht, was... Jugoslawen hatte ich oft, für Serbokroatisch, das kommt im Moment nicht mehr so oft vor, Russen sind eher selten. Wir haben zwar viele Russen in der Anstalt, aber kommen selten in die Lockerungsprüfung. Also, es sind schon die meisten mit türkischem oder albanischem, serbokroatischem Hintergrund, das ist so... ab und zu mal Franzosen, ab und zu mal Italiener oder unter den Langstrafern sind ein paar ehemalige amerikanische GI's. So, aber... Ja... das, denke, darauf beschränkt sich das. Aber das muss man auch immer wieder machen, sonst verliert man die Übung. Na ja, das ist... momentan hab ich einen Inder, der hat eine ganz merkwürdige Grammatik. Das ist... hatte ich auch noch nie. Ich hatte einen, das war sehr spannend, der kam aus der Mongolei. Da war das Spannende, dass es nur einen einzigen Dolmetscher in Deutschland gab. Der hat ihn dann auch begleitet, von der ersten polizeilichen Vernehmung übers Gericht bis jetzt zur Lockerungsprüfung. Und da war's auch so, wo ich auch dachte : Nähe-, Distanzproblem. Wo ich dachte, sind die jetzt schon miteinander befreundet, wie objektiv ist das doch, was ich da übersetzt bekomme. Also, solche Exoten hat man dann mal, aber... das ist, denk ich, der Teil der Arbeit, der immer wieder ganz spannend ist, weil man sehr viel aus anderen Kulturen erzählt bekommt, die auch bereit sind, sehr viel zu erzählen, weil ihnen hört ja hier leider selten jemand zu. Das kann man auch mal so sehen.

CL : Vielleicht mal epidemiologisch betrachtet oder psychologisch betrachtet : wie könnte man die Bevölkerung in Grünstadt das beschreiben ?

Frau Gerhardt : Der Herr XX kann... das ist der Leiter der sozialpädagogischen Abteilung, der kann ihnen immer genau auf den Tag sagen, wieviele Nationalitäten, wieviele Sprachen, wieviele

Angehörige der Nationalitäten in der Anstalt sind. Meine Erfahrung ist, dass... man hat natürlich immer die Immigrantengruppen der Krisengebiete der Welt in den Anstalten. Im Moment haben wir hier auffallend viele Afrikaner, weil die Flüchtlingswellen aus Afrika nach Europa schwappen, dass es nur so kracht. Viele der afrikanischen Inhaftierten sitzen in Haft wegen Vergewaltigungs- und Sexualdelikten, weil sie an den Sitten und Gebräuchen Mitteleuropas einfach scheitern. Wenn man sich mit ihnen befasst, dann sind das die Hoffnungsträger der Familien gewesen, wo Kredite aufgenommen worden sind, weil man gedacht hat : so, wenigstens einen von uns soll es es besser gehen. Sind viele ganz durchschnittlich gebildete junge Männer dabei, die in Überforderungssituationen gekommen sind, dass es so kracht. Dann hat man aus Kriegsgebieten, also wir hatten hier die Welle der Kosovo-Albaner, Jugoslawienkriege, da war Grünstadt voll, also, mit Kriegsflüchtlingen. Also, das ist schon, find ich, sehr auffallend, dass die Population in den Gefängnissen sich aus den Krisenherden Europas oder bei uns hier mit Asien nährt. Wir haben die libanesischen Großfamilien in Grünstadt, Problem, was nicht in den Griff zu kriegen ist. Männer ohne jegliche Chance auf ein straffreies Leben, denen... das müsste man... also, das ist ein Forschungsprojekt an sich, wie man in diese Strukturen da unterstützend eingreifen könnte, dass die andere Lebensentwürfe überhaupt entwickeln können als nur über die Drogenkriminalität. Also, das ist ein Problem, das Grünstadt seit Jahren begleitet. Wir haben kaum... es hat eine Zeit gegeben, da hatte ich nur Deutsche mit ostdeutschem Hintergrund. Da hab ich gedacht : gibt es überhaupt noch einen Westberliner, der kriminell wird ? Und dann sieht man, dass Kriminalität was mit dem Platz in der sozialen Struktur zu tun hat, bis auf Beziehungsdelikte, passieren immer. Jacke wie Hose woher die Leute kommen, wer sie sind und wieviel Geld sie haben, das ist alles für alle möglich. Aber wir haben eine hohe Armutskriminalität und da sieht man einfach, wer gerade gesellschaftlich unten steht, der ist auch hier am meisten vertreten. Aber die Libanesen spielen da eine ziemliche Ausnahmestelle, also das ist schon eine Gruppe, die, denke ich, dieser Stadt... diese Bevölkerungsgruppe macht dieser Stadt zu schaffen. Also da ist 30 Jahre verfehlte Integrationspolitik, die zeigt sich da sehr sehr genau.

CL : Vielleicht über ihre Karriere : was haben Sie gemacht, vor dem psychologischen Dienst ? Haben Sie auch in der SothA gearbeitet ?

Frau Gerhardt : Was ich gemacht habe ? Ich habe Psychologie studiert und hatte dann das unverschämte Glück (*Lachen*), dass ich eine Assistentenstelle am Institut für forensische Psychiatrie bekommen habe und bin von Professor XX ausgebildet worden. Das war der Lehrstuhlinhaber für forensische Psychiatrie in Grünstadt, der Vorgänger von Herrn Professor XX, das ist also sein Nachfolger. Und ich bin dann in den Strafvollzug gegangen, das war 1985, mit vielen Illusionen und hab in der Sozialtherapie angefangen.

CL : Darf ich fragen, was diese Illusionen waren ?

Frau Gerhardt : Was diese Illusionen waren ? ! Ich hab lange dran geglaubt, an die Sozialtherapie, weil das hat natürlich auch damit zu tun, dass Herr Professor XX war eine Kapazität auf diesem Gebiet und hat die Sozialtherapie für Deutschland publik gemacht. Und wenn sie das eingeben ins Internet, werden sie immer wieder auf Veröffentlichungen von Herrn XX stoßen. Er hat sich eben auch dafür eingesetzt, dass seine Assistenten in die klassischen Institutionen hineingehen. Das was man früher den Gang durch die Institutionen geschimpft hat, das hat er gepredigt und wir haben daran geglaubt und haben es gemacht. Und... das, denk ich, war sehr politisch und weniger psychologisch (*Lachen*). Und ich denke, ich hatte schon den einen oder anderen Inhaftierten oder Kriminellen vorher gesehen, weil ich ja auch viele Schuldfähigkeitsgutachten, das war die eigentliche Aufgabe, gemacht habe und auch Gefährlichkeitsgutachten für Unterbringung in Psychiatrie und solche Dinge, die man da so gelernt hat und gemacht hat. Aber ich war ja immer nur in der Gutachterrolle und ich hab dann eine Therapieausbildung gemacht, machte man damals so, gehörte irgendwie dazu. Aber einen Inhaftierten von morgens 8 bis nachmittags um halb 5 jeden Tag zu sehen und vor der Tür zu haben... und ich will dies und ich will das und ich will jenes und Therapie will ich auch... und davon 20 an der Backe, mit dem man umzugehen hatte und dem man helfen sollte. Das hat sich dann ja doch ganz anders dargestellt als in dem Elfenbeinturm der Universität, wo ich da drüber nachdenken durfte (*Lachen*), was denn gut für sie wäre. Ich glaube die ersten anderthalb Jahre haben die erst mir mal gesagt, was sie meinen, was gut für sie ist und ich hab das alles geglaubt, war sehr engagiert und habe diesen... nicht das Problem des Instrumentalisierens und Funktionalisierens, was Bestandteil deren Sozialisation ist, nicht begriffen. Ich hatte nur gedacht : ich bin gut ausgebildet, ich hab 'ne Menge Ahnung von Kriminalität und jetzt muss ich doch mal gucken, wo hat der seine Lücken und was kann ich dafür tun, dass er seine Lücken füllt. Dass der mit Schlitten gefahren ist, das hab ich erst mal überhaupt nicht sehen wollen, das hätte mich auch viel zu sehr gekränkt, weil ich hatte ja so Riesenideale... Das kam dann erst so nach und nach, dass ich dachte : uh, die sind ja doch

ganz anders im Kontakt als wie sich das im Lehrbuch also liest und ich muss erst mal lernen, das zu erkennen, um zu sehen, was machen die eigentlich mit mir. Dann hab ich gedacht : ne, jetzt krieg ich erst mal ein Kind und jetzt mach ich erst mal Pause. Bin dann erst mal wieder ausgestiegen und hab meinen Sohn zur Welt gebracht. Dann war das aber so, dass zeitgleich mit mir vier andere Frauen meinten, jetzt ein Kind kriegen zu wollen. Die SothA hat zu dem Zeitpunkt ungefähr 10 Jahre bestanden. In diesen vielleicht auf 12, in diesen 10-12 Jahren, war keine einzige Frau schwanger geworden...

CL : Und das ist ein schlechtes Zeichen ?

Frau Gerhardt : Das gab's überhaupt nicht ! Die waren alles so hochidentifiziert mit ihrer Arbeit und der Arbeit am Klienten oder was auch immer. Auf alle Fälle Mütter gab's keine und jetzt war das klack klack klack klack... gab's 5 Mütter und die Leiterin der SothA hat gesagt, ich habe für halbtagsmäßige Mütter keine Verwendung. Ich hatte zwar Recht auf einen Arbeitsplatz, alle hatten wir einen Recht auf den Arbeitsplatz in der JVA Grünstadt, aber wir sind alles nur vorübergehend auf unseren Arbeitsplatz zurückgekehrt und sind dann gegangen, gegangen worden, wie man... manche sind ganz aus dem Vollzug raus. Und ich bin richtig in den Vollzug rein und hab dann noch mal...

CL : ... ganztätig dann gearbeitet...

Frau Gerhardt : Nein. Ich bin also aus der SothA raus und nach Grünstadt rein, richtig nach Grünstadt rein. Und hab dann noch mal begriffen den Unterschied zwischen der SothA und Grünstadt. Da hab ich dann auch begriffen, dass das eigentlich eine große Luftblase ist. Da sind so alle Illusionen, die man so hatte, die ich hatte... also, an Sozialtherapie, Psychotherapie im Strafvollzug machte so pling pling pling pling... plup ! Da hab ich dann gedacht, Strafvollzug ist was völlig anderes als SothA und eigentlich gehört SothA gar nicht hierher. Also, das... hab dann für mich schon sehr eine andere Sichtweise auf Psychotherapie im Strafvollzug entwickelt und das ist ja das kleine Modell, das wir hier fahren, dass ich denke : Psychotherapie im Strafvollzug funktioniert nur, wenn die Therapeuten, die die Therapie durchführen, mit dem Vollzug nichts zu tun haben. Und alles andere ist Erziehung. Also ich denke, Sozialtherapie kann man machen, aber man sollte es nicht gleichsetzen mit Psychotherapie. Und der Fehler wird halt immer wieder gemacht und das ist... das wird schon noch ein Weilchen dauern. Aber das ist so mein Weg. Ich bin dann halt in den psychologischen Dienst gewechselt und habe eine Weile in der JVA XX im psychologischen Dienst gearbeitet. Also ich dachte, ich muss auch mal raus aus Grünstadt, dann bin ich wieder zurückgekommen. Dann war ich in der Einweisungsabteilung ein paar Jahre. Ich bin eigentlich ganz gut rumgekommen, so dass sich die 25 Jahre eigentlich nicht so langweilig darstellen. Ich hab ne Menge gesehen, kenn viele Leute und hoffe eigentlich immer noch, ich muss jetzt noch 10 Jahre, dass ich vielleicht noch mal wechseln kann. Mal gucken... jetzt bin ich 7 Jahre hier, nee, 8 Jahre jetzt hier wieder. Und eigentlich wär's an der Zeit (*Lachen*) wieder woanders hinzugehen. Ich denke, ich werde mein Berufsleben schon im Strafvollzug beenden. Bei allem, was mir hier misshagt, hab ich's letztendlich nie richtig ernsthaft versucht, aus dem Vollzug mich woanders hin wegzubewerben. Also ich denke, ich war schon immer hier richtig.

CL : Über diese Illusionen : ich vermute, dass jeder Mitarbeiter im Strafvollzug solche Illusionen am Anfang hat... und auch die Sozialarbeiter, glaub ich, oder ? Aber sie sind psychologisch nicht ausgebildet, oder ?

Frau Gerhardt : Doch schon.

CL : Machen Sie Fortbildungen für Gruppenleiter ?

Frau Gerhardt : Ich glaube, dass man da viel viel mehr tun könnte und auch müsste. Aber nicht nur für Sozialarbeiter, sondern auch für den ganz normalen allgemeinen Vollzugsdienst und auch den Werkmeistern. Also nicht nur was Nähe- und Distanzprobleme angeht, sondern es gibt auch die Versuchung, gemeinsam mit den Inhaftierten das Dasein hier schönzureden, zu bagatellisieren. Es gibt natürlich, was die psychische Struktur der Inhaftierten eigen ist, bestimmte Abwehrmechanismen. Das Wichtigste ist die Form der Spaltung, dass sie relativ schnell im Kontakt für sich entscheiden : der ist gegen mich, der ist für mich. Also das Prinzip Turnschuh oder Lackschuh, Sekt oder Selters. Ja, das ist der Struktur eigen. Je nach dem wie psychisch kräftig der Inhaftierte ist, vermag er es die Leute, die mit ihm zu tun haben, gegeneinander aufzuwiegen, so dass ein Spaltpilz gesetzt wird. Und statt dass der Inhaftierte sich mit sich und seinen Problemen auseinandersetzt, fangen die jeweiligen Berufsgruppen an, sich zu streiten, dass es zum Teil sehr böse hergeht. Das sind Mechanismen, es gibt noch viele viele andere, die sind bekannt. Das ist in den letzten 10 Jahren, würd' ich mal so sagen, angefangen mit Kernberg, das ist so ein amerikanischer psychoanalytischer Psychiater, der hat viel viel veröffentlicht über solche Mechanismen. Die sind aber noch auf sehr hohem theoretischen Niveau. Das wird stellenweise als Geheimwissenschaft genutzt. Und ich denke, es wäre an der Zeit, das

runterzubrechen. Anhand dessen, was da... ist bestimmt nicht alles richtig, aber man sollte es mal überprüfen... was da an Möglichkeiten bestehen, also andere Curricula für den allgemeinen Vollzugsdienst, für Werkmeister, für Sozialarbeiter zu entwickeln, um diesen Beziehungsfallen, die da aufgebaut werden, nicht zu erliegen, weil sie sind systematisch. Man kann's lernen, sie zu erkennen und alles was da unterlassen wird, kostet unnütz Kraft und Energie, was auf der anderen Seite dann wieder verlorenght. Aber das werde ich wahrscheinlich nicht mehr erleben... Was für mich immer noch ein Problem ist im Vollzug, dass... weil ich denke, ich habe genauso angefangen wie viele andere junge Frauen hier... viele junge Frauen kriegen hier nach 2-3 Jahren Kinder und die erste Zeit, die sie hier verbracht haben, stecken sie so viel Energie und Kraft in die Anstalt, weil sie jung sind, weil sie nett sind, weil sie arbeiten wollen, weil sie engagiert sind, wo ich heute drauf achte, wenn ich hier mit so jungen Frauen zu tun habe, dass ich sage : jetzt schalten wir mal einen Gang runter und jetzt machen wir mal alles eine Nummer kleiner, weil da findet ganz viel... ich finde schon, das hat System und er Vollzug benutzt oder missbraucht auch, lebt auch von diesen jungen Frauen, die hier ihre Energie lassen. Weil mit der Systematik, wie die schwanger werden, ist es... natürlich sind die alle in dem Alter, wo man auch über Familiengründung nachdenkt. Logo ! Aber man kann ja die Uhr nachstellen, wann hier junge Frauen anfangen und wann die... ich will es nicht abwertend in die Mutterschaft flüchten, aber es ist ein Punkt, wo ich denke, nach 1-2 Jahren fängt man über das hier nachzudenken, was hier mit einem gemacht wird oder...

CL : Was ist mit jungen Männern, die auch manchmal sehr motiviert ankommen ? Was...

Frau Gerhardt : Es gibt hier in den letzten Jahren wenige junge Männer, die hier anfangen. Es gibt junge Männer, die relativ schnell wieder gehen. Es gibt hier junge Männer, die hier fett werden wie Wanzen. Die kommen hier an als junge attraktive Männer und sind nach zwei Jahren so was von hässlich und übergewichtig und voll gefressen und sitzen dann hier auf irgendwelchen Stühlen als Beamte. Das ist widerlich. Andererseits, wo man denkt : oh mein Gott, was ist das für eine sehnliche Not, die sich da ausdrückt ? Die müssen so einen Schutzpanzer vor sich herschieben, dass sie das alles nicht so an sich rankommen lassen wollen, wo ich dann denke : "*übergibt sich lautmalerisch*". Und das ist was, wo man zugucken kann. Wenn man das sehen will, dann sieht man das. Aber des gibt nicht die Personalpflege, dass da irgendjemand mal... also als Vorgesetzter sagt : du, du bist doch erst 2 Jahre hier. Wieviele Kilo hast du zugenommen seitdem ? Das ist schon... bei den Männern sehr sehr, also auch allgemeiner Vollzugsdienst, sehr sehr auffallend. Das ist eine schwere Arbeit und Frauen haben die Möglichkeit, sich da für die Schwangerschaft zu entscheiden und kommen dann verändert wieder, meistens mit reduzierter Arbeitskraft. Und viele der jungen Männer werden hier fett, richtig fett. Das ist...

CL : Das ist eine interessante Bemerkung...

Frau Gerhardt : Ja, das ist schon... und es fehlt so was wie... ich weißt nicht, ob es das in anderen großen alten Institutionen gibt, dass man aber ein bisschen mehr Personalpflege, mehr Aufmerksamkeit...

CL : Hat es mit Stress zu tun oder mit Langeweile ?

Frau Gerhardt : Die Arbeit ist sehr anstrengend. Also die Inhaftierten sind sehr sehr bedürftig von Haus aus. Das Eingesperrtsein in dieser Mangelsituation, ja... und ich denke, dass... die kommen ja alle her und sagen : ich will Menschen helfen (*Lachen*), das ist ja der heere Ansatz, der zweite : ich will einen sicheren Arbeitsplatz. Dann merken sie, wo sie gelandet sind. Und die Schuld, die hier verstoffwechselt wird, das muss man auch aushalten. Und ich denke, darüber wird auch zu wenig gesprochen.

CL : Das könne eine Herausforderung für Sie sein, für die nächsten Jahre vielleicht so...

Frau Gerhardt : Ja, weiß ich nicht, aber ich denke... man könnte im Gefängnis... ich glaube, das ist ein Phänomen aller großen alten Institutionen. Ich glaube nicht, dass das was ist, was das Gefängnis nur so auszeichnet. Wenn man sich die hohe Suizidrate und Frühberentung bei Lehrern anguckt, dann gibt es da Parallelen, dieses sehr intensive Arbeiten am Menschen ist einfach anstrengend.

CL : Vielleicht auch in Krankenhäusern...

