



HAL
open science

L'expérience carcérale du handicap

Yana Zdravkova

► **To cite this version:**

Yana Zdravkova. L'expérience carcérale du handicap. Sociologie. HESAM Université, 2020. Français.
NNT : 2020HESAC012 . tel-04953286

HAL Id: tel-04953286

<https://theses.hal.science/tel-04953286v1>

Submitted on 18 Feb 2025

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 DOCTORALE ABBÉ GRÉGOIRE
LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE POUR LA SOCIOLOGIE ECONOMIQUE

THÈSE

présentée par : **Yana ZDRAVKOVA**

soutenue le : **06 juillet 2020**

pour obtenir le grade de : **Docteur d'HESAM Université**

préparée au : **Conservatoire national des arts et métiers**

Discipline : **Sociologie, démographie**

Spécialité : **Sociologie – Travail social**

L'expérience carcérale du handicap

THÈSE dirigée par :

Monsieur EBERSOLD Serge Professeur au Cnam, Titulaire de la chaire Accessibilité, Cnam

Jury

M. Marc BESSIN, Directeur de recherche CNRS, IRIS, EHESS, Président

M. Alain BLANC, Professeur des Universités, LARAC, Université Grenoble Alpes,
Rapporteur

Mme. Léa LIMA, Maitresse de conférences HDR, LISE, Cnam, Examinatrice

Mme. Corinne ROSTAING, Professeure des Universités, Centre Max Weber, Université
Lyon 2, Rapporteure

T
H
È
S
E

Tous les noms ont été changés afin de conserver l'anonymat. Les lecteurs trouveront les sigles utilisés dans un glossaire en annexe.

Remerciements

Nos remerciements vont tout d'abord aux prisonniers qui ont donné la voix et le rythme au texte qui suit. Leur courage impressionne. Ils sont venus, à la vue de tous, parce que « *en prison tout se sait* », rencontrer une sociologue pour lui parler de leur vulnérabilité. Cette vulnérabilité, ils l'ont regardée en face et ont dû continuer avec la conscience renforcée d'une vie sur le fil. Merci aux professionnel.le.s qui ont répondu, positivement, négativement ou par leur silence, à nos sollicitations. Leur franchise a permis de comprendre la complexité du travail « *à l'ombre* » et notamment ses dimensions morale et tragique. Si échapper à la trahison est impossible, nous espérons qu'ils et elles se retrouvent dans ce qui suit.

La Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) a autorisé officiellement la recherche et le Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire (CIRAP) nous a épaulée dans les contacts avec les établissements. L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) a financé une partie de la recherche. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible. Tout au long de cette thèse, nous avons été accueillie au sein du Groupe de Recherche sur le Handicap, l'Accessibilité, les Pratiques Educatives et Scolaires (GRHAPES) et du Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique (LISE) et avons bénéficié de leur soutien.

Nous souhaitons remercier les membres du jury qui se sont prêtés à la tâche de lire et discuter ce texte.

Enfin, merci à Serge Ebersold, le directeur de cette thèse, qui nous a d'abord proposée ce sujet, original et complexe. Il a ensuite suivi de près l'écriture de ce texte et a insufflé les premières pistes conceptuelles.

Résumé

Cette recherche porte sur l'expérience carcérale du handicap. Il s'agit d'analyser la manière dont le milieu pénitentiaire rend socialement significatives les particularités physiques et mentales. Mobilisant l'ethnographie multi-située, s'appuyant sur une approche constructiviste et pragmatique, la thèse analyse l'imbrication des catégories politiques, morales et pragmatiques dans la construction des déficiences et donc du handicap en prison.

La première partie sert à construire et à conceptualiser l'objet de la recherche. Y sont interrogés les liens et les frontières entre le handicap et la peine de prison, construits en tant que catégories de l'action publique s'organisant autour de la dialectique entre vulnérabilité et responsabilité des détenus. Un volet sociohistorique met en perspective la construction de ces deux catégories autour de la frontière entre capable et incapable. Enfin, une analyse documentaire permet de saisir le poids des droits humains et individuels sur la mise en sens du handicap en prison.

La deuxième partie, basée sur une ethnographie menée dans quatre prisons pour hommes, analyse le conflit entre différentes conventions sociales – une « convention en renommée » caractéristique du monde pénitentiaire et une « convention de protection » caractéristique du monde du handicap – que provoque la présence de détenus présentant des déficiences. Cette « épreuve » pour le monde pénitentiaire se résout dans les accords concrets des actrices et acteurs autour de principes de justice opposés. Ces accords donnent lieu à des régimes d'action matérialisés par des dispositifs, aménagements ou adaptations. L'analyse des configurations de chaque établissement permet de comprendre le handicap comme ancré et s'instituant dans des significations produites localement.

Enfin, la troisième partie se centre sur l'expérience individuelle des hommes détenus (dits ou se disant) handicapés. Dans un milieu où la masculinité représente un référentiel normatif, ils contreviennent à cet « ordre », nécessitant soin et protection. A travers les entretiens, leurs itinéraires, leurs identités et leur vie carcérale apparaissent marqués par un dilemme qui devient une double contrainte leur imposant de répondre à la fois aux injonctions de protection et d'autonomie. Dépossédés de tout support, ils doivent se montrer capables d'agir sur eux-mêmes.

Mots clés : handicap, prison, frontières sociales, catégorisation, convention sociale, configuration, masculinité, itinéraires moraux

Résumé en anglais

This research focuses on the prison experience of people with disabilities. The aim is to analyze the way in which the prison environment makes physical and mental particularities socially meaningful. Mobilizing multi-situated ethnography, based on a constructivist and pragmatic approach, the thesis analyzes the interweaving of political, moral and pragmatic categories in the construction of deficiencies and thus of disability in prison.

The first part serves to construct and conceptualize the object of the research. It examines the links and boundaries between disability and prison sentences, constructed as categories of public action organized around the dialectic between vulnerability and responsibility of prisoners. A socio-historical section puts into perspective the construction of these two categories around the border between able and disable. Finally, a documentary analysis allows us to understand the weight of human and individual rights on the meaning of disability in prison.

The second part, based on an ethnography carried out in four men's prisons, analyzes the conflict between different social conventions - a "convention of renown" characteristic of the prison world and a "convention of protection" characteristic of the world of disability - that is caused by the presence of prisoners with disabilities. This "test" for the prison world is resolved in the concrete agreements of the actors around opposing principles of justice. These agreements give rise to regimes of action in the form of devices, arrangements or adaptations. The analysis of the configurations of each prison makes it possible to understand disability as being anchored and established in locally produced meanings

Finally, the third part focuses on the individual experience of male prisoners with disabilities (considered as being, or those who claim to be). In an environment where masculinity represents a normative frame of reference, they contravene this "order", because they require care and protection. Through the interviews, their itineraries, identities and prison life appear to be marked by a dilemma that becomes a double constraint forcing them to respond to both protection and autonomy orders. Deprived of any support, they must show themselves as being able of acting on themselves.