Frau Gerhardt : Krankenhäuser, psychiatrischen Anstalten und ich denke beim Militär dürfte es ähnlich sein. Da geht dann halt so eine Verrohung einher. Also alle da... da müsste, denke ich, ein bisschen mehr gesamtgesellschaftlich, politisch, irgendwie... weil wir brauchen ja die Institutionen, man kann ja nicht sagen, wir brauchen keinen Knast. Das ist Unsinn. Es gibt natürlich Leute, die glauben, dass man keinen Knast braucht. Aber ich glaub das nicht mehr. Es gibt viele, die haben ein Strafbedürfnis und haben ein Recht darauf, eingesperrt zu werden. Und es gibt welche, die sind

gefährlich und dann sag ich : du gehörst eingesperrt. Punkt. Aber das sag ich jetzt mit 55, also mit 35 hätte ich das mit dieser Klarheit und dieser Eindeutigkeit nicht sagen können. Das ist auch was, wo man so reinwächst und... aber ich hätte vielwahrscheinlich leicht mit 30-35 gerne einen Vorgesetzten gehabt, der das so klar hätte sagen können. Den hatte ich nicht und ich denke, das ist das Versäumnis dieser Institutionen, dass es keinen Halt und keine... nicht ausreichend Halt, nicht ausreichend Orientierung, nicht die Möglichkeit gibt, da reinzuwachsen ohne viel Federn zu lassen.

CL : Also jeder macht seine schmerzhaft Erfahrung...

Frau Gerhardt : ...alleine, ja. (*Pause*). Ja, das ist schon ein spannendes Feld. Ja und jetzt wird der psychologische Dienst, jetzt sind wir 4, und werden wenn alles gut geht zum Ende des Jahres noch 2 neue halbe Kollegen dazubekommen. Das ist zumindest geplant, ausgesucht sind sie auch schon. Aber es hängt noch an der Landesregierung...

CL : Ich habe den Eindruck, dass sehr viele Kollegen aus der SothA kommen. Ist es oft so, dass Leute zuerst in der SothA arbeiten und dann zum...

Frau Gerhardt : ...sich verändern ?

CL : Ja und dann zum psychologischen Dienst gehen ?

Frau Gerhardt : Ich denke, die SothA hat natürlich die meisten psychologischen Arbeitsplätze.

CL : Stimmt.

Frau Gerhardt : Und von daher fangen da viele an. Und wer dort entweder relativ schnell das Spiel durchschaut oder irgendwann sich verändern will, hat nicht allzu viele Möglichkeiten sich zu verändern. Also die PTB ist sehr klein mit den 3 halben Stellen und da wird sich in 4-5 Jahren erst, wenn 2 Kollegen in Rente gehen, Veränderungsmöglichkeit ergeben und hier war der Durchlauf ein bisschen dynamischer und von daher haben Kollegen das genutzt. Also, aber es ist.. man hat nicht viel Veränderungsmöglichkeiten. Entweder man geht in die psychologischen Dienste der anderen Anstalten, wenn sich da was bewegt, aber es gibt viele Kollegen, die... ich bin ja auch zurückgekommen nach Grünstadt. Ich hab in Grünstadt angefangen, bin zurückgekommen. War zwischendurch in XX und in XX und in der Jugend. Und... Grünstadt ist schon was besonderes. Ich glaub, es gibt eine hohe innere Verbundenheit der Kollegen, die hier geblieben sind, also wenn sie die ersten 3 Jahre hier überstanden haben und hier geblieben sind, dann bleiben sie auch dieser Anstalt irgendwo verbunden. Und von daher ist... Und dann sich hier in Grünstadt zu verändern ist dann eben der psychologische Dienst...

CL : Warum gibt es diese Verbundenheit zu Grünstadt ? Weil ich hab das nämlich auch empfunden als...

Frau Gerhardt : Ja... Es hört sich erst mal ein bisschen blöd an. Also, wenn sie ein bisschen herkommen könnten oder bereits gekommen sind, in der Bundesrepublik ist Grünstadt ein schöner Knast. Hier gibt's Bäume, hier gibt's Grün, hier gibt's ne Gärtnerei, eine große Gärtnerei, es gibt Altbauten, wenn man sie ein bisschen genauer unter architektonischen Gesichtspunkten anschaut, dann ist da vorne das Ensemble mit der Kirche und dem klassischem Grün... Schön, einfach schön (*Telefon klingelt*)... Und ich denke, dass der Anstaltsleiter, Herr XX, der das hier 25 Jahre gemacht hat, er hat bestimmt auch nicht alles richtig gemacht. Quatsch, kann man auch nicht. Aber er hat für eine bestimmte Kultur gesorgt und das droht jetzt ein bisschen verloren zu gehen unter diesen ganzen Sparmaßnahmen und Hämmern. Aber hat zum einen gesagt, jeder Inhaftierte braucht seine eigene Zelle. Das war das oberste Gebot. Also jeder... die Subkultur ein bisschen einzugrenzen, um die Gewalt einzugrenzen, braucht jeder Inhaftierte seinen eigenen Rückzugsort, wo er das nach innen die Tür zumachen kann. Das war sehr wichtig und die Beziehung ist wichtiger als der Stacheldraht auf der Mauer. Wenn man jetzt immer mehr Kollegen reduziert, ist das natürlich nicht mehr gewährleistet, dass der Gruppenbetreuer auf der Station alle kennt. Und der Gruppenbetreuer, der nicht mehr seine Station hat, sondern durchs Haus geschickt wird und montags hier und dienstags dort und freitags dort, der kennt die Leute nicht mehr und die Leute kennen ihn nicht. Das ist ja was Wechselseitiges und das macht das Leben unsicher, das verändert das Leben. Es ist auch ein Sicherheitsrisiko und das will im Moment aber niemand hören, weil es so eine Managerkultur in diesem Bereich gibt, die hier Einzug hält. Das hat aber ein ganz bestimmtes Klima geprägt und man kann... also ich kann, weil ich lange hier bin, den Kollegen im Haus in der Zentrale anrufen und sagen : ich schick dir jetzt Herrn XX, wenn ich den Kollegen kenne. Wenn ich den Kollegen nicht kenne und der Kollege mich nicht kennt, muss der 2 Leute schicken, um den Herrn XX hier abzuholen. Dann läuft es noch mehr so auf Zuruf. Wenn ich die Kollegen nicht mehr kenne, dann brauch ich plötzlich Personal, weil neue Lücken aufgetreten sind. Und das macht das Ganze dann rigide. Und in anderen Knästen hat es, glaub ich,

eine derartige Kultur möglicherweise gar nicht so gegeben, weil Grünstadt steht in der Kritik mehr Personal für Inhaftierte zu brauchen als andere Bundesländer, als Bayern oder als Hamburg oder als wer auch immer. Aber ich weiß nicht, wie man das aufrechnet, was daran wichtig ist. Aber ich glaube, so eine Anstalt lebt von der Person der Leitungskräfte, bestimmt nicht von der einzelnen ganz oben, aber auch... aber eben von der Leitungskompetenz der Einzelkräfte. Das ist vielleicht ein bisschen angestaubt, diese Haltung will heute gerade niemand so richtig hören, weil man eigentlich auf Fachkompetenz mehr setzt und von Sachautoritäten spricht und nicht mehr von Menschen, die in der Lage sind, Menschen zu führen, weil Menschen wollen auch geführt werden. Und das geht glaub ich gerade ein bisschen verloren auch hier in Grünstadt. Aber ich glaube, in Grünstadt hat es wenigstens eine Weile so eine Kultur gegeben, dass die eben durch Herrn XX (Anstaltsleiter) repräsentiert war. Aber er hat sich auch nicht gegen den Zeitgeist aufbäumen können. JVA XX hat einen ganz anderen Auftrag als größtenteils Untersuchungshaftanstalt und die anderen Anstalten eben auch. Das ist schon hier ein geschlossenes Gefängnis mit einer ganz bestimmten Atmosphäre. Das bindet ein bisschen, dass man sich... man wächst hier rein, wenn man will, man muss das nicht, aber man kann hier reinwachsen und das ist... dann ist man auch gerne hier.

CL : Ok... (Zögert). Ich glaube, ich habe alles befragt !

Frau Gerhardt : Schön. Ich hab' auch Hunger !

ANNEXE 8. DOCUMENTS

Attestation SMPR

[REDACTED]

Centre Hospitalier Régional
Universitaire de [REDACTED]

SECTEUR
DE PSYCHIATRIE
EN MILIEU
PENITENTIAIRE
SERVICE
MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
REGIONAL

Professeur [REDACTED]
Chef de service
[REDACTED] 10 mai 2011

RELEVÉ DE PRESENCES

Le Chef de Service du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)
des établissements pénitentiaires de [REDACTED] atteste que :

[REDACTED]

Il a fait une demande de suivi auprès de notre service. Un premier rendez-vous lui a été
donné le 23/04/2010.

Il bénéficie d'un suivi régulier.

[REDACTED]

Madame, Monsieur

En France, ce ne sont pas les médecins soignants, en milieu carcéral ou en milieu libre, et leurs collaborateurs, qui déclarent les décisions des magistrats, mais des experts nommés par eux ; et l'article 105 du décret du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale interdit à un médecin d'être soignant et expert pour le même malade.

Les soignants qui travaillent en prison ne doivent à l'Administration pénitentiaire et aux magistrats que les certificats strictement définis dans le code de procédure pénale, toujours après en avoir informé le patient concerné, et s'illicite son accord. Chacun, dit-on ou non, doit pouvoir confier à un médecin toutes les informations nécessaires au diagnostic et au traitement corrects de sa maladie, avec la certitude qu'elles ne seront pas divulguées. Ainsi, la règle du secret médical ne vise pas seulement le respect de la vie privée et de la personne humaine, mais l'accès aux soins et la qualité des soins, c'est-à-dire l'exercice de la médecine. Cette disposition qui vise, au niveau individuel, un droit humain fondamental, est donc aussi d'ordre public. La Cour d'Appel de Douai, le 27 Avril 1967, et la Cour de Cassation, le 13 octobre 1970, rappellent que cette règle est en effet « d'interprétation stricte et d'ordre public ». C'est pourquoi le Parquet, chargé de la protection de la règle du secret médical, peut poursuivre un médecin en l'absence de plainte de la victime. Et même en l'absence de victime, puisque « le délit de la violation du secret médical, non subordonné à la condition de mauvais foi ou à l'intention de nuire, est un délit instantané, indépendant de la permanence de ses effets » (Cass., 30 avril 1966).

Le secret médical s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le domaine de santé. Il ne peut être « partagé » à propos d'un patient, que seulement entre les soignants qui le possèdent en charge.

Lors de l'éducation d'une obligation de secret, il est légitime et licite que le médecin délivre, non pas au magistrat mais à l'intéressé, des

certificats attestant sa présence aux convocations pour prouver par un écrit lorsque sa parole ne suffit pas qu'il respecte cette décision judiciaire. Or l'obligation de secret n'est pas compatible avec la défection : c'est aussi que même l'insinuation de secrets incluse parfois dans la peine de mépris socio-judiciaire instituée par la loi du 17 juin 1998 à l'encontre ou plutôt, au bénéfice des auteurs d'agression sexuelle ne peut être mise en œuvre qu'à la fin de la peine privative de liberté, c'est-à-dire hors des murs de la prison.

Tandis que les autres délinquants de secrets professionnels sont tenus, lorsqu'ils sont convoqués comme témoins en justice, de dire toute la vérité, le médecin et « les personnes qui l'assistent dans son travail, confidentes nécessaires » (Cass. Crim., 18 février 1978) sont atteints au secret médical même à l'égard de la justice. « L'obligation au secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état ; elle est générale et absolue, et il n'appartient à personne de les en affranchir » (Cass. Crim., 8 mai 1947). Pour le Conseil d'Etat, « une règlement administratif ne peut, sans excès de pouvoir, y porter atteinte » (CE, 9 octobre 1928). Les dérogations à la règle du secret médical - forcément légales et non réglementaires - sont, les unes obligatoires, les autres facultatives, selon que la loi impose ou autorise la révélation. Même la personne inculpée ne peut lever le secret médical de son médecin traitant, la concernant, pour l'autoriser à témoigner devant la Cour d'Assises (Cass., Crim., 22 décembre 1966) ; car « le malade serait toujours contraint d'autoriser la levée du secret si cette dernière était admise, sous peine de voir un refus interprété en sa défaveur ».

Le délit de violation du secret médical entraîne des sanctions disciplinaires, ordinaires (blâme, suspension, radiation), administratives (blâme, suspension, révocation), civiles (dommages et intérêts) et pénales (un an d'emprisonnement et quinze mille euros d'amende (article 226-15 du code pénal). Comme il s'agit d'indignité et de manquement à l'honneur, « Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes semblables si je tiens mes engagements » du serment à la fin du serment d'Hippocrate, cette infraction s'est jamais amnistie.

La règle du secret médical ne se limite pas au seul diagnostic : « constater une violation du secret professionnel, le fait, pour un médecin,

de révéler à des tiers des dispositions d'ordre médical qu'il a prises, en regard à l'état de santé d'une personne, alors même que les dispositions ne permettent pas de connaître la nature de l'affection dont cette personne est atteinte » (Cass. Crim., 27 juin 1967, Bull. crim. N° 194 et 20 décembre 1967, Bull. crim. N° 338). La Cour de Cassation estime même que le secret médical peut aussi couvrir des faits susceptibles d'être connus du public (Cass. Crim. 24 janvier 1957, Bull. crim. N° 86 voir que sont déjà connus (Cass. Crim. 25 janvier 1968, Bull. crim. N° 25). Le décret du 6 septembre 1995 précise que le secret médical couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Les magistrats savent que la fréquentation massive d'une consultation psychiatrique en milieu pénitentiaire peut être une stratégie sans rapport avec une volonté réelle d'être soigné, n'est pas nécessairement un geste sérieux vers la réinsertion et n'implique pas forcément ni une véritable compliance thérapeutique, ni l'efficacité du soin, ni l'absence de dangerosité. Ils savent aussi qu'à l'inverse, l'absence de prise en charge ne correspond pas nécessairement à une dangerosité criminologique ou psychiatrique et que comme toutes les demandes de soins ne peuvent pas être satisfaites en prison, compte tenu de l'insuffisance relative des ressources sanitaires mises à la disposition de la population carcérale, elle ne prouve pas ipso facto l'absence de bonne volonté du délinquant. Ainsi, les juges fondent ils leur stricte conviction sur d'autres critères, autorisés par la loi.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article L.1110-4 du code de santé publique - est puni d'un an d'emprisonnement et de quinze mille euros d'amende ». (Loi du 4 mars 2002).

LESMPE

Grille Suicide

EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE					
NOM		Ecole			
Prénom		Date d'écrou			
Date de naissance		Établissement		CENTRE PENITENTIAIRE DE	
Sexe	M	Situation au 11/05/2011			
Nationalité	Française				
FACTEURS DE RISQUES FAMILIAUX, SOCIAUX ECONOMIQUES					
	O	N	NSP		O N NSP
Situation conjugale (CP, CTP)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parte de logement	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Absence de soutien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rupture conjugale	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Engagement social	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Placement direct	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Deuil récent d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parte d'emploi	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Parte supérieure dans l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés parentales, rigueur, autoritarisme ou abus	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FACTEURS DE RISQUES JUDICIAIRE ET PENITENTIAIRE					
	O	N	NSP		O N NSP
Intoxication - contact avec personnes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma d'engagement de peine ou de contrôle judiciaire	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Situation pénale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Événement judiciaire	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Incidents disciplinaires en détention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violence individuelle	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				(si OUI mention particulière)	
FACTEURS DE RISQUES SANITAIRES					
	O	N	NSP		O N NSP
Antécédents de tentatives de suicide(s) (TS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents d'autosuffocation	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux de suicide ou de TS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signale un problème de santé névrosique des soins	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Addictions (alcool, tabac, médicaments, psychotropes, drogues)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handicap (visuel, neurologique, sensoriel)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Signale des antécédents psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OBSERVATION - COMPORTEMENT					
	O	N	NSP		O N NSP
Signale manifestation dépressif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signale dépressif	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Signale un état de crise psychique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut entendre	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se déclare spontanément suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peut lire	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Peut signer	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EVALUER L'URGENCE

	O	N	NSP		O	N	NSP
Soufflez-vous au point de penser à venir sur T ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idées fréquentes et qualifiées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI degré d'urgence à déterminer : -				évaluation particulière	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reqs, idées précises, suivies ou diffusées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acte dans un délai < 48 heures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
actuels envisagez comme possible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acte dans un délai < 48 heures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Acte dans un délai "immédiat ou en cours"	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOYEN ENVISAGE

	O	N	NSP
Après vous pensez comment le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel est le moyen envisagé ?			
Peut être immédiatement accessible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESURES A PRENDRE

Indiquer pour chacune le délai souhaitable de réalisation

	<48 h	Semaine	>7 jours		<48 h	Semaine	>7 jours
Mise sous surveillance spéciale pour chaque membre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R.S.V. Unité de soins (CCSA, SMR, autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommandations pour le placement en cellule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entretien conseillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact à proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	présence avec qui ?			
Prévenir				Favoriser l'activité travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grille De Dangerosité

GRILLE D'EVALUATION DU POTENTIEL DE DANGEROUSITE							
NOM	[REDACTED]	Ecris	[REDACTED]				
Prénom	[REDACTED]	Date d'écrou	[REDACTED]				
Ni(x) le	[REDACTED]	Etablissement	[REDACTED]				
Sexe	[M]						
Nationalité	[Française]						
RISQUES LIES A LA CONDAMNATION ET LA PREVENTION							
	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP
Procédure contentieuse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actes de torture et de barbarie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procédure criminelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assassinat, meurtre et tentatives	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol, agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criminalité organisée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence grave aux personnes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terrorisme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISQUES LIES AUX ANTECEDENTS							
	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP
A fait l'objet d'incarcérations antérieures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents d'invasion ou tentative avec complicité extérieure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu une première incarcération à un âge < 16 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criminalité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'agressions physiques graves sur co-détenu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engagement de la cellule investigation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'agressions physiques graves sur personnel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Classé DPS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'évasion par fuite de prison ou tentative	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DANGEROUSITE - VULNERABILITE / RISQUES LIES A DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX							
	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP
Addictions (Alcool - médicaments psychotropes - drogues)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Placement antérieur en UMD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi psychologique ou psychiatrique antérieur ou en cours	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A été fait des tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement antérieur en SMPS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A été fait des auto-mutilations graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement d'office antérieur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DANGEROUSITE - VULNERABILITE / ELEMENTS D'ENVIRONNEMENT SOCIAL							
	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP		<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> NSP
Instabilité dans l'emploi avant incarcération	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N'a été faite l'objet de la condamnation ou prévention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilité dans le logement avant incarcération	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neqta l'incarcération	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de soutien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CENTRE PENITENTIAIRE DE [REDACTED]							

Sexe : M
Nationalité : Française

RISQUES LIÉS À LA CONDAMNATION ET LA PREVENTION

	O	N	NSP		O	N	NSP
Procédure contentieuse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actes de torture et de torture	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procédure civile	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assassinat, meurtre et tentative	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viol, agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criminelle organisée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences graves aux personnes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terrorisme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISQUES LIÉS AUX ANTECEDENTS

	O	N	NSP		O	N	NSP
A fait l'objet d'incarcérations antérieures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents d'incarcération ou tentative avec condamnation antérieure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ans ou dernière incarcération à un âge < 18 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criminelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'agressions physiques graves aux personnes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signalement de la police judiciaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'agressions physiques graves aux personnes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crimes SPM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'incarcération par tort de prison ou tentative	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

DANGEROUSITE - VULNERABILITE / RISQUES LIÉS À DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX

	O	N	NSP		O	N	NSP
Addictions (alcool - médicaments psychotropes - drogues)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Placement antérieur en SMO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi psychiatrique ou psychologique antérieur ou en cours	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A déjà fait des tentatives de suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement antérieur en SMO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A déjà fait des auto-mutilations graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement d'office antérieur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

DANGEROUSITE - VULNERABILITE / ELEMENTS D'ENVIRONNEMENT SOCIAL

	O	N	NSP		O	N	NSP
Instabilité dans le logement avant incarcération	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N'a pas fait l'objet de la condamnation ou prévention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilité dans le logement avant incarcération	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accompagné d'incarcération	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de travail	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

VULNERABILITE

	O	N	NSP		O	N	NSP
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Victime de violence en détention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régimes de protection (adulte, curatelle)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Affaires médicales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession risquée en détention pénale (autres professions)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crimes sexuels	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES D'INFORMATION

	O	N	NSP		O	N	NSP
Procédure d'intégration au centre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Section financière externe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande d'admission	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

CLASSIFICATION DU DETENU

Décision prise par le Chef d'Établissement ou son représentant à l'issue de la commission pluridisciplinaire

- Ordre ou autres mesures de sûreté
- Vulnérabilité en détention
- Régime auto-géré
- Régime hétéro-géré
- Régime lié à la sécurité

Questionnaire rempli (§ 1 à 5) par :

(Nom et qualité)

Le / /

Classification du détenu à l'issue de la commission pluridisciplinaire par :

(Nom et qualité)

Le / /

CENTRE PENITENTIAIRE DE

Fiche De Renseignement

FICHE DE RENSEIGNEMENT			
Ecrou :			
Sexe : M	CA : OMAH	CP : PR	Libéré le : 26/10/2011 UGC :
Part			
Disponible :	22,11 €	Libération :	0,00 €
		Civile :	0,00 €
Ecroué le : 27/10/2010 Motif marital :			
Situ. familiale : célibataire		Enfants : 0	Nationalité :
Profession : artisan et ouvrier qualifié (alimentation)		né le :	
Qualification :		à :	
Diplôme : Collège avant la troisième		N° SS :	
Adresse : SDF		N° SS Provis :	
		A prévenir :	
Survi par : EC			
Commentaire : Vu en audience arrivant le 26/10/2010 par LI T. Un me déterru avec de gros soucis psychologiques le poussant à des TS) Plusieurs séjours en HO.Nie les faits qui lui sont reprochés.Fragile il a très peur de la promiscuité carcérale et sera à douter avec quelqu'un de posé.Sa famille vit au Maroc et ne l'assistera pas.A besoin de travailler et école.			
Type de CCR	Début	Fin	
Mise en surveillance spécifique	13/07/2011		
Mise en surveillance spécifique	08/07/2011	13/07/2011	
Mise en surveillance spécifique	10/06/2011	23/06/2011	
Mise en surveillance spécifique	13/04/2011	16/06/2011	
Mise en surveillance spécifique	07/04/2011	13/04/2011	
Mise en surveillance spécifique	04/02/2011	07/04/2011	
Mise en surveillance spécifique	28/10/2010	03/02/2011	
Placement en cellule seul.	08/12/2010	08/03/2011	
Courrier à transmettre au J1	27/10/2010		
Fumeur	28/10/2010		
A séparer de	17/12/2010		
Déjà incarcéré,	27/10/2010		
Régime sans porc	28/10/2010	17/11/2010	
Régime végétarien	17/11/2010		
Régime	01/08/2011	21/08/2011	
Ugc	Affecté le	Motif	Commentaire
ES80P34	18/07/2011	MUT	retour fu
ES80SP5	12/07/2011	MUT	fu
ES8147	11/07/2011	MUT	separation prevenu condamné detenu incouppé a reffecter ultérieurement encombrant
ES81P38	23/06/2011	MUT	suite erreur affectation profil
ES80P06	01/06/2011	MUT	retour SMPR
ES	01/06/2011	MUT	retour
ELD031	24/05/2011	MUT	retour à sa cellule d'origine
ELD030	23/05/2011	MUT	suite à tentative de pendaison au SMPR, mis ven place de Kit anti-suicide et mise en surveillance heure par heure pour cette nuit
ELD031	13/05/2011	MUT	
ELD016	20/04/2011	MUT	entrée SMPR
EL	20/04/2011	MUT	admission SMPR ce jour.

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Ecrou :

Ugc	Affecté le	Motif	Commentaire
ESBOP22	20/04/2011	MUT	sortie GD
ESQO130	16/04/2011	MUT	Mutation de cellule pour cause de veillesu détectées
ESQO138	16/04/2011	MUT	suite commission de discipline
ESBOP22	15/04/2011	MUT	sortie qt envoi sur le BAT B
ESQO130	15/04/2011	MUT	suite mise en prévention
ESA148	14/04/2011	MUT	retour HO - uniquement pour la nuit. risque important de TS
ESA047	11/04/2011	MUT	retour HO
ESHOSP5	08/04/2011	MUT	hospitalisation d'office -
ESA007	04/04/2011	MUT	Feu de cellule
ESA041	22/03/2011	MUT	
ESHOSP5	15/03/2011	MUT	placement HO
ESA041	29/01/2011	MUT	gestion de la détention. risque de bagarre avec et
ESA040	16/01/2011	MUT	Arrivé SMPP
ES	16/01/2011	MUT	sortant du smpp
EL0018	12/01/2011	MUT	erreur de positionnement
EL0018	11/01/2011	MUT	sur ordre chef det retour cellule
EL0029	11/01/2011	MUT	Mis en cellule de force suite à comportement agressif
EL0018	04/01/2011	MUT	A la demande du SMPP
EL0017	04/01/2011	MUT	sortant ho suite arrêté du 03/01/2011
ELHOSP1	27/12/2010	MUT	admis en ho-
EL0018	17/12/2010	MUT	retour ho-
ELHOSP1	09/12/2010	MUT	départ ho suite arrêté préfectoral
EL0031	12/11/2010	MUT	entré smpp-
EL	12/11/2010	MUT	accueil - smpp
ESA107	08/11/2010	MUT	Affectation arrivant
ESA	08/11/2010	MUT	fin de parcours arrivant
ESB007	04/11/2010	MUT	
ESHOSP5	03/11/2010	MUT	HO -
ESB007	02/11/2010	MUT	problème de cohabitation
ESB009	29/10/2010	MUT	affectation eqt.
ESQPA121	28/10/2010	MUT	A doubler pour cause de risque suicidaire
ESQPA101	27/10/2010	AFF	

CP 1 -PR 26/10/2011

CP 2 :

CP 3 :

AR	Date EvL	Commentaires	Débuts de peines	Peines à subir	A soustraire	A ajouter	Fins de peines
01	27/10/2010	Mandat de dépôt décerné le 27/10/2010 par Mire Juge libertés & détention au TGI pour VIO (procédure criminelle) Parquet N°10 instruction N° Juge d'instruction Mr					
NOTE	03/11/2010	Arrêté N°2010/ EPSM					portant hospitalisation d'office
NOTE	04/11/2010	Arrêté N°2010/ d'office EPSM					mettant fin à une mesure d'hospitalisation
HO	08/12/2010	Arrêté n°2010/ Préfet du CH de					portant hospitalisation d'office
HO	17/12/2010	Arrêté levée H.O. en date du 17/12/2010					
HO	27/12/2010	Arrêté n° 2010/ Préfet du EPSM					portant hospitalisation d'office

Vollzugsplan

GI III A3
JVA
Bearbeiter:

Datum 00.00.2010
Telefon: 2333

Vollzugsplanfortschreibung (Entwurf)

Inhaftierter:
Buchnummer:

Geburtsdatum: 1975

Konferenzdatum:
Konferenzteilnehmer: Tal III Herr
Tal III a Herr
GI III A3 Herr
Gb III A3 Herr
Lehrer Herr
GI V Herr

Nächste Überprüfung der Vollzugsplanung: Juni 2011

Die Vollzugsplanfortschreibung weicht gravierend von der bisherigen Vollzugsplanung ab.

Einschätzung der prognostischen Faktoren im Hinblick auf zukünftiges Legalverhalten		Entwicklung der prognostischen Faktoren		
<input type="checkbox"/> zum Einweisungszeitpunkt		Aktueller Stand bei Vollzugsplanfortschreibung		
<input type="checkbox"/> zur letzten Vollzugsplanfortschreibung				
		unverändert	günstiger	ungünstiger
Anlassdelikt	Eher günstig			
Kriminalitätsentwicklung	Eher günstig			
Straftatauseinandersetzung	Günstig	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kompetenzen	Eher günstig	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeit	Eher Ungünstig	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialer Empfangsraum	Eher günstig	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis:

Erläuterungen:

Anlassdelikt:

Der Inhaftierte kam am 22.10.1997 nach Deutschland. Er fand bei einem in lebenden Verwandten (Herrn) Unterstützung, der mit der Mutter (

Vollzugsplan (traduction)

Chef de groupe IIIA
Etablissement pénitentiaire de Grünstadt
Rédigé par : Herbert Rainer

Date : 00.00.2010
Numéro de téléphone : 2333

Mise à jour du plan de détention (Brouillon)

Détenu :
Numéro d'écrou :

Date de naissance : 1975

Date de la conférence :
Participants à la conférence :

Sous-directeur III
Sous-directeur III a
Chef de groupe III A3
Animateur de groupe III A3
Enseignant
Chef de groupe V

Prochaine évaluation du plan de détention : juin 2011

La mise à jour du plan de détention diverge fortement des plans réalisés jusqu'à présent.

Appréciation des facteurs pronostics au regard du comportement criminel futur	Evolution des facteurs pronostics		
<input type="checkbox"/> Au moment de l'orientation	Etat actuel au moment de la mise à jour du plan de détention		
<input type="checkbox"/> Au moment de la dernière mise à jour			
	Inchangé	Meilleur	Moins bon
Délit commis	<i>Plutôt positif</i>		
Evolution criminelle	<i>Plutôt positif</i>		
Travail sur les faits	<i>Positif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compétences sociales	<i>Plutôt positif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnalité	<i>Plutôt négatif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations sociales	<i>Plutôt positif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explications :

Délit commis :

Le détenu est arrivé le 22.10.1997 en Allemagne. Il a trouvé le soutien d'un proche résidant à X (Monsieur X), qui était marié avec la mère (Madame X) de la victime du meurtre commis ultérieurement. Il avait pour projet, afin d'obtenir un permis de séjour de durée illimitée, d'épouser une femme allemande, ce fut donc par un heureux hasard que Madame X, née le X, tomba justement amoureuse de lui. Il avait d'abord cru

qu'elle ne voulait l'épouser qu'en raison des formalités administratives, mais remarqua qu'une véritable relation amoureuse se développait de son côté et tomba à son tour amoureux d'elle.

Sa future épouse était à l'époque enceinte d'un autre homme, dont le père connaissait le détenu. Sa future femme donna naissance à une fille le X. Le X 1998, le détenu épousa X, alors âgée de 18 ans et une deuxième fille commune naquit le X.

Le détenu perdait souvent l'argent du couple à des automates de jeu, au point de devenir accroc aux jeux – c'est aussi ainsi que le détenu s'autoévalue. S'en sont suivies des disputes, des actes de violence et des détériorations volontaires. Son épouse l'insultait souvent pendant les disputes (espèce d'abruti, va te faire foutre, étranger de merde, etc.). La relation avec la belle-mère était également tendue, parce que le détenu se sentait rejeté par elle et lui reprochait de s'immiscer en permanence dans son couple.

En décembre 2002, la femme a fui le détenu pour trouver refuge dans un foyer pour femmes. Elle revint cependant vers lui. Elle demanda le divorce avant de rétracter sa demande.

A la suite de son licenciement dans un bistrot, il détruisit de colère le X 2002 le mobilier de son appartement (canapé, fauteuil, chaîne hi-fi, lecteur DVD, téléviseur, enceintes, etc.), poussa sa femme dans la cuisine, lui posa un couteau sur la gorge en lui disant : « je te coupe la tête et je l'apporte à ta mère ». Le 1^{er} août, la police prononça contre lui une interdiction de territoire et l'interdiction de retourner au domicile familial et dans le domicile de sa belle-mère.

Il affirma à des proches et à des connaissances qu'il aimait toujours sa femme et qu'il se tuerait dans le cas où il ne pourrait plus être avec cette dernière.

Malgré l'interdiction prononcée par la police, il appela depuis son portable aussi bien sa belle-mère qu'une témoin et les traita de salopes, de putes, de catins et proféra des menaces de mort à leur rencontre. Par ailleurs, il s'opposa à l'interdiction qui lui avait été faite de rentrer en contact direct avec son épouse et sa belle-mère en les menaçant de mort et en les injuriant.

Sa femme demanda le divorce et il apparut clairement au détenu que sa femme souhaitait désormais sérieusement se séparer de lui.

Le X 2004, il se rendit dans un bistrot devant lequel il savait que sa femme devait passer lorsqu'elle amènerait leur fille à l'école à huit heures du matin. L'épouse était accompagnée de la belle-mère et du plus jeune enfant qui se trouvait dans une poussette. Il l'aborda de par derrière et la poignarda avec un couteau cinq fois au total, bien que la mère de la victime ait porté assistance à sa fille et ait ainsi reçu deux coups de couteau. La victime décéda en l'espace de quelques secondes, la belle-mère serait probablement également morte si elle n'avait pas reçu d'aide médicale.

Le détenu s'éloigna du lieu du crime et se rendit l'après-midi même au bistrot d'une connaissance qui était déjà au courant des faits. A la question des raisons de son crime, il répondit qu'il avait ainsi sauvé son honneur et ajouta en turc un proverbe qui, traduit librement, signifie : « mon erreur doit m'être sacrée ». A la question de savoir s'il regrettait son geste, il répondit qu'il n'en était pas désolé.

Le X vers 11.40, il se rendit de lui-même à la police.

L'homicide de son épouse fut qualifié par le tribunal de meurtre et il fut condamné pour cela à une peine de réclusion criminelle à perpétuité. Les coups de couteau contre la belle-mère furent qualifiés de tentative d'homicide assortis de blessures corporelles graves. Il s'ensuit qu'une peine globale d'emprisonnement à perpétuité a été requise. Le tribunal a écarté l'existence de circonstances aggravantes.

Evolution criminelle :

Le détenu a fait l'objet de deux procédures pénales.

Le X, il a été condamné à 30 jours-amende à 20 DM pour escroquerie.

Le X, il a été condamné à 40 jours-amende à 8 Euros pour préparation d'un délit.

Le détenu est condamné pour la première fois à une peine d'emprisonnement.

Travail sur les faits :

Le détenu a reconnu les faits sur le fond devant le tribunal. Cependant, il soutient que tout s'est déroulé autrement. Ainsi, il n'a pas harcelé sa femme mais l'a rencontrée par hasard, et il n'a pas porté le couteau sur le lieu du crime mais celui-ci était dans le bistrot, et il n'a pas non plus fait la remarque selon laquelle son erreur devrait lui être sacrée. En revanche, il reconnaît que les propos de sa femme selon lesquels ses enfants ne seraient pas de lui n'ont pas été proférés avant les faits.

Le détenu a essayé de justifier le crime par son sens de l'honneur blessé. Il a ainsi affirmé de manière mensongère, comme déjà évoqué précédemment, que la victime l'aurait encore appelé avant les faits pour lui dire que sa fille n'était pas de lui. De la même manière, il a affirmé être ivre au moment des faits souhaitant par-là même se trouver des circonstances atténuantes.

Peu après son arrivée dans la prison de Grünstadt, le détenu se trouvait toujours fortement sous le coup de son crime et de son jugement. L'obtention d'un travail et l'effet du temps ont permis une légère stabilisation. Bien qu'il souffre toujours, selon ses dires, des conséquences de son crime, il a désormais été recommandé au détenu de commencer un travail actif sur le crime commis.

Au cours de l'entretien qui faisait suite à sa demande, il ne reconnut l'existence que de deux problèmes. D'une part, sa dépendance au jeu et d'autre part sa belle-mère, qui s'était toujours immiscée au sein du couple et avait voulu faire en sorte que le couple se sépare. Il spécifie cependant qu'il ne s'est mis à jouer que lorsque les problèmes avec sa belle-mère se sont déclarés. *Il a rapporté qu'il avait été contraint par son épouse et sa belle-mère de quitter l'appartement. Alors qu'il s'y refusait, il a été menacé d'être dénoncé aux autorités, et le cas échéant d'être expulsé*

En résumé, le détenu regrette son crime et aimerait se recueillir sur la sépulture de sa femme (la victime) s'il venait à sortir de prison.

Des entretiens ont été conduits avec le détenu et le chef de groupe. La raison de ceux-ci était sa demande de soutien afin d'obtenir le droit d'écrire et d'envoyer un courrier à la victime rescapée (sa belle-mère). Au cours de ces entretiens, il a insisté sur le fait qu'il n'était pas d'accord avec le dernier plan de détention, qui parle d'un « excès de pitié de soi ». Malgré tout, il ne peut pas être ignoré que le détenu dans son comportement, sa pensée et ses sentiments est un enfant de la culture dans laquelle il a grandi. Il est indéniable que le détenu souffre de la

mort de son épouse et qu'il regrette son crime. Au cours des entretiens cependant, il a insinué que si sa femme vivait toujours aujourd'hui, qu'elle reconnaîtrait peut-être avoir aussi commis une faute. Le courrier pour sa belle-mère n'a pas été envoyé.

En outre, le détenu s'est décidé, avec l'aide du chef de groupe, à essayer d'entrer en contact avec ses enfants qui vivent probablement chez son ex-belle-mère. L'office de la jeunesse, X, ne dispose cependant d'aucune donnée et n'a donc pas pu jouer le rôle de médiateur.

Compétences sociales :

Le détenu est né dans une ville du sud-est de l'Anatolie X et est l'aîné d'une famille de neuf enfants. Son père cultivait des pistaches.

Le détenu a suivi une scolarité générale jusqu'au CM2 durant laquelle il a obtenu de bonnes notes, à l'exception des mathématiques.

Durant son enfance, il a souffert de la polio ce qui a conduit à une atrophie musculaire de sa jambe gauche. De ce fait, il n'a appris à marcher tard et boite toujours légèrement. A 18 ans, il quitta le foyer familial après une dispute avec son père et se mit à gagner sa vie en tant que travailleur temporaire à Antalya et à Istanbul. Son amour pour une femme qui était promise à un autre et qui devait aussi l'épouser, le décida finalement à se rendre en Allemagne. A X et X, il trouva du travail dans différents bistrots.