Keywords: disability, prison, social boundaries, categorization, social convention, configuration, masculinity, moral trajectories

Table des matières

Résumé	7
Résumé en anglais	8
Introduction	19
Première partie. Le handicap en prison : un objet frontière ?	25
1. « <i>Le handicap en prison</i> » : un défi conceptuel et méthodologique	27
1.1. Construire l'objet « <i>handicap en prison</i> »	28
1.1.1. Un objet « <i>fragmenté</i> »	29
1.1.2. Du problème social au problème sociologique.....	33
1.1.3. Les enjeux de la définition du handicap dans la construction de la recherche	41
1.2. Recueillir des données et « suivre » la production des catégories.....	46
1.2.1. Les entretiens avec les professionnel.le.s et les catégorisations.....	48
1.2.2. Les entretiens avec les prisonniers et les multiples facettes du handicap .	54
1.3. Le journal de terrain et le cadre de l'analyse	67
1.3.1. La méthode – un va-et-vient entre théorie et recueil des données.....	68
1.3.2. Restaurer la relation carcérale – un travail autour des normes	71
Synthèse du chapitre 1	74
2. Le handicap et la prison : deux catégories de l'action publique ?.....	77
2.1. Les frontières des politiques du handicap et des politiques de la peine de prison	79
2.2. La responsabilité individuelle comme ligne de séparation ?	83
2.2.1. Le traitement social des déficiences	86
2.2.2. Le traitement pénal de la déviance	89
2.3. La vulnérabilité comme trait commun ?.....	92
2.4. La justice, les transformations du droit et les impératifs gestionnaires.....	95
2.5. Les relations de traitement social et pénal : entre sanction et soin ?.....	98
2.5.1. Ecart à la norme et risque social.....	100
2.5.2. Les théories de la déviance	102
2.5.3. Une matrice capacitaire ?	104
Synthèse du chapitre 2	108
3. Sociohistoire des frontières capable/incapable	109

3.1.	Une question morale : Protéger la société	111
3.1.1.	Purifier la société	111
3.1.2.	Séparer les « bons » des « mauvais » pauvres.....	111
3.2.	Une question d'ordre : Gérer les indésirables	114
3.2.1.	Question sociale ou question pénale ?	114
3.2.2.	Enfermer ceux qui créent du désordre.....	118
3.3.	Rationaliser l'enfermement	122
3.3.1.	Institutionnaliser la séparation	122
3.3.2.	Institutionnaliser les catégories.....	126
3.4.	Gestion des risques et protection sociale	132
3.4.1.	La « réforme de la prison » ou la « réforme du prisonnier » ?	133
3.4.2.	Le handicap – réadapter les personnes ou aménager leur environnement ?	
	137	
3.5.	Le handicap, une question politique	141
	Synthèse du chapitre 3	149
4.	Le « handicap en prison » : enjeux juridiques et scientifiques	151
4.1.	Construire l'ordre pénitentiaire	154
4.1.1.	La « personne handicapée détenue » construite par la pratique du droit	154
4.2.	Jurisprudence et éthique carcérale.....	165
4.2.1.	Le principe de dignité ou l'enfermement comme responsabilité sociale.	165
4.2.2.	Principe d'égalité et droits individuels	176
4.2.3.	Principe d'efficacité.....	180
4.3.	Questionner l'ordre pénitentiaire	184
4.3.1.	Première enquête d'ampleur : Handicap, Incapacité, Dépendance, volet Prison	185
4.3.2.	La santé mentale en prison	189
4.3.3.	Vieillesse et perte d'autonomie en prison.....	193
	Synthèse du chapitre 4	196
	Synthèse de la première partie	198
	Deuxième partie. L'ordre pénitentiaire à l'épreuve du handicap	201
5.	D'une « convention en renommée » à une « convention de protection ».....	205
5.1.	Le handicap comme « épreuve ».....	206
5.2.	L'ordre rituel et les rôles professionnels	210

5.3.	L'ordre normatif et le rôle du détenu.....	218
5.4.	Qu'est-ce que la « <i>convention en renommée</i> » ?.....	221
5.4.1.	La sociologie des conventions	222
5.4.2.	Un « <i>système de privilèges</i> ».....	227
5.4.3.	Une « <i>zone d'incertitude</i> » entre deux cadres conventionnels.....	229
5.5.	La légitimité des prisonniers en question	232
5.5.1.	Trois catégories de légitimité carcérale	232
	Synthèse du chapitre 5	237
6.	Restaurer la relation carcérale.....	239
6.1.	Les régimes d'action pour comprendre les logiques de traitement des particularités.....	241
6.1.1.	Les appuis théoriques des régimes d'action.....	241
6.1.2.	Les régimes d'action en prison.....	243
6.2.	L'externalisation des particularités physiques et mentales.....	248
6.3.	Transfert de la gestion des risques liés aux particularités physiques et mentales	254
6.3.1.	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire	254
6.3.2.	Les hôpitaux de proximité	259
6.3.3.	Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI).....	260
6.3.4.	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)	262
6.3.5.	Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)	263
6.3.6.	Le droit à l'accessibilité et la compensation.....	265
6.3.7.	Le travail aménagé	271
6.4.	Un régime d'action pénitentiaire	273
6.4.1.	Une accessibilité « <i>bricolée</i> ».....	273
6.4.2.	L'activité professionnelle en prison centrée sur les « classements » des prisonniers.....	277
6.4.3.	Sanctions et isolement comme réponse aux comportements déviants.....	289
6.5.	La socialisation des particularités physiques et mentales par l'univers carcéral	295
6.5.1.	Une spatialisation des hiérarchies carcérales	295
6.5.2.	Le placement en cellule, le détenu-aidant et les surveillances spécifiques	301

Synthèse du chapitre 6	304
7. Configurations carcérales du handicap	305
7.1. Les composantes des configurations pénitentiaires	307
7.1.1. Le contexte	307
7.1.2. Une composante relationnelle. Les tensions entre groupes professionnels 310	
7.2. La Maison d'arrêt et la médicalisation du handicap	314
7.2.1. Le handicap comme maladie	314
7.2.2. Un environnement pénitentiaire déterminé par la gestion des flux et l'accessibilisation	316
7.2.3. Une figure du détenu handicapé brouillant les repères carcéraux	317
7.2.4. Des champs professionnels cloisonnés	319
7.2.5. Une prise en charge entièrement assumée par le monde médical	323
7.3. La Maison centrale et la socialisation pénitentiaire des particularités	328
7.3.1. Le handicap, objet de tensions organisationnelles	328
7.3.2. Un environnement inaccessible et une organisation tournée vers la gestion des longues peines	331
7.3.3. Le prisonnier handicapé, entre vulnérabilité et dangerosité	333
7.3.4. Des tensions professionnelles autour de la recherche d'une médiation ..	335
7.3.5. Des dispositifs visant à intégrer le handicap dans le monde pénitentiaire 339	
7.4. Le Centre pénitentiaire et l'acceptation socio-pénitentiaire du handicap	348
7.4.1. Le handicap comme « trouble » à l'ordre pénitentiaire	348
7.4.2. Une prison ouverte aux interventions extérieures	349
7.4.3. Les prisonniers vus comme des usagers par les professionnel.le.s	351
7.5. Le Centre de détention et l'acceptation médico-pénitentiaire du handicap	357
7.5.1. Le handicap comme « incapacité »	357
7.5.2. Une prison tournée vers la réadaptation des individus	358
7.5.3. Les troubles psychologiques importants comme catégorie de traitement 359	
7.5.4. La mise en concurrence des logiques pénitentiaires et médico-sociales ..	361
7.5.5. La réadaptation contrariée par les exigences pénitentiaires	366
Synthèse du chapitre 7	368

Synthèse de la deuxième partie	370
Troisième partie. L'expérience carcérale du handicap	373
8. Le handicap en prison pour hommes : une mesure de classement ?.....	379
8.1. Les dilemmes identitaires des hommes détenus et désignés comme handicapés	380
8.1.1. Définir la masculinité hégémonique	380
8.1.2. Une « <i>homosocialité</i> » contrainte.....	385
8.1.3. Des hiérarchies carcérales sous-tendues par des valeurs masculines.....	388
8.1.4. Handicap, prison et dilemme identitaire.....	396
8.2. Trois expressions de la masculinité selon l'âge et le rapport à la déficience ..	402
8.2.1. Une « <i>masculinité d'insoumission</i> » pour mettre à distance la déficience	404
8.2.2. Une « <i>masculinité de dépassement</i> » où la déficience fait partie des accidents de la vie	409
8.2.3. Une masculinité « <i>subordonnée</i> » où la déficience est source de protection	415
Synthèse du chapitre 8	421
9. Les itinéraires moraux des prisonniers présentant un handicap.....	423
9.1. Trajectoires, instances de socialisation et repérage des déficiences	427
9.1.1. Le handicap entre une citoyenneté non reconnue et le rejet de la stigmatisation.....	427
9.1.2. Des troubles corrélés aux ruptures familiales.....	430
9.1.3. Des trajectoires marquées par des ruptures scolaires	432
9.1.4. Des trajectoires professionnelles marquées par l'affirmation du statut .	434
9.2. Les instances de normalisation et les « déviations ».....	439
9.2.1. Des parcours marqués par les « <i>problèmes avec la justice</i> » visant à mettre à distance la vulnérabilité	439
9.2.2. La médecine dans les biographies des prisonniers : entre pouvoir de disqualification et d'émancipation.....	441
9.2.3. Le travail social, signe d'une mise à l'écart	445
9.2.4. La réadaptation comme socialisation de la déficience	446
9.3. Les articulations entre instances de socialisation et de normalisation	447
9.4. Trois itinéraires moraux selon le moment d'irruption du trouble	451
9.4.1. Quand la déficience précède l'incarcération	452

9.4.2.	Quand la déficience se révèle en détention	464
9.4.3.	Quand la prison génère le handicap	468
	Synthèse du chapitre 9	471
10.	Prisonniers handicapés : une double contrainte renforcée par la vie carcérale et le handicap	473
10.1.	La vie quotidienne en prison : résoudre la double contrainte	475
10.2.	Les cérémonies de dépersonnalisation	481
10.2.1.	La mise à nu	481
10.2.2.	L'obligation de maintenir son image : l'hygiène et le corps	487
10.2.3.	Des détenus dépendants des professionnel.le.s	490
10.3.	Les rituels de la sur-individualisation	492
10.3.1.	Contrôler son image dans les relations immédiates	493
10.3.2.	Gérer les privations de la vie quotidienne	503
10.3.3.	Un impératif des détenus handicapés : devenir acteur de sa peine	507
	Synthèse du chapitre 10	513
	Synthèse de la troisième partie	514
	Conclusion	517

Liste des tableaux

Tableau 1 Les types d'établissements en France selon le régime de détention	37
Tableau 2 Présentation de l'enquête de terrain en prison	47
Tableau 3 Caractéristiques des cadres conventionnels dans l'univers carcéral	224
Tableau 4 Caractéristiques de la légitimité carcérale.....	234
Tableau 5 Légitimité des prisonniers et relations carcérales	236
Tableau 6 Quatre configurations carcérales de mise en sens et de traitement des particularités physiques et mentales	313
Tableau 7 Trois façon d'expression de la masculinité pour résoudre le dilemme entre identité pénitentiaire et identité de personne handicapée.....	402
Tableau 8 Les plus jeunes et la « masculinité d'insoumission »	404
Tableau 9 Profils de la population se spécifiant par une « masculinité de dépassement »	410
Tableau 10 Profils des détenus âgés spécifiés par la « masculinité subordonnée ».....	416
Tableau 11 Profils des détenus primo-incarcérés spécifiés par la « masculinité subordonnée »	418
Tableau 12 Instances de socialisation et de normalisation	425
Tableau 13 Rationalités structurant les itinéraires moraux	449

Liste des figures

Encadré 1 Classification internationale des handicaps.....	144
Encadré 2 Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé	146
Encadré 3 Préconisations du Comité des personnes handicapées auprès de l'ONU sur les personnes handicapées incarcérées.	158
Encadré 4 Les régimes d'action selon Luc Boltanski.....	242
Encadré 5 Typologie des régimes d'action relatifs aux prisonniers handicapés	244
Encadré 6 Les dispositifs de prise en charge du handicap en prison	247
Encadré 7 Qu'est-ce que la masculinité hégémonique ?	382

Liste des annexes

Annexes	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 1 Glossaire.....	540
Annexe 2 Répartition des entretiens formels par établissement et par direction.....	545
Annexe 3 Description des groupes professionnels exerçant en prison	546
Annexe 4 Courrier pour les personnes détenues	550
Annexe 5 Les guides d'entretien	551

Introduction

Le handicap en prison peut-il être un objet de recherche ? Il s'agit de deux objets très complexes en soi, le « handicap » et la « prison », qui recouvrent une multitude de phénomènes et de dimensions. Ils sont saisis, chacun séparément, par une littérature scientifique importante et sont l'objet de débats animés, théoriques et militants.

Au-delà de cette complexité épistémologique, il existe une difficulté morale. A l'annonce de cette problématique, les premières images ne sont-elles pas celles de personnes handicapées injustement incarcérées, maltraitées et dont les droits sont bafoués ? Comment envisager alors les professionnel.le.s impliqué.e.s autrement que d'une manière péjorative, « *des matons* » ?

Dans le même temps, d'une manière générale se pose aussi la question des raisons de l'incarcération de ces personnes. L'image de leurs éventuelles victimes apparaît. En effet, pour être incarcérées ces personnes, même handicapées, ont sûrement commis des actes graves. Comment les envisager autrement que comme des « *prédateurs* » ?

La difficulté morale s'ajoute donc à la complexité épistémologique. Comment étudier cette question sans tomber dans une vision manichéenne, peuplée de monstres, qui se trouvent soit d'un côté, soit de l'autre ? Dans une situation sociale surdéterminée, comment échapper à une vision mécanique des déterminismes sociaux ? Mais aussi, comment faire pour ne pas évacuer les représentations qui font partie de l'objet et tomber dans une étude désincarnée et presque administrative ?

La complexité de l'objet a nécessité la mobilisation d'une pluralité de théories sociologiques. L'interrogation des frontières sociales, qui fait l'originalité de cette recherche, a été approchée par la conjugaison de différentes approches. A une échelle macrosociale, nous avons mobilisé une approche socio-constructiviste montrant les processus sociaux qui président à l'établissement des catégories et des frontières sociales. Le positionnement constructiviste a permis d'approcher les manières dont l'anomalie physiologique devenait signifiante et était catégorisée comme handicap et socialisée à l'univers carcéral. A ce titre, la sociologie pragmatique a été mobilisée pour étudier les usages pratiques de la catégorie du handicap, construite à la fois dans les interdépendances entre structures sociales et les interactions entre les acteurs et actrices.

Nous avons privilégié un positionnement compréhensif, c'est-à-dire pragmatique et inductif. Ou pour le dire comme Nicolas Dodier « *orienté vers l'observation des formes d'ajustement des personnes entre elles ou avec leur environnement dans des actions concrètes* »¹. L'auteur note que ces formes d'ajustement qu'on pourrait appeler des « *conventions* » sont étudiées souvent en les découpant en trois niveaux : universaliste, culturaliste et interindividuel.

Il fait ainsi le lien entre interactionnisme, ethnométhodologie et théorie des conventions. N. Dodier fait l'hypothèse « *selon laquelle plusieurs formes de coordination se combinent les unes aux autres dans le cours des actions. Un problème central sera alors de trouver un schéma opératoire pour explorer cette hétérogénéité interne de l'action* »². Il propose ainsi de lier ces niveaux comme autant « *d'appuis conventionnels de l'action* ». Nous nous sommes attachée à décrire l'hétérogénéité de l'action qui caractérise le handicap en prison en suivant les évolutions des politiques publiques, les « *dépôts du passé* »³, les impératifs juridiques, les actions concrètes et les « *actions justifiées* »⁴ comme autant de « *régimes d'action* »⁵.

L'enquête porte sur l'analyse de plusieurs types de matériaux : historiques, juridiques et, au cœur de la recherche, ethnographiques. Dans le sens de l'ethnographie multi-située, ces matériaux sont mobilisés pour « suivre » les pistes d'un objet fragmenté, tel que le handicap en prison.

De multiples contingences ont fait que cette recherche a pu être mise en place seulement dans des prisons pour hommes. Nous les avons rencontrés dans quatre établissements pénitentiaires : une maison d'arrêt où sont enfermés des détenus ayant de courtes peines (autour de deux ans), en attente de jugement et en attente d'affectation dans un autre établissement ; un centre de détention où sont enfermés les condamnés qui ont, selon l'administration pénitentiaire, les « *meilleures chances de réinsertion* » ; une maison centrale pour les condamnés considérés comme « *les plus difficiles* » à des peines les plus longues ; un centre pénitentiaire qui regroupe un quartier centre de détention et un quartier maison d'arrêt.