Dans son temps libre, il aime jouer au football.

Personnalité :

On trouve chez le détenu les signes d'une personnalité structurellement dépressive. Cela est à mettre en relation avec un comportement inhibé et agressif, qui peut se matérialiser vers l'extérieur par une violente peur de l'essai et de l'échec.

Dans sa jeunesse, le détenu était amoureux d'une femme qui était pourtant promise à un autre homme. Il se retrouve dans la musique de Müslin Gürses. Fasciné par le deuil et le malheur contenus dans cette musique, il s'est alors mutilé les avant-bras. Dans le rapport d'expertise, le détenu rapporte que la musique et les blessures l'ont soulagé de ses problèmes. Selon lui, on se punit en se coupant et on se sent soulagé lorsque le sang coule. Beaucoup de personnes ayant eu des problèmes d'amour trouveraient dans cette pratique une sorte de rédemption (les concerts de ce chanteur sont connus pour de tels excès – le sang coule à flot et tous – les malheureux inclus – deviendraient heureux ou seraient réconfortés). Dans des situations de doute, durant les périodes difficiles avec sa femme, il avait également pour habitude de se taillader les bras.

Dans la sensibilité culturelle du détenu, la famille revêt une importance primordiale. Sa dépendance au jeu lui paraît peu sérieuse (son père était déjà un joueur) et surmontable. Les amis de sa femme lui ont toujours paru suspects parce qu'ils s'immiscent dans les problèmes relationnels privés ; la mère de son épouse vit encore avec son ex-mari dans un appartement bien qu'elle soit dans une relation avec un homme turc qui a la moitié de son âge. En résumé, le conflit général puise ses racines dans les différentes conceptions de la vie familiale et de la distribution des rôles homme-femme.

Par phase, il a eu une consommation élevée d'alcool et fait des essais avec le cannabis, il n'existe cependant pas de preuves démontrant une dépendance.

Début de la dépendance au jeu dans les premières années, au début ou pendant les premiers conflits conjugaux.

Hors des murs, le détenu a consulté une fois un psychologue ou un psychiatre, sans qu'il n'y ait eu de suites, il n'y a donc pas vraiment d'expérience thérapeutique préalable. Dans la maison d'arrêt de X, il a consulté, selon ses dires, deux ou trois fois le service psychologique sans qu'un traitement ne s'en suive.

Les tests issus de l'expertise judiciaire indiquent que le quotient intellectuel du détenu est de 75, ce qui signifie que son intelligence se situe à la limite du trouble d'apprentissage et du handicap mental léger.

Le détenu a été arrêté le X et est arrivé le X en service de soins psychiatriques et psychothérapeutiques de l'hôpital pénitentiaire (APP) après s'être coupé les veines à X et qu'une tentative de suicide ne puisse être exclue. Les médecins en charge ont posé le diagnostic suivant : « difficultés d'adaptation, narcissisme, troubles de la personnalité histrionique, tendances suicidaires latentes, tendance à l'automutilation ». Après le verdict, le X, il est resté à l'APP, il a donc été placé sous écrou officiellement là-bas le X. Au début, le détenu ne s'est que difficilement laissé soigner ; à plusieurs reprises, il s'est retrouvé en chambre d'isolement. La situation s'est par la suite améliorée à vue d'œil, ses peurs et ses actes d'automutilation ont diminué. Pour ces raisons, il a été admis au sein du service de suivi post-soins de le X.X.2006.

Le comportement du détenu, durant la période d'observation au sein de la maison d'arrêt X, a été marqué par un comportement très agressif envers lui-même ou ses possessions. Il a ainsi détruit son écran plat parce qu'il avait une mauvaise qualité d'image, il a détruit son lecteur DVD parce que ce n'est pas le bon modèle qui lui avait été livré. Le X.X.2009, l'unité médicale a été saisie afin de s'entretenir avec le détenu de ses troubles. Le détenu a refusé de se rendre librement à l'unité médicale et a donc dû être conduit par les agents pénitentiaires. Comme le médecin n'a pas remarqué de trouble mental particulier, le détenu a été ramené dans sa cellule. Quelques minutes après, il s'est tellement mutilé qu'il a fallu l'escorter vers un hôpital pour qu'il soit soigné.

Relations sociales :

Le détenu est en contact avec sa famille d'origine et des proches lui ont rendu visite. Il n'a encore jamais pris part aux réunions de sa courserie. En Allemagne, son bagage social se résume à sa famille nucléaire désormais détruite.

Par le courrier du X.X.2008, le détenu est expulsé de la République Fédérale d'Allemagne et par le courrier du X.X.2008, l'établissement pénitentiaire est prié de garantir que le détenu, après avoir purgé sa peine, pourra être transféré vers un centre de rétention.

Le détenu veut retourner dans son village natal chez son père et sa mère afin de s'occuper de ses parents et peut-être de se marier une nouvelle fois. Les projets d'avenir ne sont pas plus concrets pour le moment.

Le détenu est sous le coup d'une saisie d'environ 13.000 €, il s'est cependant accordé avec ses créanciers sur un paiement échelonné de 40€ par mois. Le montant à rembourser est désormais de 12.052€.

Sur la peine :

Par le jugement du X, le détenu a été condamné pour meurtre et tentative d'homicide résultant en coups et blessures aggravés à une peine globale de réclusion à perpétuité.

Le détenu a été arrêté le X.X.2004. Le X.X.2006, il a été placé au service psychiatrique de l'hôpital pénitentiaire (APP) et le X.X.2006, il est retourné à l'établissement pénitentiaire de X. Le X.X.2007, il a été transféré dans la prison de Grünstadt et le X.X.2007, il est arrivé dans la courserie X, réservée aux détenus condamnés à perpétuité.

La peine de prison arrivera à échéance au bout de 15 ans, soit le X.X.2019.

Aucune autre enquête judiciaire n'est connue.

Mesures de traitements spécifiques :

Traitements	Conseillé par le service d'orientation	Pas conseillé par le service d'orientation	Parcours de soins positif	Abandonné	Contribution à l'amélioration du pronostic
Entretiens avec le service psychothérapeutique en cas de crise	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretiens avec le chef de groupe en cas de besoin	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Pour une stabilisation psychique, il a été conseillé au détenu de se mettre en relation avec le service psychothérapeutique. Il a rencontré le service psychothérapeutique deux à trois fois et a eu des entretiens avec Monsieur X.

Durant l'été 2008, il a eu au total 8 entretiens d'orientation avec le chef de groupe.

De temps à autre, il s'est rendu au groupe de parole pour les détenus à perpétuité ainsi qu'au groupe de parole turc.

Le détenu a de bonnes notions d'allemand. Selon lui, il sait bien lire et parler mais moins bien écrire.

Comportement en détention :

Le comportement du détenu en détention a été irréprochable jusqu'à présent, aucune mesure disciplinaire n'a été ajoutée à son dossier individuel.

Comportement au travail :

Le détenu a été employé comme agent de nettoyage du X.X.2007 au X.X.2009 et a brièvement été sans emploi entre le X.X.2009 et le X.X.2009. A partir du X.X.2009 et jusqu'au X.X.2009, il a de nouveau effectué des travaux ménagers et depuis le X.X.2009, il suit les cours d'éducation primaire à l'école, dans un premier temps le module I et bientôt, en raison de ses bons résultats, le second module.

Pour l'essentiel, il a répondu à ses obligations de travail de manière correcte et ponctuelle jusqu'à présent.

Evaluation criminologique :

Il est indéniable que le détenu reconnaît et regrette son crime. Cela ne suffit cependant pas pour un pronostic favorable.

Le détenu a jusqu'à présent souffert assez fortement de son crime et de sa condamnation. Il a eu de temps à autre des phases stables et instables. Les entretiens avec le chef de groupe ont été un bon début mais ont vite atteint leurs limites.

Les problèmes psychiques présentés ci-dessus devront faire l'objet d'un travail, le moment venu, afin de voir dans quelle mesure ils pourraient être à l'origine de délits. Il faut attendre une évolution.

Mesures d'organisation de la peine :**X Autres mesures de soin et de soutien :**

Le détenu a tenté de recourir à différentes offres de thérapie pour engager le travail sur les faits (entretiens avec le chef de groupe, service psychologique), malheureusement aucun de ces moyens ne se sont révélés efficaces pour effectuer ce travail sur le crime commis. Il faut attendre une évolution.

X Affectation à des travaux / Mesures de formation professionnelle ou formation continue :

Le détenu va à l'école depuis juin 2009. Cette mesure éducative continuera d'être soutenue afin de renforcer sa confiance en lui.

X Transfert vers un autre quartier :

A l'avenir, il est prévu que le détenu soit transféré vers le bâtiment à visée de traitement au sein de la section pour les détenus condamnés à perpétuité. Un transfert dans ce secteur pourrait avoir des effets apaisants sur le détenu et devrait désormais avoir lieu.

X Transfert vers un établissement socio-thérapeutique :

Non opportun.

X Transfert en milieu ouvert :

Seulement planifiable après une sortie d'essai dans le cadre d'un aménagement de peine.

X Mesures d'aménagement :

Seulement planifiable lorsque que les conditions prévues au paragraphe 13 alinéa 3 de la loi sur le régime de l'exécution des peines privatives de liberté et les mesures de sûreté privatives de liberté seront remplies, lorsque le travail sur les faits aura été effectué, que les risques d'évasion pourront être exclus et que le détenu se trouvera dans le bâtiment à visée de traitement.

X Libération prévisionnelle :

Le détenu a été condamné à une peine privative de liberté à perpétuité, le plan d'exécution de peine part actuellement du principe que celle-ci sera purgée dans sa totalité.

X Mesures visant à préparer la libération :

Actuellement non planifiable.

X Autres :

A partir de novembre 2012, il purgera dans sa huitième année de peine. Une évaluation du service psychologique (*PsychD*) devra être préparée en accord avec la note du ministère régional de la Justice du X.X.2005.

A partir de novembre 2014, le détenu sera en établissement pénitentiaire depuis 10 ans. Si le détenu (ce qui est à attendre) obtient une expulsion exécutoire, il faudra l'aider à planifier une mesure conforme au paragraphe 456a du code de procédure pénale.

Résultats de la conférence sur le plan d'exécution des peines, planification suivantes :

Depuis novembre 2009, le détenu remplit les conditions temporelles afin d'être transféré vers le quartier à visée de traitement pour les détenus condamnés à perpétuité, la conférence statuant sur le plan d'exécution des peines devrait se décider en ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

Pour faciliter la recherche, les références ne sont pas classées en sous-catégories. Le lecteur trouvera donc dans cette bibliographie les ouvrages et articles de sciences sociales, mais également la littérature professionnelle ainsi que les références institutionnelles cités dans cette thèse.

Abbott Andrew D., 1988. *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago, The University of Chicago Press.

Actes du colloque « Santé en prison. Dix ans après la loi, quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? », Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, décembre 2004.

Agogue Delphine, 2013. « Les aménagements de peine privative de liberté en droit comparé (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Turquie) ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, octobre. <https://criminocorpus.revues.org/2510>.

Albrand Louis, 2009. *Rapport au garde des Sceaux. La prévention du suicide en milieu carcéral*, Ministère de la Justice, janvier.

Albrecht Hans-Jörg (dir.), 2001. *Images of Crime : Representations of Crime and the Criminal in Science, the Arts, and the Media*. Freiburg, Edition Iuscrim.

American Psychiatric Association, 1996 [1994]. *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

Angermeyer M.C., et Matschinger H. 1996. « The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill ». *Social Science & Medicine* vol. 43, n° 12, pp.1721-1728.

Angermeyer M.C., et Matschinger H., 2004. « The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia : results from a representative survey in Germany. » *Schizophrenia bulletin* 30, n° 4, pp.

Annuaire statistique de la Justice, édition 2011-2012, disponible à l'adresse : <http://www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/annuaire-statistiques-de-la-justice-10304/annuaire-statistique-de-la-justice-23263.html> (active le 1er juillet 2016)

Arborio Anne-Marie, Cohen Yves, Fournier Pierre, Hatzfeld Nicolas, Lomba Cédric, et Muller Séverin, 2008. *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*. Paris, La Découverte.

Arborio Anne-Marie, Fournier Pierre et Singly (de) François, 2008. *L'observation directe*. Paris, Armand Colin.

Archer Evry, 1998. « Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention ». *L'information psychiatrique* 74, n°5, pp.461-473.

Artières Philippe, Lascoumes Pierre (dir.), 2004. *Gouverner, enfermer : la prison, un modèle indépassable ?* Paris, Presses de Sciences Po.

Astier Isabelle, 2007. *Les nouvelles règles du social*. Paris, Presses Universitaires de France.

Aubusson de Cavarlay Bruno, 1985. « Hommes, peines et infractions : la légalité de l'inégalité ». *L'Année sociologique* n°35, pp.275-309.

Aubusson de Cavarlay Bruno, 2009. « Note sur la sursuicidité carcérale en Europe : du choix des indicateurs ». *Champ pénal/ Penal field*, <http://champpenal.revues.org/7558>.

Aubusson de Cavarlay Bruno, 2014. « Statistiques pénitentiaires et parc carcéral, entre encombrement et (sur)occupation (1900-1995). La gestion des effectifs détenus, des mots aux indicateurs chiffrés ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, septembre, <https://criminocorpus.revues.org/2732?lang=en>.

Avril Christelle, Cartier Marie et Serre Delphine, 2010. *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*. Paris, La Découverte.

Barbier Gilbert, Demontès Christian, Lecerf Jean-René et Michel Jean-Pierre, 2010. *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*. Sénat, mai.

- Baron-Laforet Sophie et Brahmy Betty, 1998. « Psychiatrie en milieu pénitentiaire ». *Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie*, n° 37.
- Barrett Robert, 1999. *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo.
- Bartsch Tillmann, 2010. *Sicherungsverwahrung - Recht, Vollzug, aktuelle Probleme*. Baden-Baden, Nomos.
- Bastard Benoît, Delvaux David, Mouhanna Christian et Schoenaers Frédéric, 2015. « Vitesse ou précipitation ? La question du temps dans le traitement des affaires pénales en France et en Belgique ». *Droit et société* n° 90, pp.271-286.
- Baszanger Isabelle, 1992. « Les chantiers d'un interactionniste américain ». In Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, pp.11-64.
- Bauduin Barbara, Salle Grégory, 2014. « Sur la baisse récente de la population carcérale en Allemagne. Éléments de mise en perspective. » *Revue de l'Institut français d'histoire en Allemagne*, n° 6. <http://ifha.revues.org/8073>.
- Baumann Imanuel, 2006. *Dem Verbrechen auf der Spur : Eine Geschichte der Kriminologie und Kriminalpolitik in Deutschland 1880 bis 1980*. Göttingen, Wallstein.
- Beaud Stéphane, Weber Florence, 2000. *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. Paris, La Découverte.
- Beck Ulrich, 2001 [1992]. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Aubier.
- Becker Howard S. 2002. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris, La Découverte.
- Becker Howard S., 1968 [1963]. *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris, Editions Métailié.
- Becker Hubertus, 2008. *Ritual Knast. Die Niederlage des Gefängnisses - Eine Bestandsaufnahme*. Leipzig, Forum Verlag.
- Becker Peter, Wetzell Richard F., 2006. *Criminals and their scientists : the history of criminology in international perspective*. New York, Cambridge University Press.
- Bellanger Hélène, 2014. « Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986 », *Criminocorpus*, décembre, <http://criminocorpus.revues.org/2730>
- Bellebna Hakim, Dubourg Emilie et Larminat (de) Xavier, 2014. « Genèse et fondements d'un champ de recherche sur la probation en France ». *Champ pénal/ Penal field*, vol. XI, <http://champpenal.revues.org/8926>
- Bénézech Michel, Lamothe Pierre et Senon Jean-Louis, 1990. « Psychiatrie en milieu carcéral ». *Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie*.
- Benguigui Georges, Chauvenet Antoinette et Orlic Françoise, 1994. *Le monde des surveillants de prison*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Benguigui Georges, Guilbaud Fabrice et Malochet Guillaume (dir.), 2011. *Prisons sous tensions*, Éditions Champ Social.
- Benguigui Georges, Guilbaud Fabrice et Malochet Guillaume, 2008. *La socialisation professionnelle des surveillants de l'administration pénitentiaire*. GIP mission de recherche « Droit et Justice », juin.
- Bensa Alban, Fassin Didier, 2008. *Les politiques de l'enquête : épreuves ethnographiques*. Paris, La Découverte.
- Bensa Alban, Lézé Samuel, Fernandez Fabrice et Leroy Aude, 2010. *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatriques et styles de pratique*. Mission de recherche Droit et Justice, mai.
- Bérard Jean, Chantraine Gilles, 2008. « La carcéralisation du soin psychiatrique ». *Vacarme*, n° 42 (hiver).
- Bérard Jean, Chantraine Gilles, 2013. *Bastille Nation : French Penal Politics and the Punitive Turn*. Ottawa, Red Quill Books.
- Bereni Laure, Chauvin Sébastien, Jaunait Alexandre et Revillard Anne, 2012. *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles, De Boeck.
- Bessin Marc, 1999. « Le temps, une question de pouvoir ». *Mouvements*, n°2, pp.47-54.
- Bessin Marc, 2000. « La pratique psychiatrique en prison ». *Regards sur l'actualité*, La Documentation Française, n° 261 (mai), pp.51-59.
- Bessin Marc, Bidart Claire et Grossetti Michel (dir.), 2010. *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris, La Découverte.