Plongée dans ce milieu masculin, nous l'avons d'abord pris comme une représentation neutre et universelle de l'univers carcéral, avant d'entrevoir les questions identitaires qui se jouaient

¹ DODIER, N. Les appuis conventionnels de l'action. *Eléments de pragmatique sociologique*. In : *Réseaux*, 1993/volume 11, n°62, p. 65.

² *Ibid.*, p. 66.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

pour ces hommes enfermés et vus comme « *vulnérables* ». Quant aux professionnel.le.s, nous avons rencontré des hommes et des femmes, personnels de direction, de santé, de surveillance, de travail social, conseiller.e.s d'insertion et de probation et enseignant.e.s.

Les contraintes qui s'imposent à une telle recherche sont nombreuses. Il a donc fallu se familiariser avec le milieu carcéral, apprendre à décoder son langage particulier et présenter l'enquête d'une manière intelligible. Il a fallu aussi concilier deux langages, celui de la sociologie du handicap et celui de la sociologie de la prison.

Cette thèse est composée de trois parties. La première partie « Le handicap en prison : un objet-frontière ? » porte sur la construction politique, historique et juridique de l'objet. La deuxième partie « L'ordre pénitentiaire à l'épreuve du handicap » décrit, dans une approche interactionniste, la construction du handicap dans l'univers pénitentiaire. La troisième partie « L'expérience carcérale du handicap » analyse, dans une perspective de genre, les parcours et la vie carcérale des hommes incarcérés désignés comme handicapés.

Dans la première partie, nous posons le contexte de la recherche. Elle est construite autour des partages institutionnels des populations entre capables et incapables. Elle interroge d'une manière macrosociologique des notions utilisées par les acteurs et les actrices sur le terrain : vulnérabilité, responsabilité, égalité, dignité et sécurité.

Le premier chapitre porte sur la construction méthodologique et conceptuelle de notre objet. La théorie ancrée avec sa démarche inductive sert à saisir le handicap en prison. L'ethnographie multi-située permet d'envisager ce phénomène comme se construisant à plusieurs niveaux. Les chapitres suivants visent à comprendre la charge, politique et morale, de cette question.

Le chapitre deux interroge le handicap et la peine de prison en tant que catégories de l'action publique, autour de l'avènement du droit et de la reconfiguration des notions comme responsabilité et vulnérabilité.

Le chapitre trois propose un retour socio-historique autour de l'institution des catégories de l'action publique et notamment les évolutions des lignes de démarcation entre capables et incapables. Ainsi, cette démarcation a partie liée avec différentes visions du lien social et des manières de faire société, et donc des manières de traiter celles et ceux qui font désordre. Entre les actions pour purifier la société, gérer les désordres, intégrer et inclure, plusieurs siècles se sont écoulés et ont laissé leurs marques sur les représentations sociales.

Le quatrième chapitre donne à voir la construction juridique de la problématique du handicap en prison. L'avènement du droit influence les actions envers les personnes considérées comme vulnérables. Nous tentons dans ce chapitre de comprendre comment cette entrée du droit dans toutes les sphères de la vie a rendu visible la question du handicap en prison et les nouvelles normativités autour de la dignité, l'égalité et l'efficacité qu'il construit.

La partie deux nous fait entrer en prison et propose de suivre les pistes de l'enquête. Elle est centrée sur la découverte de « *l'ordre pénitentiaire* », car les hommes handicapés bousculent l'ordre interactionnel et normatif. On perçoit alors que les détenus possédant des particularités physiques et mentales troublent l'ordre pénitentiaire mais ils contreviennent aussi à un ordre de genre. Nous montrons comment le handicap met à l'épreuve les professionnel.le.s qui y travaillent et les solutions qu'ils et elles trouvent pour restaurer la relations carcérale.

Ainsi, le chapitre cinq décrit comment le prisonnier handicapé devient illégitime par le fait de ne pas pouvoir endosser le « *rôle du détenu* ». Nécessitant aide, soin et protection, il invalide le travail des professionnel.le.s et remet en cause la convention sur laquelle se base le monde pénitentiaire.

Le chapitre six montre comment la relation carcérale est restaurée par le glissement d'une « convention en renommée » vers une « convention de protection » à travers des régimes d'actions du monde pénitentiaire. Y sont décrites toutes les pratiques concrètes, formelles ou informelles pour prendre en charge le handicap.

Dans le chapitre sept, sont développée les configurations observées dans chaque prison de l'enquête. Nous y voyons comment le statut institutionnel du handicap dépendra d'un certain nombre de composantes – géographiques, architecturales, mais aussi des catégorisations des personnes détenues, ainsi que des rapports de force entre groupes professionnels et de leur stabilisation en « *équilibre des forces* »⁶.

La troisième partie donne la voix aux prisonniers rencontrés. Cette partie a été la plus difficile à écrire, notre responsabilité envers les personnes interviewées y étant la plus grande. Nous avons pris le parti de laisser un grand nombre de citations et d'extraits du journal de terrain pour mieux les « *entendre* ».

⁶ ELIAS, N. *Qu'est-ce que la sociologie*, Paris : Pocket, 2003, p. 157.

Le chapitre huit présente les positionnements identitaires complexes que doivent avoir ces hommes envers la « masculinité hégémonique »⁷ en tant qu'ordre social. L'enquête étant menée exclusivement dans des prisons pour hommes, le genre est apparu comme une dimension structurante des rapports au handicap et à la prison.

Le neuvième chapitre décrit les parcours de ces hommes au-delà des murs de la prison comme des itinéraires moraux faits des rapports qu'ils établissent aux institutions sociales.

Enfin, le chapitre dix examine la double contrainte de la vie en prison lorsqu'on a une déficience. Ces hommes doivent jongler constamment entre dépersonnalisation et sur-individualisation.

⁷ CONNELL, R. *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris : Amsterdam Editions, 2014. Édition établie par HAGEGE, M. et VUATOUX, A.

**Première partie. Le handicap en prison :
un objet frontière ?**

Dans cette première partie, nous posons le contexte de la recherche et décrivons la construction méthodologique et conceptuelle mais aussi politique, historique et juridique de l'objet.

Cette partie interroge d'une manière macrosociologique des notions utilisées par les acteurs et les actrices sur le terrain : vulnérabilité, responsabilité, égalité, dignité et sécurité. Elle est construite autour des partages institutionnels des populations entre capables et incapables.

Le premier chapitre porte sur la construction méthodologique et conceptuelle de notre objet. L'ethnographie multi-située permet d'envisager ce phénomène comme se construisant à plusieurs niveaux. Le chapitre deux interroge le handicap et la peine de prison en tant que catégories de l'action publique, autour de l'avènement du droit et de la reconfiguration des notions comme responsabilité et vulnérabilité. Le chapitre trois propose un retour socio-historique autour de l'institution des catégories de l'action publique et notamment les évolutions des lignes de démarcation entre capables et incapables. Le quatrième chapitre donne à voir la construction juridique de la problématique du handicap en prison. L'avènement du droit influence les actions envers les personnes considérées comme vulnérables. Nous tentons dans ce chapitre de comprendre comment cette entrée du droit dans toutes les sphères de la vie a rendu visible la question du handicap en prison et les nouvelles normativités autour de la dignité, l'égalité et l'efficacité qu'il construit.

1. « *Le handicap en prison* » : un défi conceptuel et méthodologique

Dans ce chapitre, nous exposerons l'histoire de l'enquête en décrivant la posture adoptée et les étapes qui ont jalonnées la recherche. Le parcours de recherche a été ponctué par des « révélations » laborieuses, ces moments où on a l'impression de tenir quelque chose qui s'évanouit dans la seconde, des doutes, des faux-pas et des découragements. Mais il a aussi donné lieu à des trouvailles, à des moments de complicité avec certain.e.s acteurs/trices, à la découverte des liens inattendus. En rendre compte semble nécessaire compte tenu de la complexité de cette recherche, mais aussi aux enjeux inhérents à toute recherche. En effet, cette recherche a fait apparaître des points contradictoires, tant au niveau méthodologique que théorique et il a semblé important de donner à voir les conditions de la production du matériau et des analyses.