- Bessin Marc, Lechien Marie-Hélène, 2000. *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Paris, GIP mission de recherche « Droit et Justice », novembre.
- Bessin Marc, Lechien Marie-Hélène, 2002. « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison ». *Ethnologie Française*, vol. XXXII, pp.69-80.
- Bigo Didier, Bonelli Laurent, 2015. « Critique de la raison criminologique ». *Cultures & Conflits* n° 94-95-96 (été, automne, hiver), pp.7-26.
- Bizeul Daniel, 1998. « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause ». *Revue de Sociologie Française*, vol. 39, n°4, pp. 751-787.
- Bizeul Daniel, 2008. « Les sociologues ont-ils des comptes à rendre ? », *Sociétés contemporaines*, n°2, pp.95-113.
- Blanc Etienne, 2012. *Rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Assemblée Nationale, février.
- Bland, Roger C., Newman Stephen C., Dyck Ronald J. et Orn Helene, 1990. « Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. » *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.
- Bode Angelika, 2004. *Konkurrenz freiheitsentziehender Unterbringungen : Eine vergleichende Untersuchung der länderrechtlichen Unterbringungs Vorschriften und der Massregeln der Besserung und Sicherung nach StGB*. Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Bonny Yves, Demailly, Lise (dir.). 2012. *L'institution plurielle*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- Bouagga Yasmine, 2012. « Le métier de conseiller d'insertion et de probation : dans les coulisses de l'État pénal ? » *Sociologie du Travail*, vol. 54, n°3, juillet, pp.317-337.
- Bouagga Yasmine, 2015. *Humaniser la peine ? Enquête en maison d'arrêt*. Rennes, Presses Universitaires.
- Bourdelaïs Pierre, Dozon Jean-Philippe et Fassin Didier (dir.), 2005. *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris, La Découverte.
- Bourdieu Pierre, 2002. *Questions de sociologie*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- Bourgoin Nicolas, 2001. « Les automutilations et les grèves de la faim en prison ». *Déviance et société* vol.25, n°2, pp.131-145.
- Bourgeois Philippe, 2001 [1996]. *En quête de respect le crack à New York*. Paris, Seuil.
- Bozon Michel, 2013. *Sociologie de la sexualité*. Paris, Armand Colin.
- Brahmy Betty, 2005. « Psychiatrie et prison ». *Études* 402, n° 6, pp.751-60.
- Bresson Maryse, 2006. *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- Brie Guillaume, 2012. *Traitement social de la criminalité sexuelle pédophile : rapports de pouvoir et lutte des représentations entre agents chargés du contrôle et condamnés*. Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- Brillet Emmanuel, 2009 « Une nouvelle méthode d'intervention auprès des personnes placées sous main de justice : les programmes de prévention de la récidive (PPR) ». *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°31, août.
- Brinded Philip MJ, Simpson Alexander IF, Laidlaw Tannis M., Fairley Nigel et Malcolm Fiona, 2001. « Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons : a national study ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, n°2, pp.166-173.
- Bucher Rue, Strauss Anselm, 1961. « La dynamique des professions », in Strauss Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, pp.67-86
- Bueltzingsloewen (von) Isabelle, 2009. *L'hécatombe des fous : la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Paris, Éditions Flammarion
- Buffard Simone, 1970. « Psychothérapie et sociothérapie en milieu carcéral ». *Instantanés Criminologiques*, n° 11.
- Bundesministerium des Innern, Bundesministerium der Justiz 2006, *Zweiter Periodischer Sicherheitsbericht*, novembre.
- Bungener Martine, 1995. *Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile*. Paris, Éditions INSERM.

Bureau Eve et Hermann-Mesfen Judith, 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 8, mai, <http://anthropologiesante.revues.org/1342>.

Bureau Eve, Hermann-Mesfen Judith, 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n°8, mai, <http://anthropologiesante.revues.org/1342>.

Burgelin Jean-François, 2005. *Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la Commission santé-justice*. Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités, juillet.

Buscatto Marie, 2006. « Des hiérarchies intermédiaires sous le signe de la « psychologisation sociale » ». *Empan* vol.61, n° 1, avril, pp.69-75.

Canguilhem Georges, 2009 [1943]. *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France.

Cardi Coline, 2007. « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social ». *Déviance et Société*, vol. 31, n°1, pp. 3-23.

Cardi Coline, 2008. *La déviance des femmes : délinquantes et mauvaises mères : entre prison, justice et travail social*. Thèse de doctorat, Université Paris Diderot - Paris 7.

Cardi Coline, Pruvost Geneviève, 2012. *Penser la violence des femmes*. Paris, La Découverte.

Carlier Christian, 2009. « Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, février. <http://criminocorpus.revues.org/246>.

Carricaburu Danièle, Ménoret Marie, 2004. *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Paris, Armand Colin.

Cartuyvels Yves, Lancelève Camille, Bessin Marc, Cliquennois Gaëtan et Dugué Frédéric, 2012. *Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France*. Mission de recherche « Droit et Justice », avril.

Cartuyvels Yves, Sicot François et Wyvekens Anne (dir.), 2009. *Soigner ou punir ? Les déterminants de l'expertise psychiatrique et son devenir. Comparaison France, Belgique, Luxembourg*. Institut National des Hautes Études de Sécurité, juillet.

Castel Robert 1983. « De la dangerosité au risque ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* vol.47, n° 1, pp.119-127.

Castel Robert, 1976. *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, Éditions de Minuit.

Castel Robert, 1981. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, Éditions de Minuit.

Cauchie Jean-François, Chantraine Gilles, 2005. « De l'usage du risque dans le gouvernement du crime. Nouveau prudentialisme et nouvelle pénologie ». *Champ pénal/Penal Field*, vol. II. <https://champpenal.revues.org/80?lang=en>

Cefaï Daniel, 1996. « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques ». *Réseaux*, vol.14, n° 75, pp.43-66.

Cefaï Daniel, Terzi Cédric (dir.), 2012. *L'expérience des problèmes publics*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Certeau (de), Michel, 1990. *L'invention du quotidien. I, Arts de faire*. Paris, Gallimard.

Chantraine Gilles, 2004. *Par delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, Presses Universitaires de France - Le Monde.

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

Chantraine Gilles, Cliquennois Gaëtan, 2009. « Empêcher le suicide en prison : origines et pratiques ». *Sociétés Contemporaines*, n° 75, pp.59-79.

Chantraine Gilles, Salle Grégory, 2009. « Le droit emprisonné ? Sociologie des usages sociaux du droit en prison ». *Politix*, n° 87, pp.93-117.

Chantraine Gilles, Salle Grégory, 2013. « Pourquoi un dossier sur la 'délinquance en col blanc' ? Contribution à un regain d'intérêt sociologique collectif ». *Champ pénal/Penal field* vol. X, <http://champpenal.revues.org/8555>.

- Chantraine Gilles, Sallée Nicolas, 2014. « Observer, consigner, tracer. Les usages d'un cahier électronique controversé en établissement pénitentiaire pour mineurs ». *Sociologie du Travail*, vol. 56, n°1, pp.64-82
- Chauvaud Frédéric, Dumoulin Laurence (dir.), 2003. *Experts et expertise judiciaire : France, XIXe et XXe siècles*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Chauvenet Antoinette, 2002. « À propos de deux ouvrages. *Soigner et/ou punir* (Dormoy O. (dir.), 1995 ; *Justice et psychiatrie* (Louzoun C., Salas D. (dir.), 1998) ou du droit à la sécurité » in Congrès Française de Criminologie, *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, pp.221-230.
- Chauvenet Antoinette, Orlic Françoise et Rostaing Corinne, 2008. *La violence carcérale en question*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Chauvenet Antoinette, Rambourg Cécile, 2010. *De quelques observations sur la mise en œuvre des règles pénitentiaires européennes*. ENAP, Ministère de la Justice et des Libertés. 49 p.
- Christie Nils, 2003. *L'industrie de la punition ; prison et politique pénale en Occident*. Paris, Éditions Autrement.
- Cliquennois Gaëtan, 2012. « Origines et évolutions des régimes différenciés », in Tournier Pierre-Victor (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, Éditions l'Harmattan.
- Cliquennois Gaëtan, 2013. *Le management des prisons : Vers une gestion des risques et une responsabilisation des détenus ?* Bruxelles, Larcier.
- Coldefy Magali (dir.), 2007. « La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques ». DREES, *Collection études et statistiques*, novembre.
- Coldefy Magali et Le Neindre Charlene, 2014. « Les disparité territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », IRDES.
- Coldefy Magali, 2005. « La pris en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », DREES, *Études et résultats*, n°427, septembre.
- Coldefy Magali, 2010. *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*. Thèse de doctorat, Université Panthéon-Sorbonne.
- Coldefy Magali, 2012. « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences ». IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 180, octobre.
- Coldefy Magali, Faure Patricia et Prieto Nathalie, 2002. « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR ». DREES, *Études et Résultats*, n°181, juillet.
- Collectif Contrast (Eyraud Benoît, Velpry Livia, Doron Claude-Olivier, Lancelevée Camille, Litzler Alexandre, Protais Caroline et Saetta Sébastien), 2015. « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? » *Déviance et Société*, n°4, pp.429-53.
- Combessie Philippe, 2000. « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », In Veil Claude, Lhuilier Dominique, *La prison en changement*.
- Combessie Philippe, 2009. *Sociologie de la prison*. Paris, La Découverte.
- Congrès français de criminologie, 2002. *Les soins obligés ; ou l'utopie de la triple entente*. Paris, Dalloz.
- Conrad Peter, 1992. « Medicalization and Social Control ». *Annual Review of Sociology*, n° 18, août, pp.209-232.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011. « Prisons : menace sur le secret médical », juillet.
- Contrôle général des lieux de privation de liberté, 2011. *Rapport d'activité*.
- Côté Gilles, 2001. « Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique ». *Criminologie* 34, n°1, pp.31-45.
- Council of Europe 2014, *Annual Penal Statistics, Space I, Survey 2012* (Aebi Marcelo F., Delgrande Natalia), avril.
- Cour des Comptes, 2014. *Rapport public annuel - La santé des détenus : des progrès encore indispensables*, février.
- Cousteaux Anne-Sophie, Pan Ké Shon Jean-Louis, 2008. « Le mal-être a-t-il un genre ? » *Revue française de sociologie* 49, n°1, pp. 53-92.
- Coutant Isabelle, 2012. *Troubles en psychiatrie : enquête dans une unité pour adolescents*. Paris, la Dispute.
- Danet Jean, 2008. « La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante ». *Champ penal/Penal Field*, vol. V, <http://champpenal.revues.org/6013>.

Danet Jean, 2010. « Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la dangerosité des malades mentaux ? » In Haute Autorité de Santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur - Audition publique*.

Darley Mathilde, 2008. *Frontière, Asile et détention des étrangers : le contrôle étatique de l'immigration et son contournement en Autriche et en République tchèque*, Thèse de doctorat, Sciences Po Paris.

Darley Mathilde, Lancelevée Camille et Michalon Bénédicte, 2013. « Où sont les murs ? Penser l'enfermement en sciences sociales ». *Cultures & Conflits*, n° 90, pp.7-20.

Darmon Muriel, 2003. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris, La Découverte

Darmon Muriel, 2005. « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain. » *Genèses*, n°58, mars, pp. 98-112.

David Michel, 1993. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*. Paris, Presses Universitaires de France.

David Michel, Paulet Catherine et Laurencin Gérard, 2012. « Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? » *L'information psychiatrique*, vol. 88, n° 8, octobre, pp.605-615.

Debauche Alice, 2011. *Viol et rapports de genre : émergence, enregistrements et contestations d'un crime contre la personne*. Thèse de doctorat, Sciences Po Paris.

Demailly Lise, 2008. *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

Demazière Didier, Giraud Olivier et Lallement Michel, 2013. « Comparer. Options et inflexions d'une pratique de recherche ». *Sociologie du travail*, vol. 55, n°2, pp.136-151.

Derbez Benjamin, 2010. « Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale ». *Genèses*, n°78, pp. 105-120.

Dessecker Axel, 2004. *Gefährlichkeit und Verhältnismäßigkeit*. Berlin, Duncker & Humblot.

Dessecker Axel, 2008. *Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dauer und Gründe der Beendigung im Jahr 2006*. Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle

Dessecker Axel, 2009. « Dangerosité, longues peines et mesures préventives en Allemagne ». *Champ penal/Penal Field*, vol. VI., <http://champpenal.revues.org/7545>.

Dessecker Axel, Geissler-Frank Isolde, 1995. *Empirische Forschungsarbeiten zum Strafverfahren und Straverfahrensrecht*. Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Band 72. Freiburg, Edition Iuscrim.

Direction de l'administration pénitentiaire, 2015. *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2015*.

Ditton Paula M., 1999. *Special report : Mental health and treatment of inmates and probationers*. Washington DC, US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Divay Sophie, 2008. « Psychologisation et dépsychologisation de l'accompagnement des chômeurs ». *Sociologies pratiques*, n° 2, pp.55-66.

Dodier Nicolas, Camus Agnès, 1997. « L'hospitalité de l'hôpital - l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales ». *Communications*, n°65, pp.109-118.

Dodier Nicolas, Rabeharisoa Vololona, 2006. « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social » *Politix*, vol.19, n°23, pp. 9-22

Dormoy Odile (dir.), 1996. *Soigner et-ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*. Paris, Éditions l'Harmattan.

Doron Claude Olivier, 2006. « Soigner et Punir. Etude du dispositif de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles en France », Mémoire de master 2, EHESS/ENS.

Doron Claude Olivier, 2008. « La rétention de sûreté : vers un nouveau type de positivisme juridique ? » *L'Information Psychiatrique* 84, n°6, pp.533-541.

Doron Claude Olivier, 2009. « Une volonté infinie de sécurité : vers une rupture générale dans les politiques pénales ? » In Chevallier Philippe, Greacen Tim (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*. Toulouse : Éditions Erès.

- Doron Claude Olivier, 2010. « Soigner par la souffrance ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 1, pp. 87-113.
- Dubar Claude, Tripiier Pierre, Boussard Valérie, 2011. *Sociologie des professions*. Paris, Armand Colin.
- Dubois Vincent, 2003. « La sociologie de l'action publique. De la socio-histoire à l'observation des pratiques (et vice-versa) ». In Laborier Pascale, Trom Danny *Historicités de l'action publique*, pp.347-364.
- Dubourg Émilie, Gautron Virginie, 2014. « La rationalisation des méthodes d'évaluation des risques de récidive ». *Champ pénal/Penal field*, vol. XI, <http://champpenal.revues.org/8947>.
- Dubret Gérard, 2006. « La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? » *L'information psychiatrique* 82, n° 8, octobre, pp. 663-668.
- Dudeck Manuela, 2009. « Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzeitsstrafe ». *Psychiatrische Praxis*, n°36, pp. 219-224.
- Dumoulin Laurence, 2000. « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte ». *Droit et société*, n° 44-45, p.199-223.
- Duncker Heinfried et Kreuz Jack, 2011. « Psychiatrie et système pénal en Allemagne : réflexion critique ». *Vie sociale et traitements* 4, n° 112, pp. 67-72.
- Duncker Heinfried, Venzlaff Ulrich, 2006. *Forensische Psychiatrie - Entwicklungen Und Perspektiven : Ulrich Venzlaff zum 85. Geburtstag*. Pabst Science Publication.
- Dünkel Frieder, 2003. « Fakten zur Überbelegung im Strafvollzug und Wege zur Reduzierung von Gefangenenraten ». *Neue Kriminalpolitik*, n°15, pp.146-149.
- Dünkel Frieder, Drenkhahn Kirstin et Morgenstern Christine, 2008. *Humanisierung des Strafvollzugs - Konzepte und Praxismodelle*. Schriften zum Strafvollzug, Jugendstrafrecht und zur Kriminologie, Band 33. Mönchengladbach, Forum Verlag Godesberg.
- Dünkel Frieder, Geng Bernd, 2007. « Aktuelle Daten zum Strafvollzug in Deutschland ». *Forum Strafvollzug*, n°56, pp.14-18.
- Durkheim Émile, 2010 [1895]. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, Éditions Flammarion.
- Durkheim, Émile, 2013 [1897]. *Le suicide : étude de sociologie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Duthé Géraldine, Hazard Angélique, Kensey Annie et Pan Ké Shon Jean-Louis, 2009. « Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens ». *Population et sociétés*, INED, n°462.
- Egg Rudolf, Elrich Karoline, 2008. *Sozialtherapie im Strafvollzug, Stichtagerhebung Sozialtherapie zum 31.03.2008*. Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle.
- Egg, Rudolf, 2004. *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug : Konzepte und Erfahrungen*. Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle.
- Ehrenberg Alain, 2004. « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale ». *Revue Française des affaires sociales*, n°1, pp.77-88.
- Enriquez Eugène, Lhuilier Dominique, 2001. *Domaine privé - Sphère publique*. Paris, Eska.
- Ermerson Robert M., Messinger Scheldon L., 2012. « Micro-politique du trouble - du trouble personnel au problème public ». In Cefai Daniel, Terzi Cédric, *L'expérience des problèmes publics*, pp.58-80.
- Esping-Andersen Gøsta, 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, Polity press.
- Eyraud Benoît et Velpry Livia, 2014. « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? » *Revue française d'administration publique* vol.149, n° 1, juillet, pp.207-222.
- Falissard Bruno (dir.), Duburcq Anne, Coulomb Sandrine, Bonte Juliette, Marchand Cédric, Fagnani Francis, 2004, *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*. Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), décembre.
- Falissard Bruno (dir.), Loze Jean-Yves, Gasquet Isabelle, Duburcq Anne, Beaurepaire (de) Christiane, Fagnani Francis et Rouillon Frédéric, 2006. « Prevalence of mental disorders in French prisons for men ». *BMC Psychiatry* 6, n° 1, pp.6-33.
- Falissard Bruno, Yang Suzanne, Kadouri Alane, Révah-Lévy Anne et Mulvey Edward P., 2009. « Doing time : A qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness ». *International journal of law and psychiatry* 32, n° 5, pp.294-303.

- Farges Eric, 2007. « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 ». *Raisons politiques*, n° 25, février, pp.101-125.
- Farges Eric, 2013. *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, Thèse de doctorat, Institut d'Études Politiques de Lyon.
- Fassin Didier, 2004. *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.
- Fassin Didier, 2006. « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique ». *Politix* n°19, pp.137-157.
- Fassin Didier, 2015. *L'ombre du monde : Une anthropologie de la condition carcérale*. Paris, Seuil.
- Fatome, Froment, Lalande, Valdes-Boulouge, Vernerey, 2001. *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*, Inspection générale de services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, juin.
- Faugeron Claude, Chauvenet Antoinette et Combessie Philippe, 1996. *Approches de la prison*. Bruxelles, De Boeck.
- Faugeron Claude, Houchon Guy, 1985. « Prison et pénalité : de la pénologie à une sociologie des politiques pénales ». *L'Année sociologique*, vol. 35, pp. 115-151
- Faugeron Claude, Le Boulaire Jean-Michel, 1991. « Prisons et peines de prison : éléments de construction d'une théorie ». *Études et données pénales*, n° 61.
- Fazel Seena, Danesh John, 2002. « Serious mental disorder in 23000 prisoners : a systematic review of 62 surveys ». *The Lancet* 359, n°9306, pp.545-450
- Feeley Malcolm, Simon Jonathan, 1992. « The New Penology : Notes on the Emerging Strategy of Corrections and Its Implications ». *Criminology* vol.30, n° 4, novembre, pp.449-474.
- Fernandez Fabrice et Lézé Samuel. 2011 « Finding the moral heart of treatment : Mental health care in a French prison ». *Social Science & Medicine* n°72, pp. 1563-1569
- Fernandez Fabrice, 2009. « Suicide et conduites auto-agressives en prison : pour une sociologie du mal-être carcéral ». *Bulletin de l'AMADES*, n° 76, janvier, pp. 2-8.
- Fernandez Fabrice, 2010. *Emprises : drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale*. Bruxelles : Larcier.
- Fernandez Fabrice, Lézé Samuel et Strauss Hélène, 2011. « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 128-129, pp.177-204
- Foucault Michel, 2000 [1976]. *Histoire de la sexualité, La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- Foucault Michel, 1988 [1972]. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard.
- Foucault Michel, 1993 [1975]. *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- Foucault Michel, 1994. *Dits et écrits, 1954-1988. 2, 1970-1975*. Paris, Gallimard (« À propos de la prison d'Attica » ; « Normalisation et contrôle social » ; « Prisons et asiles dans les mécanismes de pouvoir »).
- Foucault Michel, 1994. *Dits et écrits, 1954-1988. 3, 1976-1979*. Paris, Gallimard. (« L'angoisse de juger » ; « L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale du XIXe siècle »).
- Foucault Michel, 1994. *Dits et écrits, 1954-1988. 4, 1980-1988*. Paris, Gallimard. (« Le sujet et le pouvoir » ; « Qu'appelle-t-on punir ? »).
- Foucault Michel, 1999. *Les anormaux : cours au Collège de France (1974-1975)*. Paris, Seuil.
- Foucault Michel, 2003. *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris, Seuil.
- Frison-Roche Marie-Anne, 1999. *Secrets professionnels*. Paris, Éditions Autrement.
- Galembert (de) Claire, Rostaing Corinne, 2014. « La prison comme 'laboratoire' des usages sociaux du droit ». *Droit et Société*, n° 87.
- Garland David, 2001. *The culture of control : crime and social order in contemporary society*. Oxford : Oxford University Press.
- Garrau Marie, Le Goff Alice, 2010. *Care, justice et dépendance : introduction aux théories du care*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Garraud Jean-Paul, 2006. *Réponses à la dangerosité. Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à Monsieur Jean-Paul Garraud, Député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux*. Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités.

- Gauthier Jérémie, 2012. *Origines contrôlées - La police à l'épreuve de la question minoritaire à Paris et à Berlin*. Thèse de doctorat, Université de Saint-Quentin-en-Yvelines.
- Gautron Virginie, Retière Jean-Noël, 2013. « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées. » In Danet Jean, 2013. *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp.211-251.
- Gilbert Claude et Henry Emmanuel, 2012. « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion ». *Revue française de sociologie* 53, n° 1, pp.35-59.
- Gilligan Carol, 2008 [1982]. *Une voix différente : pour une éthique du « care »*. Paris, Éditions Flammarion.
- Glaser Barney, Strauss Anselm L., 2010 [1967]. *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin.
- Goffman Erving, 1968 [1961]. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autes reclus*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman Erving, 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. 2, Les relations en public*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman Erving, 2002. « La 'distance au rôle' en salle d'opération ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 143, n°1, pp. 80-87.
- Goffman, Erving, (1991 [1974]). *Les cadres de l'expérience*. Traduit par Isaac Joseph, Michel Dartevelle, et Pascale Joseph. Paris, France : Éditions de Minuit.
- Goldstein Jan, 1997. *Consoler et classier : l'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- Gonin Daniel, 1966. « Une expérience de douze années à l'annexe psychiatrique de la Maison d'arrêt de Lyon ». *L'Information psychiatrique*, n° 9.
- Goujon Philippe, Gautier Charles, 2006. *Rapport d'information fait au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale par la mission d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses*. Sénat, juin.
- Gubler et Tcheriatchoukine, 1992. *Promotion de la santé mentale et organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire*. Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral - IGAS, DAP, Ministère de la Santé et de l'action humanitaire, janvier.
- Guérin Geneviève, 2003. « La santé en prison », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, pp.17-54.
- Guignard Laurence, 2010. *Juger la folie : la folie criminelle devant les Assises au XIXème siècle*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Hache Emilie, 2007. « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? » *Raisons politiques* 4, n°28, pp.49-65.
- Hacking Ian 2008 [1999]. *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte.
- Hagège Méoïn, 2016. *Le VIH et l'hépatite C dans les parcours de santé d'hommes détenus en France*, Thèse de sociologie, EHESS (à soutenir).
- Harcourt Bernard E, 2008. « Repenser le carcéral à travers le prisme de l'institutionnalisation : Sur les Liens entre Asiles et Prisons aux États-Unis ». *Champ pénal/ Penal Field*, vol. V, <https://champpenal.revues.org/7562>.
- Harcourt Bernard E, Raoult Sacha, 2014. « The Mirror Image of Asylums and Prisons : An International Study ». Rochester, New York, Social Science Research Network, mai. <http://papers.ssrn.com/abstract=2442944>.
- Harcourt Bernard E., 2007. *Against prediction : Profiling, policing, and punishing in an actuarial age*. Chicago, University of Chicago Press.
- Harcourt Bernard. E., 2011 « Surveiller et punir à l'âge actuariel » *Déviance et Société*, n°35, pp.5-33.
- Hassenteufel Pierre, 2005. « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale ». *Revue française de science politique*, vol. 55, n°1, pp. 113-132.
- Haute Autorité de Santé, 2010. *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur - Audition publique*, décembre.
- Henckès Nicolas, 2007. *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, L'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. Thèse de doctorat, École des hautes études en sciences sociales.

- Herpin Nicolas, 1977. *L'application de la loi : deux poids, deux mesures*. Paris, Seuil.
- Hochschild Arlie R., 1979. « Emotion work, feeling rules, and social structure ». *The American Journal of Sociology*, vol. 85, n°3, novembre, pp. 551-575.
- Horwitz Allan V., 2010. *Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. Wavre, Éditions Mardaga.
- Hughes Everett, 1996. *Le Regard sociologique : essais choisis*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en science sociales.
- Human Rights Watch, 2016. *Double Punishment. Inadequate conditions for Prisoners with Psychosocial Disabilities in France*, avril.
- Hyst Jean-Jacques et Cabanel Guy-Pierre, 2000. *Prisons : une humiliation pour la République. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Sénat, juin.
- Institute for Criminal Policy Research, base de donnée sur internet : <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief> (active le 1er juillet 2016)
- Janicaud Élodie, 2013. « La construction sociale de la paranoïa pénitentiaire. L'exemple des surveillants de prison au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales ». *Champ pénal/ Penal field*, vol. X, <http://champpenal.revues.org/8574>.
- Jobard Fabien, 2002. « Singularités allemandes. Les surprises de l'unification du système carcéral ». *Critique Internationale*, n° 16, juillet, pp. 153-167.
- Jobard Fabien, Groenemeyer Axel, 2005. « Déviances et modalités de contrôle : le réalisme sociologique de la comparaison franco-allemande ». *Déviance et Société* vol.29, n°3, pp.235-241.
- Jöel-Lauf Myriam, 2009. « L'intimité des femmes incarcérées. Une expérience de terrain », *Ethnologie française*, vol.39, n°3, pp. 547-556.
- Jonckheere Alexia, 2007. « SIPAR, un système informatique emblématique des transformations observables au sein des maisons de justice ». *Champ pénal/ Penal field*, <https://champpenal.revues.org/2943?lang=en>.
- Kaluszynski Martine, 1989. « La criminologie en mouvement : naissance et développement d'une science sociale en France à la fin du 19e siècle, autour des archives de l'anthropologie criminelle d'Alexandre Lacassagne ». Doctorat d'État, ANRT, 1989.
- Kaluszynski Martine, 1994. « La rivalité des médecins et des juristes ». In Mucchielli Laurent (dir.), *Histoire de la criminologie française*. Paris, Éditions l'Harmattan, pp.215-235.
- Kaluszynski Martine, 2008. « Le retour de l'homme dangereux. Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages ». *Champ pénal/ Penal Field*, vol. V, <http://champpenal.revues.org/6183>.
- Kaminski Dan, 2007. « Prenez la peine d'adhérer : entre police du contrat et politique de la responsabilité », Actes du colloque *Le Pénal aujourd'hui*, Montréal, 5-6-7 décembre.
- Kaminski Dan, 2009. *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur.
- Kammeier Heinz, 2007. « Föderale Vielgestaltigkeit im psychiatrischen Massregelvollzug ». In Rode Irmgard, Kammeier Heinz, Leipert Matthias, *Einsperren statt behandeln ? Neue Wege im Straf- und Massregelvollzug*, pp.75-97.
- Kehr Janina, 2012. *Une maladie sans avenir. Anthropologie de la tuberculose en France et en Allemagne*, Thèse de doctorat, EHESS, Paris.
- Kensey Annie, 2010. « Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010 », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°35, octobre.
- Kensey Annie, Maestracci Nicole, 2007. *Prison et récidive*. Paris, Armand Colin.
- Kersting Franz-Werner, 2004. « Abschied von der 'totalen Institution' ? Die westdeutsche Anstaltspsychiatrie zwischen Nationalsozialismus und den Siebzigerjahren ». *Archiv für Sozialgeschichte*, n° 44, pp.267-292.
- Kirchheimer Otto, Rusche Georg, 1939. *Punishment and social structure*. New York : Russell and Russell.
- Kirk Stuart, Kutchins Herb, 1998. *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- Konrad Norbert, 2001 « Redevelopment of forensic-psychiatric institutions in former East Germany ». *International journal of law and psychiatry* 24, n°4-5, octobre, pp.509-526.
- Konrad Norbert, 2003. « Die Versorgungssituation psychisch Kranker im Justizvollzug ». *Recht & Psychiatrie*, n°21, pp. 5-8.

- Konrad Norbert, 2003. « Ersatzfreiheitsstrafen–Psychische Störungen, forensische und soziodemographische Aspekte ». *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, n°5, pp. 216-224.
- Konrad Norbert, Völlm Birgit et Weisstub David N., 2013. *Ethical Issues in Prison Psychiatry*. Springer Science & Business Media.
- Kranklader Elodie, 2012. « Evolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 Technicité croissante pour des séjours plus courts », DREES, *Dossier Solidarité et Santé*, n° 25, mars.
- Kröber H.-L., Dölling D., Leygraf N., et Sass H. (dir.), 2006. *Handbuch der forensischen Psychiatrie*. Berlin, New York, Steinkopff.
- Kröninger Silke, 2006. *Lebenslange Freiheitsstrafe, Sicherungsverwahrung und Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus–Dauer und Gründe der Beendigung. Ergebnisübersicht zur bundesweiten Erhebung für das Jahr 2004*. Wiesbaden, Kriminologische Zentralstelle.
- Kuhn André, 1996. « Étude des fluctuations de la population carcérale allemande ». *Déviance et Société*, vol.20, n° 1, pp.59-83.
- Laborier Pascale, Trom Danny (dir.), 2003, *Historicités de l'action publique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Laforgue Denis, 2009. « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines ». *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n°4. <http://socio-logos.revues.org/2317>.
- Laforgue Denis, Rostaing Corinne, 2011. *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris, CNRS éditions.
- Lallement Michel, Spurk Jan, 2003. *Stratégies de la comparaison internationale*. Paris, CNRS éditions.
- Lamanda Vincent, 2008. *Rapport au Président de la République : Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux*, mai.
- Lancelevée Camille, 2007. « Les Unités de Visite Familiale en prison : à la reconquête des « territoires du moi » ? », Mémoire de master sous la direction de Michel Bozon, Sciences Po. Paris
- Lancelevée Camille, 2011. « Une sexualité à l'étroit. Les Unités de Visite Familiale et la réorganisation carcérale de l'intime », *Sociétés Contemporaines*, n°83, pp.107-130.
- Lancelevée Camille, 2014. « Soigner ou punir ? Dilemmes Européens ». *La lettre du psychiatre* n° 6, décembre, pp.114-118.
- Lancelevée Camille, 2016. « Quand la prison prend soin ? Gérer les troubles mentaux dans un établissement pénitentiaire allemand pour femmes », *Sociétés Contemporaines*, n°103.
- Larminat (de) Xavier, 2014. *Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Laubenthal Klaus, 2011. *Strafvollzug*. Heidelberg, Springer.
- Le Bianic Thomas, 2011. « Certified Expertise and Professional Responsibility in Organizations : The Case of Mental Health Practice in prisons ». *The Sociological Review* 59, n°4, pp.803-827
- Le Bianic Thomas, 2013. « Une profession balkanisée : les psychologues face à l'État en France (1945-1985) ». *Politix*, n°102, pp.175-207.
- Le Bianic Thomas, Malochet Guillaume, Fernandez Fabrice, Lézé Samuel, 2009. *Les modes de coordination entre intervenants en santé mentale en milieu carcéral. Logiques professionnelles et dynamiques organisationnelles*. Rapport INHES, août.
- Le Caisne Léonore, 2000. *Prison : une ethnologie en centrale*. Paris, Odile Jacob.
- Le Goaziou Véronique, Mucchielli Laurent, 2011. *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*. Paris, La Documentation Française.
- Lecerf Jean-René, 2008. *Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi pénitentiaire*, Sénat, décembre.
- Lechevalier Hurard Lucie, 2013. « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique ». *Sociologie du travail* vol.55, n° 3, p.279-301
- Lechien Marie-Hélène, 2001. « L'impensé d'une réforme pénitentiaire ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 1, n°136-37, pp. 15-26.
- Lenoir Rémi, 1999. « Objet sociologique et problème social », In Champagne Philippe, Lenoir Rémi, Merllié Dominique, 1989. *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod.
- Lézé Samuel, 2010. *L'autorité des psychanalystes*. Paris, Presses Universitaires de France.

- Liang Oliver, 1999. *Criminal-Biological Theory, Discourse, and Practice in Germany, 1918-1945*. UMI Editions.
- Lignier Wilfried, 2012. *La petite noblesse de l'intelligence une sociologie des enfants surdoués*. Paris, La Découverte.
- Lombroso Cesare, 1895. *L'Homme criminel : criminel-né, fou moral, épileptique, criminel fou, criminel d'occasion, criminel par passion : étude anthropologique et psychiatrique*. Paris, Alcan
- Loriol Marc, 2005. « Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus ». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42.
- Lovell Anne 2005. *Rapport de la Commission Violence et Santé Mentale*, mars.
- Lovell Anne, Cook J. et Velpy Livia, 2008. « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°56, juin, pp.197-207.
- Lovell Anne, Henckes Nicolas, Troisoefus Aurélien et Velpy Livia, 2011. « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation ». *L'information psychiatrique*, Vol. 87, n° 3, mars, pp.175-183.
- Mahi Lara, 2015. « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, mars, <http://anthropologiesante.revues.org/1607>.
- Malochet Guillaume, 2005. « Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance des prisons pour hommes. » *Sociétés Contemporaines*, n°59-60, pp.199-220.
- Malochet Guillaume, 2007. *À l'école de la détention : la socialisation professionnelle des surveillants de prison, trajectoires et expériences dans l'institution carcérale*. Thèse de doctorat, Conservatoire national des arts et métiers.
- Malochet Guillaume, 2007. « Les femmes dans la maison-des-hommes. L'exemple des surveillantes de prison ». *Travail, genre et sociétés*, n°17, pp.105-121.
- Marchetti Anne-Marie, 1997. *Pauvretés en prison*. Ramonville : Éditions Erès.
- Marchetti Anne-Marie, 2001. *Perpétuités : le temps infini des longues peines*. Paris, Plon.
- Marcus George, 1995. « Ethnography in/of the world system : the emergence of multi-sited ethnography ». *Annual Review of Anthropology*, n°24, pp. 95-117.
- Marques Ana et Velpy Livia, 2013. « L'hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité ». *L'information psychiatrique* Vol.89, n° 6, juillet, pp.465-472.
- Martinson Robert, 1974. « What works ? Questions and answers about prison reform ». *The Public Interest*, Spring, pp.22-54.
- Maurice Marc, Sellier François et Silvestre Jean-Jacques, 1982. *Politique d'éducation et organisation industrielle en France et en Allemagne : essai d'analyse sociétale*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Mermaz Louis et Floch Jacques, 2000. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises*. Assemblée Nationale, juin.
- Milhaud Olivier, 2009. *Séparer et punir : les prisons françaises : mise à distance et punition par l'espace*. Thèse de doctorat, Université Michel de Montaigne-Bordeaux III, 368p.
- Millaud Frédéric, Dubreucq Jean-Louis, 2005. « Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique : Introduction ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* n°163, pp.846-851.
- Milly Bruno, 2000. *Professions et prison : soigner et enseigner en prison*. Thèse de doctorat, Université Lyon Lumière.
- Milly Bruno, 2003. « L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué ». *Droit et Société* vol 55, n°3, pp.745-65.
- Missoni Luciano, Utting Friedrich, et Konrad Norbert, 2003. « Psychi(atri)sche Störungen bei Untersuchungsgefangenen. Ergebnisse und Probleme einer epidemiologischen Studie », *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, n°6, pp.323-332.
- Möbus Martine, Verdier Éric, 1997. *Les diplômés professionnels en Allemagne et en France : conception et jeux d'acteurs*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- Molinier Patricia, Laugier Sandra et Paperman Patricia, 2009. *Qu'est-ce que le care ? souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris, Payot.

- Moreau Delphine, 2007. « Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques ». CNAF, *Dossier d'études* n°94, juillet.
- Moreau Delphine, 2010. « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique », in Crignon Claire, Gaille-Nikodimov Marie (dir.). *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Éditions Seli Arslan.
- Moreau Delphine, 2015. *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*. Thèse de doctorat, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Morel Stanislas, 2008. « L'ambivalence de la psychologisation des rapports de travail dans les institutions « psy » ». *Sociologies pratiques*, n° 2, pp.67-79.
- Morel Stanislas, 2012. « Les professeurs des écoles et la psychologie ». *Sociétés contemporaines*, n°85, pp.133-159.
- Mouhanna Christian, Bastard Joséphine, Benech Le Roux Patricia et Le Goaziou Véronique, 2011. « La coordination des politiques judiciaires et pénitentiaires. Une analyse des relations entre monde judiciaire et administration pénitentiaire ». GIP mission de recherche « Droit et Justice ».
- Moulin Valérie, Palaric Ronan, 2014. « Les groupes de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP ». *Champ pénal/Penal Field* vol. XI, <https://champpenal.revues.org/8955>.
- Mouquet Marie-Claude, Dumont Marie et Bonnevie Marie-Cécile, 1999. « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque ». DREES, *Études et Résultats*, n°4, janvier.
- Mucchielli Laurent 2004, « L'impossible constitution d'une discipline criminologique en France. Cadres institutionnels, enjeux normatifs et développements de la recherche des années 1880 à nos jours », *Criminologie*, vol. 37, n° 1, printemps, pp. 13-42.
- Mucchielli Laurent, 1994. *Histoire de la criminologie française*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- Mucchielli Laurent, 1999. « Quelques interrogations épistémologiques sur la psychiatrie criminologique française ». *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, Genève, n°4.
- Mucchielli Laurent, 2008. « Une « nouvelle criminologie » française ? Pourquoi et pour qui ? » *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, n°4, pp.795-803.
- Mucchielli Laurent, 2008. « Une société plus violente ? » *Déviance et société*, vol. 32, n°2, pp.115-47.
- Müller Christian, 2004. *Verbrechensbekämpfung im Anstaltsstaat. Psychiatrie, Kriminologie und Strafrechtsreform in Deutschland 1871-1933*. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Band 160. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller-Isberner Rüdiger et Eucker Sabine, 2012. *Praxishandbuch Massregelvollzug : Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie*. Berlin : Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mundt Adrian P., Chow Winnie S., Arduino Margarita, Barrionuevo Hugo, Fritsch Rosemarie, Giralda Nestor, Minoletti Alberto, *et al.*, 2015 « Psychiatric Hospital Beds and Prison Populations in South America since 1990 : Does the Penrose Hypothesis Apply ? » *JAMA Psychiatry* 72, n°2, février, pp.112-118.
- Nedopil Norbert, 2000. *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart, Thieme.
- Nietzsche Friedrich, 1989 [1887], *Le Gai Savoir*, Paris, Éditions Gallimard.
- Niewöhner Jörg et Martina Klausner (dir.), 2012. *Psychiatrie Im Kiez : Alltagspraxis in Den Institutionen Der Gemeindepsychiatrischen Versorgung*. Berlin, Panama Verlag.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 1995. « La politique du terrain ». *Enquête*, n°1, octobre, pp. 71-109.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 2008. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.
- Opp Karl-Dieter, 1979. *Strafvollzug und Resozialisierung. Theoretische Überlegungen, empirische Forschungsergebnisse und praktische Empfehlungen*. München, Wilhelm Fink Verlag.
- Ortmann Rüdiger, 2002. *Sozialtherapie im Strafvollzug : eine experimentelle Längsschnittstudie zu den Wirkungen von Strafvollzugsmaßnahmen auf Legal- und Sozialbewährung*. Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht. Freiburg im Breisgau, Juscrim.
- Palaric Ronan, 2014. *Cliniques des auteurs d'agressions sexuelles au carrefour des débats contemporains : analyse psychocriminologique intégrative des perspectives psychodynamique et cognitivo-comportementale appliquées aux modalités de prise en charge thérapeutique*. Thèse de doctorat, Université de Rennes 2.
- Paperman Patricia et Laugier Sandra, 2006. *Le souci des autres : éthique et politique du care*. Paris, Éditions de l'EHESS.