1.1. Construire l'objet « *handicap en prison* »

La recherche sur la prise en charge handicap en prison est, à notre connaissance, la première recherche qualitative sur la question en France⁸, elle a à ce titre un caractère tout à fait original et nouveau, impliquant des moments d'incertitude. D'un point de vue général, il s'est agi donc de comprendre comment sont conciliées deux catégories de l'action publique - la peine et le handicap - qui semblent opposées tant dans les représentations que dans les politiques qui les concernent.

D'un point de vue méthodologique, il a fallu trouver un positionnement suffisamment distancié pour interroger la prison, non plus à partir des questionnements et des problématiques qui lui sont propres mais à partir d'une catégorie, le handicap, qui lui est inhabituelle, voire étrangère. De même pour le handicap, il a fallu l'étudier dans un lieu où sa présence n'apparaît pas comme évidente, ni même possible. D'un point de vue microsociologique et interactionnel, il a fallu observer sous quelles formes cette question se présente dans le quotidien des prisonniers handicapés⁹ et des professionnel.le.s intervenant en prison¹⁰.

Ainsi, la question du handicap en prison, peu connue et étudiée, nous oblige à envisager ensemble des phénomènes macro et micro sociologiques. La constitution des catégories de l'action publique à un niveau macrosociologique se traduit par la mise en place de dispositifs institutionnels à un niveau méso et se reflète dans les pratiques quotidiennes et les interactions sociales. La question nous oblige aussi d'associer les éléments propres aux deux catégories, usuellement analysées de manière distincte : cela a imposé une compréhension des cultures propres des deux champs, du handicap et le pénitentiaire.

Le travail de recherche a ainsi mobilisé une revue de la littérature ou plutôt des littératures, une analyse sociohistorique et documentaire, ainsi qu'une enquête de type ethnographique dans

⁸ Handicap, Incapacité, Dépendance (HID) Prison 1998 (INSEE, INED, DAP) donne une vision statistique et épidémiologique de la question. Par ailleurs, un nombre important de recherches ont pour objet la santé en prison mais jamais le handicap.

⁹ La recherche étant menée seulement dans des prisons pour hommes nous parlerons de prisonniers hommes et majeurs. Les cas où il s'agit de toute la population pénale sont explicitement mentionnés.

¹⁰ Les professionnel.le.s intervenant en prison sont les hommes et les femmes de différents métiers – surveillant.e.s, directeur.e.s, médecins, psychologues. Lorsqu'il s'agit d'un seul groupe, cela est explicitement mentionné.

quatre établissements pénitentiaires, où des observations et entretiens ont été menés avec des prisonniers et professionnel.le.s.

Ce travail a impliqué des va-et-vient constants entre le travail bibliographique, les données empiriques et les analyses, c'est-à-dire dans une « *démarche itérative* »¹¹. Il s'agit d'une posture réflexive dans laquelle les étapes de la recherche ne sont pas clairement séparées – en hypothèses générales, recueil des données et conceptualisation. Notre positionnement se rapproche de celui développé par la *Grounded Theory*¹² dont les auteurs préconisent une constante évolution des catégories, des va-et-vient tout au long du recueil, l'analyse et la conceptualisation. La théorisation est ainsi profondément « *ancrée* » dans les données du terrain qui ne servent pas seulement à confirmer, infirmer ou illustrer les hypothèses initialement posées, ni à établir des typologies « *après-coup* » mais à conceptualiser tout au long de la recherche. Nous avons, au départ, une posture hypothético-déductive, qui s'est révélée inopérante pour notre objet. A l'instar du titre du livre de Glaser et Strauss¹³, nous avons « *découvert* » la théorisation ancrée au fil de la recherche.

Cette posture a été d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'un objet qui se matérialise dans différents espaces, sur différentes échelles et temporalités.

1.1.1. Un objet « *fragmenté* »

Le phénomène du handicap en prison oblige à ne pas se baser sur un seul contexte mais d'envisager le travail d'investigation sur un terrain que nous qualifierons de « *fragmenté* »¹⁴. Pour Marcus, certains objets sont aujourd'hui impossibles à être saisis sans les étudier dans

¹¹ OLIVIER DE SARDAN, J-P. La politique du terrain. *Enquête* [En ligne], 1995/1, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/enquete/263>

¹² GLASER, B., STRAUSS, A. *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, 2010.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ MARCUS, G. Au-delà de Malinowski et après Writing Culture : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie, *ethnographiques.org*, [En ligne]. 2002/Numéro 1, consulté le 4 novembre 2019. <http://www.ethnographiques.org/2002/Marcus>

différents espaces et temporalités. Leur fragmentation oblige à des investigations « *multi-situées* »¹⁵. Le handicap semble être un de ces objets.

En effet, le handicap en prison semble se « produire » tout autant lors des discussions au niveau ministériel, lorsque les détenus « *grabataires* »¹⁶ posent problème, mais aussi au sein des associations de défense des droits des personnes handicapées quand, par exemple, la problématique de la maladie mentale en prison est discutée. Le handicap se produit aussi dans la vie quotidienne d'un détenu qui, faute d'un environnement accessible, ne peut sortir de sa cellule, ainsi que dans les interactions qu'il va engager avec les autres, prisonniers et professionnel.le.s. Le handicap se produit aussi quand les professionnel.le.s en prison décident que tel prisonnier doit être observé de plus près et protégé à cause d'une faiblesse physique ou qu'il doit être isolé parce que son comportement le rend particulièrement vulnérable. Les significations sociales relatives au handicap en prison se fabriquent également dans la presse, les communiqués des associations, dans les plaintes portées par des prisonniers devant des tribunaux, dans les rapports des institutions de contrôle, dans les préconisations concernant les prisons ou les personnes handicapées, dans des manuels à destination des personnels médicaux ou pénitenciers. Différents espaces et différentes échelles construisent donc le phénomène du handicap en prison.

D'une manière plus pragmatique, chaque établissement pénitentiaire se caractérise par une configuration particulière. L'enfermement dans une maison d'arrêt, une maison centrale ou un centre de détention¹⁷ n'a pas du tout les mêmes conséquences sur la vie quotidienne – qu'il s'agisse du fait d'être enfermé seul ou avec plusieurs autres personnes, du nombre d'heures passées à l'extérieur de la cellule ou des activités proposées. De plus, chaque configuration dépend de plusieurs composantes – la ligne directrice du/de la chef.fe de l'établissement ou du/de la médecin-coordonateur/trice, l'architecture et l'implantation géographique, les relations entre les différents métiers, etc. Ces configurations particulières renforcent l'éclatement de la définition donnée au handicap en prison. Par exemple, un cas tiré des rapports du Contrôleur

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ PRADIER, P. La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000. Evaluation et perspectives. Documents Visites Entretiens Réflexions, 30 septembre 1999, [En ligne], consulté le 4 novembre 2019. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/004000190.pdf> ; RAPPORT DE LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE PRÉSIDIÉE PAR MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS BURGELIN, Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive, Juillet 2005, [En ligne], consulté le 4 novembre 2019. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000449.pdf>

¹⁷ Pour quelques détails sur les établissements pénitentiaires, voir Encadré N°1

général des lieux de privation de liberté (CGLPL)¹⁸ - dans une maison d'arrêt où existent deux quartiers séparant prisonniers « *vulnérables* » et « *dangereux* », où le chef d'établissement est connu pour être « *plus dans le social* », et « *à l'écoute* » des personnels médicaux, les différences physiques ou mentales sont susceptibles d'être codées plus facilement comme relevant du handicap. Cela rend la réalité du handicap difficile à saisir. Une situation peut être rendue « normale » dans une prison par les significations sociales et les procédures disponibles pour la penser. Dans une autre, l'inexistence de ces procédures impliquera une difficulté de la penser.

Après avoir débuté la recherche de terrain, nous avons constaté que les significations sociales reliant handicap, enfermement et criminalité héritaient aussi de figures historiquement construites – le criminel-né, le simple d'esprit inoffensif, le criminel fou, pour ne citer que celles-ci. Cela nous a obligé à penser l'objet « handicap en prison » comme un objet fragmenté prenant sens et forme dans divers espaces et temporalités.

La « *fragmentation* »¹⁹ de l'objet et du terrain a nécessité de conceptualiser la démarche méthodologique. Différents espaces – l'un ayant trait aux politiques publiques, d'autres plutôt d'ordre juridique, institutionnel ou interactionnel. Différentes temporalités qui superposent parfois les significations données au handicap ou à la prison. Différents sites enfin – des établissements pénitentiaires, les bureaux des directions, des services médicaux et scolaires, des cellules et des cours de promenade, des salles d'activité et de travail – tant de lieux où les différences physiques ou mentales peuvent devenir visibles ou être occultées.

Autrement dit, la démarche se rapproche donc de « *l'ethnographie multi-située* »²⁰. Il s'agit non seulement d'ethnographier plusieurs sites, en l'occurrence des établissements pénitentiaires, mais aussi les différentes échelles et temporalités de l'objet étudié. Cette approche suppose d'étudier les différents lieux et espaces où le phénomène du handicap en prison devient significatif, se fabrique dans les politiques et les textes juridiques ou se produit dans les interactions.

¹⁸ Cet exemple est pris dans un des rapports du CGLPL sur différents établissements pénitentiaires, consultables sur son site <https://www.cglpl.fr/>

¹⁹ MELICE, A. Un terrain fragmenté, *Civilisations* [En ligne], 2006/54, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/civilisations/333>

²⁰ MARCUS, G. Ethnography In/Of the World System: the Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 1995, 24, p. 95-117.

Marcus, l'auteur du paradigme de l'ethnographie multi-située, différencie d'ailleurs cette approche du paradigme classique consistant à « *l'étude des variantes d'unités culturelles situées en des lieux précis ou l'étude du même objet dans des contextes différents* »²¹, mais aussi du paradigme plus contemporain qui se sert « *d'expressions clichés tels que « globalisation » ou « hybridité* »²² pour décrire les phénomènes étudiés. L'auteur propose un paradigme où « *les objets de l'ethnographie doivent maintenant être conçus dans des espaces discontinus et plus fragmentés* »²³. Il s'agit pour lui de « *suivre* » ou de « *pister* » les objets de recherche qui peuvent être les migrations mais aussi des questions scientifiques, technologiques ou de droit.

Ainsi, une ethnographie multi-située comprend mais n'épuise pas la définition classique de l'ethnographie. Observer et décrire un lieu n'est qu'une des composantes de la recherche. D'ailleurs, la densité de la description n'est plus la base du travail ethnographique, celui-ci pouvant être à la fois « *dense et superficiel* »²⁴, selon les sites étudiés, engageant ainsi la réflexivité du chercheur. Un matériau non homogène n'est plus un problème à occulter lorsqu'on expose les résultats de la recherche : il est à interroger et conceptualiser sociologiquement. Ainsi, pour « *pister* » un objet « *fragmenté* », nous avons mené une étude du contexte législatif et médiatique, observé et mené des entretiens dans des prisons mais aussi dans des directions de l'administration pénitentiaire, effectué un retour sociohistorique et participé aux groupes associatifs de travail sur le handicap en prison.

Il nous est apparu impossible d'étudier cette question uniquement dans un milieu précis ou de la délimiter par un type de déficience, de pathologie ou de trouble. Le handicap se construit aujourd'hui comme une catégorie de l'action publique qui regroupe une multiplicité de différences biologiques sous l'étiquette du désavantage social. Envisagé ainsi, il aurait été difficile de la délimiter à un seul type de déficience ou bien selon la gravité du trouble. Il s'agit ici de typologies médico-administratives que nous ne reprenons pas à notre compte.

L'objet ainsi défini est donc multiforme et jamais clairement délimité. Cependant, il se caractérise par quelques frontières. Il n'interroge pas le processus pénal pour des personnes ayant un handicap et l'entrée en prison. Il est évident que ce processus doit mettre à jour des logiques et des rationalités fort intéressantes, mais il exigerait une recherche en soi. De même,

²¹ MARCUS, 2002, *op. cit.* p. 7.

²² *Ibid.* p. 8.

²³ *Ibid.* p. 8.

²⁴ *Ibid.* p. 7.

pour la sortie de prison, les mécanismes qui permettent ou non à un prisonnier d'accéder à une libération conditionnelle pour raison médicale ne seront pas abordés. Cette question apparaît comme particulièrement importante, notamment pour comprendre les arguments, les décisions et les manières de juger des personnes impliquées. Mais elle mérite aussi un travail en soi. Enfin, un dernier sujet qui est abordé mais n'est pas étudié de manière approfondie sont les lieux extra-carcéraux où peuvent se retrouver les prisonniers malades ou handicapés. L'objet de la recherche est d'aborder exclusivement les significations et les normes qui matérialisent le handicap dans la vie carcérale au quotidien dans ses différentes dimensions.

1.1.2. Du problème social au problème sociologique

Le sujet de cette recherche est apparu au début comme une question propre à l'administration pénitentiaire et à laquelle elle souhaitait réfléchir, pour chercher des solutions. Nous l'avons alors envisagée comme un problème social, politiquement et institutionnellement circonscrit. Cela supposait l'existence d'un discours pénitentiaire autour du handicap, d'une réflexion et de pratiques plus ou moins formalisées de repérage et de prise en charge. Il nous appartenait donc de nous déplacer sur les lieux de l'étude, d'observer des pratiques professionnelles bien identifiées, liées à la prise en charge du handicap, de nous entretenir avec des professionnel.le.s et détenus au sujet de leur possible « *participation sociale* »²⁵ en prison, de leur accès égal aux droits²⁶, de la difficulté qu'impliquait d'avoir une déficience en prison.

A cette époque les seules données d'ampleur sur le sujet venaient du volet Prison de l'enquête HID²⁷ (1998) et faisaient apparaître une surreprésentation du handicap en prison. Comme le note Aline Désesquelles : « *Au total, 68 % des détenus ont au moins une déficience, une incapacité, une limitation d'activité ou une reconnaissance d'un taux d'incapacité* »²⁸. Ce

²⁵ Dans les récentes lois sur le handicap « *la participation sociale* » consacre l'inclusion des personnes handicapées à la société.

²⁶ Il s'agit des droits sociaux et pénitentiaires, mais aussi le droit à l'accessibilité, à la compensation et la santé

²⁷ HID fait partie des grandes vagues d'enquête initiées par l'INSEE et la première sur la question du handicap. Une deuxième vague a été menée en 2008, cette fois-ci appelée Handicap-Santé (avec un volet Ménages et un volet Institutions) mais la prison n'a pas été incluse. Pour quelques résultats sur l'enquête HID, voir DESEQUELLES, A. INED et le groupe de projet HID-prisons, Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur, *INSEE Première*, [En ligne], 2002, consulté le 4 novembre 2019 ; <http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hiddif/HTML/IP854.pdf>

²⁸ DESEQUELLES, A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? *Population*, 2005/1-2, Vol. 60, p. 83.

chiffre allait dans le sens initialement envisagé – le handicap en prison présentait un problème social d'une grande ampleur et il était construit politiquement.