- Pattaroni Lucas, 2006, « Le care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émousse son éthique », in Paperman Patricia, Laugier Sandra (dir.), *Le souci des autres : éthique et politique du care*.
- Paulet Catherine, 2004. « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation ». *L'Information Psychiatrique* 80, n° 4, avril, pp.307-312.
- Paulet Catherine, 2006. « Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire ». *Perspectives Psy* vol.45, n°4, décembre, pp.373-379.
- Paulet Catherine, 2010. « Le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire : Solutions de continuité ? » 18ème Journée Régionale du SMPR de Marseille, 24 juin.
- Pélisse Jérôme, Protais Caroline, Larchet Keltoume et Charrier Emmanuel, 2012. *Des chiffres des maux et des lettres : une sociologie de l'expertise judiciaire en économie, psychiatrie et traduction*. Paris, Armand Colin.
- Peneff Jean, 1992. *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*. Paris, Métailié.
- Peneff Jean, 2009. *Le goût de l'observation : comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*. Paris, La Découverte.
- Petit Jacques-Guy, 2002. *Histoire des prisons en France, 1789-2000*. Toulouse, Éditions Privat.
- Piel Eric et Roelandt Jean-Luc, 2001. *Rapport de mission - De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*. Ministère de la Santé, juillet.
- Piperaud Rémi, 2013. « La dynamique disciplinaire de la prison post-moderne ». in Tournier Pierre-Victor (dir.), *Enfermements. Populations, Espaces, Temps, Processus, Politique*, Paris, Éditions l'Harmattan.
- Politix, 2006. *Expériences et critiques du monde psy*, vol.19 n°73
- Pollähne, Helmut, 1999. « Massregelvollzug zwischen Srafvollzug und Psychiatrie ». In Weigand Wolfgang (dir.), *Der Massregelvollzug in der öffentlichen Diskussion*, pp.37-54.
- Pradier Pierre, 1999. *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 Evaluation et perspectives*. Ministère de la Justice, septembre.
- Protais Caroline, 2011. *Sous l'emprise de la folie La restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France (1950-2007)*. Thèse de doctorat, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Protais Caroline, Guibet-Lafaye Caroline, Lancelevée Camille, 2016. *Les représentations sociales de l'irresponsabilité pénale*. Rapport de recherche, Mission Droit et Justice, septembre.
- Pruvost Geneviève, 2007. *Profession, policier : sexe, féminin*. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Puschke Jens (dir.), 2011. *Strafvollzug in Deutschland : strukturelle Defizite, Reformbedarf und Alternativen*. Berliner Wissenschafts-Verlag.
- Raisons pratiques, 2007. *Politiques de la psy*, n°25 (dossier coordonné par Chaumont Franck et Gros Frédéric).
- Raoult Sacha, 2014. « L'évaluation du risque de récidive : l'expert, le politique et la production du 'chiffre' ». *Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé*, septembre, pp.255-268.
- Razac Olivier et Gouriou Fabien, 2015. « Sous une critique de la criminologie, une critique des rationalités pénales ». *Cultures & Conflits* n°95, vol. 2, pp.225-240.
- Razac Olivier, 2009. « Le bracelet électronique et la virtualisation de l'enfermement ». *Cultures et Sociétés*, n° 10, pp.52-57.
- Razac, Olivier, Fabien Gouriou, et Grégory Salle. « La 'prévention de la récidive' ou les conflits de rationalités de la probation française ». *Champ pénal/ Penal field*, vol. XI, <https://champpenal.revues.org/8932?lang=en>.
- Renard Tristan, 2013. « La contrainte : quelles contraintes ? » *Empan* n° 89, n° 1, avril, pp.32-37.
- Renard Tristan, Saetta Sébastien, Sicot François, 2009. « L'expertise psychiatrique et son devenir en France et au Grand Duché du Luxembourg », in Cartuyvels Yves, Sicot François, Wyvekens Anne et al., *Soigner ou punir ? Les déterminants de l'expertise psychiatrique et de son devenir. Comparaison France, Belgique, Luxembourg*, rapport de recherche pour l'INHES, juillet.
- Renneville Marc, 2003. *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Paris, Fayard.
- Renneville Marc, 2004. « Psychiatrie et prison : une histoire parallèle ». *Annales Médico-Psychologiques*, n° 162, pp.653-656.

- Renneville Marc, 2011. « La dangerosité en psychiatrie : perspective historique ». *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 37, pp.1-6.
- Renneville, Marc, 2010. « Qu'apporte l'éclairage de l'histoire au concept de dangerosité en psychiatrie ? » In Haute Autorité de Santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur - Audition publique*, pp.7-18.
- Rhodes Lorna A., 1995. *Emptying beds : The work of an emergency psychiatric unit*, University of California Press.
- Rhodes Lorna A., 2000. « Taxonomic Anxieties : Axis I and Axis II in Prison ». *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 14, n°3, pp. 346-373.
- Rhodes Lorna A., 2004. *Total confinement : Madness and reason in the maximum security prison*, University of California Press.
- Ricordeau Gwénola, 2008. *Les détenus et leurs proches : solidarités et sentiments à l'ombre des murs*. Paris, Éditions Autrement.
- Roelandt Jean-Luc, 2009. « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement ». *L'information psychiatrique* vol.85, n° 6, pp.525-535.
- Rostaing Corinne, 1997. *La relation carcérale : Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Rostaing Corinne, 2001. « Pertinence et actualité du concept d'institution totale : à propos des prisons ». In Amourous Charles, Blanc Alain, (dir.). *Erving Goffman et les institutions totales*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- Rostaing Corinne, 2007. « Processus de judiciarisation carcérale : le droit en prison, une ressource pour les acteurs ? » *Droit et société* 3, n° 67, pp.577-95.
- Rostaing Corinne, 2008. « A chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison ». *Sociologies Pratiques*, n° 17, pp.81-94.
- Rostaing Corinne, 2009. « Interroger les changements de la prison. des processus de déprise et de reprise institutionnelle ». *Tracés* 2, n° 17, pp.89-108.
- Royer Victor, 2010. « Des héritiers du désaliénisme confrontés aux changements : l'engagement politique des psychiatres du Collectif Contre La Nuit Sécuritaire », mémoire de master 2, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Saetta Sébastien, 2011. « La construction langagière de la « vérité » judiciaire par les experts psychiatres et les magistrats ». *Langage et société*, n°136, pp.109-128.
- Saetta Sébastien, 2016. « La médicalisation des auteurs d'infractions à caractère sexuel », *Tepsis Paper* 15.
- Salize Hans Joachim, Dreßing Harald et Kief Christine, 2007. *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, programmes and outcomes*. Central Institute of Mental Health, Mannheim, European Commission, octobre.
- Salle Grégory, 2006. « État de droit, État gestionnaire, Retour sur la privatisation des prisons françaises ». *Champ Pénal/ Penal Fields*, vol. III, <http://champpenal.revues.org/601>.
- Salle Grégory, 2009. *La part d'ombre de l'État de droit : la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*. Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Salle Gregory, 2013. « La question carcérale en République fédérale d'Allemagne au reflet du Spiegel (1947-1979) ». *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, <http://criminocorpus.revues.org/2483>.
- Salle Gregory, 2016. « Théorie des champs, prison et pénalité ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°213, pp.4-19.
- Salle, Grégory, 2004. « Mettre la prison à l'épreuve. Le GIP en guerre contre l'« Intolérable » ». *Cultures & Conflits*, n° 55, automne, pp.71-96.
- Schalast, N., Dessecker Axel, et Von der Haar M., 2005. « Unterbringung in der Entziehungsanstalt : Entwicklungstendenzen und gesetzlicher Regelungsbedarf ». *Recht & Psychiatrie* vol.23, n° 1, pp.3-10.
- Schlieter Kai, 2011. *Knastreport : das Leben der Weggesperrten*. Frankfurt am Main, Westend.
- Schultheis Franz, 1989. « Comme par raison-comparaison n'est pas toujours raison ». *Droit et société*, n°11-12, pp. 217-246.

- Seifert Dieter, Jahn K. et Bolten S., 2001. « Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) ». *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, n° 69, pp. 245-255.
- Senon Jean-Louis et Manzarena Claude, 2004. « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques ». *Annales Médico-Psychologiques*, n° 162, pp.686-699.
- Senon Jean-Louis, 1998. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Sicot François, 2001. *Maladie mentale et pauvreté*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- Sicot François, 2006. « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? » *Déviance et Société* 30, n° 2, pp.203-232.
- Siméant Johanna, 2009. *La grève de la faim*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Simmel Georg, 1991 [1908]. *Secret et sociétés secrètes*. Strasbourg : Circé.
- Simon Jürgen, 2001. *Kriminalbiologie und Zwangssterilisation*. Berlin, Waxmann Verlag.
- Sociologies pratiques, 2008. *La tentation psy*, vol.2, n°17.
- Soulet Marc-Henry, 2010. « Changer de vie, devenir autre : essai de formalisation des processus engagés ». In Bessin Marc, Bidart Claire et Grossetti Michel (dir.), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, pp.273-288.
- Spector Malcom, Kitsuse John I., 2012. « Sociologie des problèmes sociaux - un modèle d'histoire naturelle - », in Cefaï Daniel, Terzi Cédric (dir.). *L'expérience des problèmes publics*, pp.87-107.
- Spurk Jan, 2003. « Epistémologie et politique de la comparaison internationale », in Lallement Michel, Spurk Jan (dir.), *Stratégies de la comparaison internationale*, pp.71-86.
- Statistisches Bundesamt (D-Stat), 2014. *Rechtspflege. Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.*, Wiesbaden, janvier.
- Statistisches Bundesamt (D-Stat), 2014. *Strafvollzugsstatistik : Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug)*, Wiesbaden, avril.
- Steinböck, Herbert, 2009. « Therapie im Straf- und Massregelvollzug ». In Akli Heike, Bojack Barbara, Meyer zu Bexten Erdmute (dir.), *Erkrankungen im Strafvollzug - Psychopathologie und Straftäterbehandlung*, pp.59-68.
- Steller Max, 1977. *Sozialtherapie statt Strafvollzug : Psychologische Probleme der Behandlung von Delinquenten*. Köln, Kippenheuer & Witsch.
- Stolpman Georg, 2010. « Psychiatrische Massregelbehandlung ». *APuZ - Aus Politik und Zeitgeschichte*, n° 7, pp.28-33.
- Strauss Anselm L., 1992. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- Swain Gladys, et Gauchet Marcel, 1997. *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*. Paris, Calmann-Lévy.
- Szasz Thomas S., 1961. *The Myth of Mental Illness : Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, Dell Publishing Co.
- Teplin Linda A., 1990. « The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. » *American Journal of Public Health* 80, n°6, pp.663-669.
- Terra Jean-Louis, 2003. *La prévention du suicide des personnes détenues. Rapport auprès du Ministère de la Justice*, décembre.
- Timmermans S., et Berg M., 2003. *The gold standard : The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Temple University Press.
- Touraut Caroline, 2012. *La famille à l'épreuve de la prison*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Trombik Emily, 2010. *Etude sociologique du vécu carcéral des détenus allemands en France et des détenus français en Allemagne*, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.
- Tronto Joan C, 2008. « Du care ». *Revue du MAUSS*, n° 32, février, pp.243-265.
- Vailly Joëlle, 2011. *Naissance d'une politique de la génétique : dépistage, biomédecine, enjeux sociaux*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Van de Kerchove Michel, 2010. « Risque, dangerosité et sécurité. Introduction », *Déviance et Société*, vol.34, n°4, pp.479-482.

- Vasseur Véronique, 2000. *Médecin-chef à la prison de la santé*. Paris, Éditions le Cherche midi.
- Vassy Carine, 2003. « Données qualitatives et comparaison internationale : l'exemple d'un travail de terrain dans des hôpitaux européens », in Lallement Michel, Spurk Jan (dir.), *Stratégies de la comparaison internationale*, pp.225-233.
- Veil Claude, et Lhuillier Dominique (dir.), 2000. *La prison en changement*. Ramonville Saint-Agne, Erès.
- Velpry Livia, 2008. *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris, Armand Colin.
- Velpry Livia, 2009. « Violences, troubles psychiques et société ». *Regards sur l'actualité*, n°354, octobre, pp.22-35.
- Velpry Livia, 2010. « Subjectivité et psychiatrie ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n°4, pp.115-133.
- Velpry Livia, 2011. « Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail ? Quand la violence entre en psychiatrie ». In Laforgue Denis, Rostaing Corinne, *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?*, pp.29-44.
- Velpry Livia, 2016. « « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles ». *Sociétés Contemporaines*, n° 103.
- Vigour Cécile, 2005. *La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes*. Paris, La Découverte.
- Volckart Bernd, 2003. *Maßregelvollzug : das Recht des Vollzugs der Unterbringung nach §63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt*. Neuwied, Luchterhand.
- Von Schönfeld Carl-Ernst, Driessen Martin et al., 2006. « Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen ». *Der Nervenarzt*, vol. 77, n°7, pp. 830-841.
- Voruz, Véronique. « Comment les sociétés « se débarrassent de leurs vivants » : dangerosité et psychiatrie, la donne contemporaine ». *Cultures & Conflits* n° 94-95-96, n° 2, pp.203-23.
- Wacquant Loïc, 1999. *Les prisons de la misère*. Paris, Raisons d'agir.
- Wacquant Loïc, 2004. *Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille, Agone.
- Wacquant Loïc, 2009. *Punishing the Poor : The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University Press.
- Weigand Wolfgang (dir.), 1999. *Der Massregelvollzug in der öffentlichen Diskussion*. Münster, Votum Verlag.
- Wenzel Catrin, 1979. *Organisationsstruktur und Behandlungsauftrag im Strafvollzug*. München, Minerva Publikation.
- Werner Michael et Zimmermann Bénédicte (dir.), 2004. *De la comparaison à l'histoire croisée*. Paris, Seuil.
- Whyte William F., 2002 [1943]. *Street corner society : la structure sociale d'un quartier italo-américain*. Paris, La Découverte.
- Witzel Joachim G., Bausch-Hölterhoff Josef, et Skirl Michael, 2004. « Zur Situation der psychisch Kranken in Haft in Nordrhein-Westfalen ». *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 3, pp.53-67.

ENCADRÉS, FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Encadré 1 Quelle place pour la littérature scientifique allemande ?	- 17 -
Tableau 1 Durée des terrains « pénitentiaires »	- 34 -
Tableau 2 Terrains dans les services « psychiatriques »	- 39 -
Encadré 2 Les ambivalences de la « défense sociale »	- 87 -
Encadré 3 L'asile au cœur de la réforme de la psychiatrie.....	- 91 -
Tableau 3 Chronologie de la mise en place des SMPR dans les prisons françaises	- 96 -
Encadré 4 Un nouvel épisode du scandale des prisons.....	- 106 -
Graphique 1 Taux d'incarcération et d'hospitalisation en psychiatrie et nombre de lits en psychiatrie de 1851 à 2006.....	- 110 -
Encadré 5 Des psychiatres au cœur du scandale.....	- 114 -
Encadré 6 La création d'établissements spécialisés pour les « auteurs d'infractions à caractère sexuel »	- 118 -
Encadré 7 Dangers et sécurisation des hôpitaux psychiatriques.....	- 119 -
Tableau 4 Nombre de personnes placées en hôpital psycho-légal dans les anciens Länder au 1 ^{er} janvier de chaque année.....	- 122 -
Encadré 8 Soins psychiatriques : des disparités régionales et locales importantes.....	- 137 -
Tableau 5 La couverture des soins psychiatrique par territoire	- 138 -
Encadré 9 Le secret médical, la déclinaison locale d'une politique nationale.....	- 147 -
Encadré 10 L'exécution des peines pour cœur de métier	- 158 -
Encadré 11 La prévention du suicide en prison	- 162 -
Encadré 12 La place de la justice en prison	- 178 -
Encadré 13 Une justice aux mains des experts ?	- 186 -
Encadré 14 Remarques méthodologiques.....	- 196 -
Encadré 15 Commission des peines et application des peines.....	- 216 -
Encadré 16 Formation initiale et hiérarchie professionnelle	- 219 -
Figure 1 Détail du plan de l'établissement pénitentiaire pour hommes de Grünstadt.....	- 238 -
Encadré 17 Récapitulatif du fonctionnement des services psychiatriques de Tourion et Grünstadt..	- 250 -
Encadré 18 Psychologues en milieu médical	- 254 -
Encadré 19 Infirmier·e·s en milieu pénitentiaire en France et en Allemagne	- 265 -
Encadré 20 La continuité des soins.....	- 276 -
Encadré 21 Les contours de la <i>Forensik</i> allemande	- 280 -

Encadré 22 Psychiatrie criminelle et criminologie.....	- 301 -
Encadré 23 Les outils actuariels et leur critique	- 314 -
Encadré 24 L'éthique du <i>care</i>	- 323 -
Encadré 25 Une approche culturaliste ?	- 332 -
Encadré 26 Une moindre tolérance pour les « escrocs » ?	- 334 -
Encadré 27 La rétention de sûreté en France ?	- 341 -
Tableau 6 Données de terrain.....	- 361 -
Tableau 7 Entretiens complémentaires :.....	- 362 -
Schéma 1 Représentation stylisée du système pénal et psycho-légal français.....	- 363 -
Schéma 2 Représentation stylisée du système pénal et psycho-légal allemand	- 364 -
Tableau 8 Quelques indicateurs relatifs aux établissements pénitentiaires français et allemands.	- 365 -
Graphique 2 Évolution des taux de détention pour 100 000 habitants en France et en Allemagne. -	365 -
Tableau 9 Population carcérale et taux de détention par Land allemand.	- 366 -
Graphique 3 Évolution du taux de détention (et de rétention de sûreté) pour 100 000 habitants pour l'Allemagne de l'Ouest de 1965 à 1992 (en 1992, le taux inclut la ville de Berlin entière) puis pour la République Fédérale Allemande de 1993 à 2005 au 31 mars de chaque année	- 367 -
Graphique 4 Évolution du taux de détention en France de 1831 à 2011.....	- 367 -
Tableau 10 Mesures de réhabilitation et de sûreté privatives de liberté.....	- 368 -
Tableau 11 Comparaison des modalités d'internement psychiatrique en France et en Allemagne ..	- 370 -
Graphique 5 : Nombre de personnes internées selon les paragraphes §63 et §64 du code pénal de 1987 à 2012, chiffres au 1 ^{er} janvier de chaque année	- 371 -
Tableau 12 Statistiques relatives à l'irresponsabilité pénale en France	- 372 -
Tableau 13 Caractéristiques du troisième profil type	- 378 -
Tableau 14 Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral	- 380 -
Tableau 15 prévalence des principaux diagnostics psychiatriques en fonction de l'échelle de gravité CG I	- 381 -
Tableau 16 Troubles psychiatriques chez des personnes détenues allemandes condamnées à des peines de jours-amende et en détention provisoire.....	- 382 -

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	- 3 -
SOMMAIRE	- 5 -
INTRODUCTION GÉNÉRALE	- 9 -
Une comparaison méthodologique pour penser l'institutionnalisation de dispositifs hybrides en France :	- 10 -
Soigner et punir. L'incontournable Michel Foucault	- 11 -
Les réformes de santé mentale en prison : regard socio-historique	- 13 -
Punir pour soigner ? « L'inquiétant impensé de la prison »	- 15 -
Une psychologisation ambivalente de la question carcérale	- 18 -
Quand les murs font bouger les limites des territoires professionnels	- 20 -
Contre qui se défend-on ? La construction de savoirs à la croisée du crime et de la maladie mentale	- 21 -
ANNONCE DU PLAN	- 23 -
Etudier le présent d'un « objet historiquement constitué »	- 23 -
Des systèmes professionnels en tension entre soigner et punir	- 24 -
Entre traitements et contraintes : analyser l'hybridation des pratiques	- 24 -
PARTIE 1 : SOIGNER ET PUNIR EN PRISON EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE : RELIEFS DU TERRAIN ET SILLONS DE L'HISTOIRE	- 27 -
INTRODUCTION DE LA PARTIE	- 29 -
CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	- 31 -
I. CIRCONSCRIRE LES LIMITES DU TERRAIN	- 33 -
1. Quand les épreuves ethnographiques révèlent la topographie du terrain	- 33 -
a) La prison : une institution hétérogène	- 33 -
b) Une sociologue critique ou une criminologue institutionnelle ?	- 36 -
c) Services psychiatriques : zone protégée, défense d'entrer	- 38 -
d) La prison, un espace conflictuel	- 41 -
2. Observation multi-située et redéfinition de la distance à l'objet	- 42 -
a) Des terrains par défaut ?	- 43 -
b) L'éternel absent	- 44 -
c) Quand les pièces du puzzle s'emboîtent	- 45 -
d) Choisir un camp mais garder une saine distance avec le savoir psychiatrique et psychologique	- 47 -
II. ÉMOTIONS ET POSITIONS D'ENQUÊTE	- 49 -
1. Ethique de l'enquête	- 49 -
a) La parole aux prisonniers	- 49 -
b) Se ranger derrière les professionnel·le·s	- 50 -
c) Un positionnement éthique ?	- 51 -
2. L'animalisation de la folie : des hommes dangereux ?	- 52 -
a) La « tournée des fous »	- 52 -
b) Une méfiante distance face aux hommes détenus	- 54 -
c) Combattre la peur	- 55 -
3. Le genre des émotions	- 56 -
a) Des femmes vulnérables ?	- 56 -
b) Quand l'observation devient participante	- 58 -

III. METTRE À DISTANCE POUR MIEUX REGARDER ? HYPERMÉTROPIES ET MYOPIES COMPARATIVES	- 60 -
1. Mais qu'allait-elle faire dans cette galère ?	- 61 -
a) Comparer pour évaluer ?	- 61 -
b) Une méthode risquée	- 62 -
c) Un puits sans fond	- 63 -
2. Comparer : pourquoi et comment ?	- 65 -
a) Prendre du recul	- 65 -
b) Partir des données empiriques	- 66 -
c) Tendre un bout de miroir	- 67 -
3. Les imperfections heuristiques de la comparaison	- 68 -
a) La prison comme lieu de soin par défaut ?	- 68 -
b) À la recherche d'un problème inexistant ?	- 70 -
c) Traitement pénal : les « psy » au service de la peine ?	- 71 -
CHAPITRE 2 : REGARD SOCIO-HISTORIQUE SUR LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS FRANÇAIS ET ALLEMAND	- 75 -
I. 1800-1950 : ENTRE ASILE ET PRISON : LA RECHERCHE D'UNE TROISIÈME VOIE	- 78 -
1. France : les tiraillements d'un système institutionnel dichotomique	- 78 -
a) Punir les criminels en prison, soigner les aliénés à l'asile	- 78 -
b) De la responsabilité à la dangerosité ?	- 81 -
2. Allemagne : la genèse des mesures de réhabilitation et de sûreté	- 82 -
a) Interner pour mieux traiter : l'hôpital psycho-légal (<i>Maßregelvollzug</i>)	- 83 -
b) Une institution marquée par le Troisième Reich	- 84 -
3. Une défense sociale à la française ?	- 85 -
a) Des projets de réforme institutionnelle sans lendemain	- 85 -
b) Les principes de la défense sociale irriguent la pratique pénale	- 86 -
II. 1960-1990 : LES ANNÉES CRITIQUES : SOIGNER EN PRISON OU SOIGNER LA PRISON ?	- 89 -
1. France : émanciper la psychiatrie de la tutelle pénitentiaire	- 89 -
a) Des psychiatres dans la dénonciation de la prison	- 90 -
b) S'affranchir de la tutelle carcérale	- 93 -
c) Un positionnement déjà ambigu	- 96 -
2. Allemagne : des psychologues dans la réforme de la prison	- 97 -
a) Réforme pénitentiaire et « détention à visée de traitement »	- 97 -
b) Les premiers pas de la sociothérapie	- 99 -
c) Transformer la prison de l'intérieur	- 102 -
III. 1990-2015 : DES HÉRITAGES INSTITUTIONNELS À L'ÉPREUVE	- 104 -
1. En France : la prison au cœur de la tension entre soigner et punir	- 105 -
a) Des fous en prison : le scandale éphémère de la prison « pathogène »	- 105 -
b) Les UHSA : quand la prison se referme sur l'hôpital ?	- 111 -
c) Punir pour soigner les « dangereux »	- 116 -
2. Interner ou incarcérer ? Les impasses de la double voie pénale allemande	- 121 -
a) Quand la prison devient une annexe de l'hôpital psycho-légal ?	- 121 -
b) L'hôpital psycho-légal, une prison comme les autres ?	- 125 -
CONCLUSION DE LA PARTIE	- 129 -

PARTIE 2 : INCARCÉRER POUR SOIGNER ? DES SYSTÈMES PROFESSIONNELS EN TENSION	- 131 -
INTRODUCTION DE LA PARTIE	- 133 -
CHAPITRE 3 : LA PRISON DE TOURION, UNE INSTITUTION FRAGMENTÉE	- 135 -
I. PROTÉGER LE TERRITOIRE PROFESSIONNEL DU SOIN	- 139 -
1. Intervenir en territoire étranger : une autonomie limitée	- 139 -
a) Architecture et interdépendance	- 139 -
b) Le tempo carcéral des « urgences » psychiatriques	- 141 -
2. Le secret médical entre principe éthique et posture morale	- 143 -
a) Protéger les patients, protéger le soin	- 144 -
b) Le secret en héritage	- 145 -
c) Noblesse du soin, sale boulot de la peine	- 148 -
d) Une tactique coûteuse pour les professionnel-le-s de première ligne	- 150 -
3. Reprendre la main sur un territoire propre : la stratégie UHSA	- 152 -
a) Le paradoxe de la Reine Rouge	- 152 -
b) Des alliés extérieurs peu fiables	- 155 -
c) Les UHSA : une ambivalente stratégie de repli	- 156 -
II. UNE COOPÉRATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX GÉRER LES PRISONS ?	- 158 -
1. Troubles mentaux dans les coursives	- 159 -
a) Folie et dangerosité : trouble ou stratégie ?	- 160 -
b) Vulnérabilité et risque du suicide	- 161 -
c) Malades et coupables ? Une confusion morale	- 165 -
2. Partager le savoir pour mieux prévoir les risques	- 166 -
a) Pluridisciplinarité et repérage des risques	- 167 -
b) Troubles mentaux et gestion de l'ordre carcéral	- 169 -
c) Que fait le SMPR ?	- 171 -
3. Externaliser la noble tâche du soin, conserver le sale boulot de la peine	- 172 -
a) Secrets de Polichinelle, savoirs de coursives	- 173 -
b) Surveiller pour veiller sur ?	- 174 -
c) Humanisation de la prison, dévalorisation du métier de surveillant	- 176 -
III. UNE COOPÉRATION NÉCESSAIRE POUR MIEUX JUGER LES DÉTENU-E-S ?	- 178 -
1. Des soins au service de la justice	- 179 -
a) Les « efforts de soin », un indice de mérite	- 180 -
b) Ordonner des soins pour limiter la récidive	- 181 -
2. Savoir pour mieux juger	- 183 -
a) Des informations partielles sur les soins	- 183 -
b) Un idéal de coopération inatteignable	- 188 -
CHAPITRE 4 : LA PRISON DE GRÜNSTADT, UNE INSTITUTION HYBRIDE	- 193 -
I. LA PRISON POUR TRAITEMENT ?	- 197 -
1. Orienter, évaluer, accompagner : des psychologues aux postes clefs	- 197 -
a) Première étape du parcours pénal : l'unité d'orientation	- 198 -
b) Des évaluations maison : le « service psychologique »	- 200 -
c) Un accompagnement psychosocial vers la sortie ? Les unités socio-thérapeutiques	- 202 -
d) Professionnalisation psychologique et rationalisation de la politique pénitentiaire	- 203 -
2. Une organisation « thérapeutique » de l'espace carcéral ?	- 205 -
a) La déviance comme trouble mental	- 205 -
b) Le « traitement » au principe de la différenciation des espaces	- 207 -
3. Le soin dans les marges de la « détention de traitement »	- 208 -
	- 465 -

a) Au service du soin, pas de la prison	- 209 -
b) Le secret médical : éthique du soin, identité du soignant	- 211 -
c) Un combat perdu d'avance ?	- 213 -
II. RESSORTS ET LIMITES DE LA PSYCHOLOGISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	- 216 -
1. La diffusion des savoirs psychologiques	- 216 -
a) Un référentiel d'actions	- 217 -
b) Des savoirs légitimes	- 219 -
c) Des savoirs distinctifs	- 222 -
2. Appropriations et résistances	- 222 -
a) Des « quasi-thérapeutes »	- 223 -
b) Tenir le savoir psychologique à distance	- 226 -
c) La discrète contestation du pouvoir des psychologues	- 228 -
3. Une prison d'un genre particulier	- 231 -
a) Une prison « familiale »	- 231 -
b) Une institution mal ajustée	- 234 -
c) Thérapie de famille : des psychologues dans les coursives	- 236 -
CONCLUSION DE LA PARTIE	- 240 -
PARTIE 3 : PRENDRE SOIN EN MILIEU CARCÉRAL : ENTRE TRAITEMENT ET CONTRAINTE	- 243 -
INTRODUCTION DE LA PARTIE	- 245 -
CHAPITRE 5 : QUAND LES MURS DE LA PRISON FONT BOUGER LES LIGNES DU SOIN PSYCHIATRIQUE	- 247 -
I. DES PATIENTS-DÉTENUS : UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS L'OMBRE DE LA PRISON	- 251 -
1. Des services (tout) contre la prison	- 251 -
a) L'APP de Grünstadt : une annexe « technique » de la prison	- 252 -
b) UHSA de Tourion : protéger de la prison au point de s'y substituer ?	- 256 -
2. Gérer l'enfermement	- 261 -
a) Un « cadre » hospitalier dans l'enceinte carcérale	- 262 -
b) Une bienveillante surveillance ?	- 264 -
c) De la méfiance dans le soin	- 267 -
d) Des candides et des brutes : conflit moral au sein de l'équipe soignante	- 269 -
3. Produire des patient·e·s comme les autres	- 271 -
a) Produire des patient·e·s	- 271 -
b) Engager des trajectoires de soins : la gageure de la continuité des soins	- 275 -
II. LE CRIME, « UN OBJET PERTINENT » POUR LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE ?	- 279 -
1. Grünstadt : des professionnel·le·s de la <i>Forensik</i>	- 279 -
2. Tourion : le soin au premier plan, le crime hors champ ?	- 283 -
a) « Aux côtés des patient·e·s »	- 283 -
b) « Des soignant·e·s, pas des expert·e·s »	- 285 -
c) « Travailler à partir de ce que le patient apporte »	- 287 -
3. Travailler sur le crime en restant dans le soin	- 289 -
a) « Passage à l'acte » : le crime saisi par les savoirs psychiatriques	- 289 -
b) De la peine à la souffrance : quand la prison fait évoluer les savoirs cliniques	- 294 -
c) Vers une « psychiatrie criminelle » ?	- 298 -

CHAPITRE 6 : UNE PEINE THÉRAPEUTIQUE ? LES PRISONS COMME « INFIRMERIES DU CRIME »	- 305 -
I. FRANCE : L'INCERTAIN RÉFORME DU TRAITEMENT PÉNITENTIAIRE	- 308 -
1. Le suivi individualisé : un projet sans maître d'œuvre ?	- 308 -
a) Un projet au service d'une gestion des détentions « par l'espoir »	- 309 -
b) Un projet au service de la lutte contre la récidive	- 312 -
c) Le suivi individualisé ou la peine pour traitement	- 313 -
2. Le « parcours d'exécution des peines » entre gestion de l'ordre et soutien personnel	- 315 -
a) Articuler « soin » et « peine » : un projet entre deux chaises	- 316 -
b) Discipliner ou responsabiliser ? Le PEP entre contrat et chantage	- 319 -
II. LE TRAITEMENT PÉNITENTIAIRE À GRÜNSTADT : TRAVAIL SUR SOI, TRAVAIL POUR SOI ?	- 323 -
1. Un espace de dialogue, un support de subjectivation	- 323 -
a) Engager un travail sur soi	- 324 -
b) L'évaluation comme pratique de <i>care</i>	- 326 -
c) Support de subjectivation pour certains	- 327 -
2. Un contrat asymétrique, une contrainte assujettissante	- 328 -
a) Faire preuve d'authenticité	- 329 -
b) Les non-germanophones hors-jeu	- 331 -
c) Se débattre avec des identités de papier	- 333 -
3. Légitimer l'enfermement des dangereux	- 336 -
a) La logique immunitaire de l'évaluation	- 337 -
b) Le cas-limite des « inaccessibles au traitement »	- 338 -
c) Un traitement à perpétuité	- 339 -
CONCLUSION DE LA PARTIE	- 345 -
CONCLUSION GÉNÉRALE	- 349 -
ANNEXES	- 357 -
ANNEXE 1. LEXIQUE : SIGLES, ACRONYMES ET TERMES TECHNIQUES UTILISÉS	- 357 -
ANNEXE 2. DONNÉES DE TERRAIN	- 361 -
ANNEXE 3. SYSTÈMES PÉNAUX ET PSYCHO-LÉGAUX EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE	- 363 -
ANNEXE 4. CHRONOLOGIE SÉLECTIVE COMPARÉE	- 374 -
ANNEXE 5. MESURER LES TROUBLES MENTAUX EN PRISON : LES INCERTITUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	- 376 -
ANNEXE 6. LA « PRISON ASILE » DU POINT DE VUE DES PERSONNES DÉTENUES	- 385 -
ANNEXE 7. ENTRETIENS RETRANSCRITS	- 396 -
ANNEXE 8. DOCUMENTS	- 425 -
BIBLIOGRAPHIE	- 443 -
ENCADRÉS, FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	- 461 -
TABLE DES MATIÈRES	- 463 -

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Si 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 1980, de services psychiatriques destinés aux personnes détenues. Dans un contexte de pénalisation des malades mentaux et de pathologisation de certains crimes, l'entrée de professionnel-le-s en santé mentale dans les établissements pénitentiaires pose la question de l'hybridation du soin et de la peine dans un objectif de défense sociale. 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 professionnel-le-s 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 soignantes et pénitentiaires : si la prison de Tourion (France) se présente comme une institution fragmentée, dans 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 psycho-criminologique des personnes détenues. Dans les deux pays cependant, la présence de ces professionnel-le-s engendre des effets ambivalents : tout en produisant de l'attention pour la souffrance psychique des personnes détenues, elle participe à légitimer le projet d'une peine thérapeutique, à perpétuité pour les plus « dangereux ». Cette thèse illustre *in fine* les transformations contemporaines d'une institution pénitentiaire devenue « asile », c'est-à-dire tout à la fois un lieu dans lequel 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. Au-delà de la prison, cette thèse contribue à l'analyse des liens entre transformations institutionnelles et évolutions des mondes professionnels.

Mots-clés : ethnographie de la prison, pratiques professionnelles, santé mentale, suivi psycho-criminologique, défense sociale, France, Allemagne.

SUMMARY

While Germany relies on forensic hospitals (*Maßregelvollzug*) since the 1930s, the French penal system develops mental health care services from the 1980s in order to deal with inmates with mental disorders. Between the penalization of mental health patients and the pathologization of certain crimes, the involvement of mental health professionals in the penal system begs the question of hybridization of care and punishment. The aim of this thesis is to investigate this hybridization in a French-German comparative perspective. By tracing the historic links between psychiatry and penal system in both countries, the analysis shows how the institutional heritage impacts on the role played by the mental health care professionals in the division of penitentiary labor. Based on ethnographic field studies (observations and interviews) - carried out respectively over five months in a French and German prison - the thesis examines the various arrangements of care and punishment: while the prison of Tourion (France) can be described as a fragmented institution, in which the lines between penitentiary and mental health care services are demarcated, the prison of Grünstadt (Germany) arranges a reinforced cooperation evolving around an institutionalized psycho-criminological supervision of the inmates. In both countries, however, the presence of mental health care professionals leads to ambivalent effects: it brings the mental suffering of inmates into the spotlight, but also contributes to the legitimization of the concept of therapeutic punishment - life sentence as therapy for the most "dangerous" inmates. Ultimately, this thesis illustrates the contemporary transformations of the prison to an « asylum », namely a place where punishment and treatment are intertwined, but equally, one of the last refuges for certain forms of madness. Beyond prisons, this thesis contributes to analyzing the relation between institutional transformations and the evolution of professional worlds.

Keywords : prison ethnography, professional practices, mental health care, forensic, social defense, France, Germany.