Puisqu'un problème existait et qu'il était documenté, on pouvait supposer que la population des « détenus handicapés » était déjà constituée. Il fallait donc les approcher et recueillir leur parole, notamment autour de leurs conditions de vie. Nous supposons que les professionnel.le.s pénitentiaires sauraient identifier cette catégorie et qu'ils relateraient leurs pratiques, doutes et/ou difficultés. La problématique de départ a donc été construite à partir d'une approche hypothético-déductive, c'est-à-dire à partir d'un problème dont il s'agissait de décrire les contours, les protagonistes et les façons d'agir. Le sujet questionnait d'emblée les frontières entre les différentes formes de prises en charge : médicale, pénitentiaire et sociale. Nous pouvions donc émettre des hypothèses générales et nous nous attendions à un discours général faisant apparaître toutes ces dimensions.

Comme beaucoup d'autres recherches, celle-ci ne s'est pas déroulée de la manière attendue. Il est rapidement apparu que la prise en charge du handicap en prison ne constitue pas une question légitime pour l'univers carcéral. Ce constat a eu des répercussions très concrètes : le sujet de la recherche ne faisait pas toujours sens pour l'administration pénitentiaire. En effet, nous étions partie avec des présupposés tirés de la littérature, tandis que les premier.e.s professionnel.le.s rencontré.e.s découvraient la question du handicap. Le très faible nombre des personnes ayant un handicap était souvent la première réponse lors des entretiens. A la question comment était géré au niveau réglementaire la question, on pouvait nous répondre : « *C'est clair, le handicap est réglementé par le code pénal* » (Directeur des services pénitentiaires, Maison d'arrêt) ; ou au contraire : « *Si vous dites que c'est marqué dans le guide²⁹, c'est que tout le monde fait comme il est indiqué et je ne vois pas pourquoi faire une recherche là-dessus.* » (Responsable santé dans une Direction interrégionale des services pénitentiaires).

Ainsi, force était de constater que nous n'allions pas pouvoir répondre aux hypothèses générales qui cherchaient à démontrer la « criminalisation des personnes handicapées » ou bien « la recomposition des frontières entre la médecine et la justice ». Ce à quoi était possible de répondre était à la fois beaucoup plus simple et complexe : « quelles activités sont nécessaires pour rendre socialement signifiante une particularité biologique et la codifier comme

²⁹ Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique.
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012

handicap ? ». En ce sens, cette recherche s'est inscrite dans une logique compréhensive, c'est-à-dire saisir ce que les institutions concernées nomment handicap et la manière dont les acteurs traduisent ces définitions.

Les premières réponses que nous avons eu faisaient apparaître notre recherche sans objet et comme relevant du non-sens pour les professionnel.le.s rencontré.e.s. La première étape a donc été de la rendre intelligible pour les acteurs sur le terrain. Cela passait aussi par l'établissement d'hypothèses moins générales, ancrées dans les premières données et de « *moyenne portée* »³⁰.

1.1.2.1 Le choix des établissements dans la construction de la recherche

Avant de réussir à entrer sur le terrain, ou plus prosaïquement « entrer en prison », un temps relativement long s'est écoulé. Pour faire une recherche dans ce milieu, plusieurs autorisations sont nécessaires – une autorisation de principe accordée par la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP, une direction se trouvant au sein du Ministère de la Justice), une autorisation du/de la chef.fe de l'établissement en question et un papier signé par la direction pour nous permettre l'accès physique dans les lieux.

Pour avoir l'autorisation de la DAP il faut prendre contact avec le bureau dédié. Lors de ces contacts, le projet de recherche doit être clair et apparaître comme faisable. Il faut préciser les établissements choisis et motiver leur choix par l'objet de la recherche. Le handicap en prison peut apparaître comme un sujet sensible, l'administration pénitentiaire n'ayant pas comme mission l'accueil des personnes avec déficiences. Au vu des procès intentés contre la France par des personnes handicapées, ce sujet met en question les conditions de la détention, alors même qu'il n'apparaît pas comme faisant partie des problématiques prioritaires de ce milieu. Nos premiers courriels sont longtemps restés sans réponse. L'intervention du Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire (CIRAP), laboratoire de recherche au sein de l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire (l'ENAP) a été décisive pour la première prise de contact.

L'obtention de cette première autorisation de principe nous a pris six mois. Elle nous oblige à respecter le droit de réserve et le secret professionnel des différents métiers que nous serions

³⁰ GLASER, B., STRAUSS, A., 2010, *op. cit.*

amenés à rencontrer. Elle stipule également la nécessité de préserver strictement l'anonymat des personnes détenues, ainsi que les lieux où la recherche s'est déroulée.

Pendant cette première phase, nous avons également dû faire une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Lors du début de terrain, certain.e.s professionnel.le.s, réticent.e.s à cette recherche, nous ont demandés de l'avoir pour nous permettre l'accès aux prisonniers, même si ces derniers étaient volontaires pour nous rencontrer. La raison évoquée était leur « *vulnérabilité* ». Cette démarche a pris quatre mois supplémentaires. La déclaration CNIL implique le fait de ne pas établir de listes ou de fichiers, de ne pas classer les personnes détenues par pathologie ou déficience, ne s'agissant pas d'une recherche en santé publique. Les détails de l'infraction ne doivent pas non plus faire partie du matériau exposé.

L'enquête de terrain a donc été soumise à plusieurs exigences de secret et d'anonymat. Ces dimensions ont aussi eu une influence sur notre positionnement, le matériau recueilli et les analyses ici présentées.

Le choix des établissements

Le projet initial de la recherche devait porter seulement sur des centres de détention : des établissements tournés essentiellement vers la réinsertion. Le fait qu'ils privilégient le travail et la formation nous faisait supposer que des pratiques plus poussées à l'égard des personnes handicapées y seraient mises en place.

Lors de la phase pendant laquelle il fallait établir l'autorisation de la DAP, nous devions justifier le choix des établissements, mais aussi prouver l'existence des dispositifs de prise en charge de personnes handicapées. Nous n'étions pas supposée enquêter dans des établissements sans dispositifs particuliers. Pendant cette période, pour prouver l'existence de certains dispositifs de prise en charge, nous avons été amenée à discuter avec des professionnel.le.s du bureau des politiques sociales de la DAP. Il est apparu que, d'une manière générale, les aménagements mis en place pour prendre en charge le handicap ne sont pas centralisés ni nécessairement connus par l'administration centrale. Ces dispositifs semblaient correspondre à la gestion d'un problème ponctuel et dépendaient de la sensibilité ou de l'engagement d'un.e professionnel.le de terrain, voire de la configuration particulière d'un établissement.

Sur le terrain, les professionnel.le.s parlent souvent de ces dispositifs comme des « *bricolages* ». Pour les connaître tous, il aurait fallu contacter les 187 établissements pénitentiaires un par un³¹. Cela nous en apprend plus sur le mode de fonctionnement du système pénitentiaire. Fortement hiérarchisé et centralisé, selon les dires des professionnel.le.s pénitentiaires, les marges d'autonomie ne sont toutefois pas absentes à l'échelon des établissements.

Dans les discussions autour du choix des établissements, il est apparu important d'inclure les différents types d'établissements se caractérisant chacun par un régime de détention particulier : les centres de détention mais aussi les maisons centrales et les maisons d'arrêt. Ce sont les trois types d'établissements d'enfermement pénal complet, qui existent en France. Nous y trouvons des prévenus et des condamnés dans des procédures pénales. La recherche de terrain porte seulement sur ces établissements, dans lesquels les personnes sont enfermées entièrement pendant une période plus au moins longue.

Tableau 1 Les types d'établissements en France selon le régime de détention

Type d'établissement	Caractéristiques
Les maisons d'arrêts (Surpopulation carcérale, les prisonnier.e.s sont souvent enfermé.e.s à plusieurs en cellule)	Reçoivent essentiellement des prévenu.e.s et des condamné.e.s à des courtes peines (2 à 3 ans). Peuvent s'y retrouver des personnes condamnées en attente d'affectation dans un établissement pour peine. Elles sont orientées vers la gestion quotidienne de la détention. Les détenu.e.s peuvent rester en cellule 22 heures sur 24.
Les centres de détentions (Encellulement individuel)	Reçoivent les condamnés à des moyennes et longues peines. Ils ont une orientation vers la réinsertion, autour d'un projet et d'un parcours d'exécution de la peine. Les détenu.e.s sont normalement affecté.e.s dans différents régimes, selon leurs « profil » et comportement et peuvent circuler une partie de la journée.

³¹ Les informations concernant les établissements pénitentiaires peuvent être trouvées sur le site du Ministère de la justice : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

Les maisons centrales (Encellulement individuel)	Ont surtout un but sécuritaire, les condamnés sont considérés comme les plus dangereux/ses et ils/elles sont incarcérés souvent pour longtemps. Les conditions de vie, plus sécuritaires, peuvent être plus souples.
Les centres pénitentiaires	Sont composés de plus d'un type de détention – par exemple un quartier maison d'arrêt et un quartier centre de détention.

Il nous est donc apparu important de connaître les différents types d'établissements. Élargir le choix nous permettait de saisir plusieurs rationalités. Nous avons déjà établi une première hypothèse de travail selon laquelle les populations et les traitements ne seraient pas identiques selon le type d'établissement.

Le choix des quatre prisons de la recherche a été motivé par la présence des dispositifs de prise en charge d'un handicap :

- Une aile aménagée où sont hébergés des condamnés en fauteuil roulant ;
- Un atelier expérimental de travail adapté (ESAT³²) où les personnes sont orientées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ;
- Deux établissements avec des cellules aménagées et des partenariats³³ avec la MDPH
- Un organisme de prise en charge de la dépendance (associations d'aide à domicile).

Etablissements ordinaires ou établissements spécifiques ?

Nous avons fait le choix de ne pas mener de terrain de longue durée dans des établissements considérés comme spécifiques. En effet, nous avons le souci de comprendre comment se matérialise dans une détention ordinaire la question du handicap. Même si en France il n'existe pas officiellement de prison spécifique, il est des établissements connus comme étant spécialisés dans la prise en charge de différents troubles.

³² Etablissement et service d'aide par le travail – il s'agit de structures qui accueillent des personnes reconnues par la MDPH comme « travailleurs handicapés »

³³ Les partenariats se matérialisent par des conventions tripartites entre l'établissement pénitentiaire, la MDPH et une association d'aide à domicile relevant du secteur médico-social

Un établissement très particulier existe en France, créé au début du XX^{ème} siècle, est connu comme « prison pour aliénés », prenant aujourd'hui en charge de lourdes situations psychiatriques considérées comme non adaptées à une détention ordinaire. Un autre est connu par le fait de disposer d'un centre de rééducation physique³⁴. D'autres établissements sont également connus dans le milieu comme hébergeant un plus grand nombre de personnes âgées ou malades, appelées parfois « prison pour vieux » ou « prison-sanatorium ».

Nous leur avons préféré des établissements qui n'étaient pas marqués préalablement comme destinés à des populations très spécifiques. La recherche a été mise en place dans des établissements qui nous paraissaient « ordinaires », tout en possédant au moins un aménagement pour la prise en charge du handicap. Ce choix a été dicté par deux raisons. D'abord, comprendre le raisonnement pénitentiaire sans qu'il soit supplanté par d'autres logiques, ce qui aurait été le cas dans une prison spécifique. Ensuite, d'une manière pragmatique, l'existence d'un dispositif permettait de voir comment le raisonnement pénitentiaire s'élabore en présence d'autres logiques que la sienne.

Nous nous sommes aperçus plus tard que même si un aménagement existe, certain.e.s professionnel.le.s exerçant au sein de ladite prison pouvaient ne pas connaître son existence. L'exemple avec les psychologues qui vantaient la coopération avec le secteur médico-social (auxiliaires de vie) dont ils/elles avaient entendu parler dans d'autres établissements, alors que cette même coopération existait au sein de l'établissement de leur exercice. Ou, au contraire, les surveillants qui considéraient l'existence d'un ESAT au sein de la prison comme chose naturelle et qui étaient étonnés d'apprendre que leur établissement était le seul à en avoir mis en place en France.

Ces informations ont été importantes d'un point de vue méthodologique et ont donné lieu à des modifications des manières de mener les entretiens avec les professionnel.le.s. Au lieu de les centrer sur les dispositifs existants, nous les avons rendus plus ouverts. Ainsi, nous avons pu découvrir d'autres manières de donner sens et de codifier le handicap.

Cette méconnaissance ne donne pas lieu seulement à des modifications méthodologiques, elle constitue également une des premières touches de conceptualisation. Selon l'établissement, des configurations particulières font apparaître la question du handicap de manière complètement différente. Par exemple, dans une prison, la prise en charge paraît tout particulièrement liée au

³⁴ L'Etablissement Public de Santé National de Fresnes qui dispose d'une unité de Soins de Suite et de Réadaptation

Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et, dans une autre, du ressort de l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), quand dans une troisième, c'est la volonté du chef d'établissement qui est à l'origine des aménagements. Finalement, chaque prison avait tout de même une certaine spécificité ou une particularité, due à la configuration particulière, architecturale, géographique et relationnelle de l'établissement.

Au cours de la recherche, nous avons également visité des établissements plus spécifiques sans y mener une enquête : un établissement pour peine, pour femmes et un établissement spécialisé dans la prise en charge des auteurs de délits sexuels. Ces visites ont permis d'envisager les différences et les similitudes entre des établissements particuliers et ordinaires.

Les femmes constituent entre 3 et 4%³⁵ de la population incarcérée. En même temps elles apparaissent comme cumulant des situations de vulnérabilité. De plus, compte tenu de leur nombre limité, beaucoup de dispositifs leur sont inaccessibles. Cela contribue à accentuer des processus d'inégalité et de discrimination³⁶. Nous n'avons pas approfondi ce constat. Notre recherche a été concentrée sur des établissements pour hommes, souhaitant comprendre les questions plus générales que la reconnaissance du handicap pose au milieu pénitentiaire.

Les prisonniers condamnés pour violences sexuelles semblent également cumuler des fragilités. Ils sont, en moyenne, plus âgés et présentent des troubles somatiques. Un lien assez direct est fait habituellement entre ce type d'infraction et des déficiences psychiques et intellectuelles. Les faits pour lesquels ces prisonniers ont été condamnés sont considérés à la fois comme un crime, mais aussi comme l'expression d'un trouble ou d'une pathologie³⁷. Ils semblent donc interroger particulièrement l'intersection entre la justice et la médecine. De plus, ces personnes sont souvent stigmatisées et jugées vulnérables. Le caractère sexuel de leur infraction les expose à des violences au sein des prisons. « *Un délinquant sexuel valide et un braqueur en fauteuil roulant. Qui est plus vulnérable et plus stigmatisé en prison ? C'est sans doute le délinquant sexuel* », dira, lors d'une discussion, un avocat d'une association défendant les droits des

³⁵ Les chiffres-clés de l'administration pénitentiaire. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041>

³⁶ Human Rights Watch, *Double peine. Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France*. 2016 [En ligne], consulté le 4 novembre 2019. <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées>

³⁷ Cela fait partie des processus déjà largement documentés sous les termes de « médicalisation de la déviance » et « sanitisation du social », voir DELANOE, D., AIACH, P. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Economica, 1998.

détenus. Pour ces raisons, des établissements pénitentiaires se sont spécialisés, dotés de dispositifs médicaux et sociaux, tournés vers le traitement de certaines pathologies.

1.1.3. Les enjeux de la définition du handicap dans la construction de la recherche

Dans les discussions autour de l'autorisation de recherche, la question de la définition du handicap s'est rapidement posée, cette notion étant étrangère au milieu carcéral. La définition du handicap est l'objet de discussions politiques, scientifiques et militantes. Elle s'est notablement complexifiée au cours du XX^{ème} siècle. La définition du handicap est devenue à la fois un enjeu méthodologique et épistémologique – comment étudier un phénomène pour lequel chercheur et acteurs n'ont pas la même définition ?

1.1.3.1. Une définition d'abord normative

En conséquence, la définition que nous donnaient les acteurs du handicap était dépendante à la fois de leur position³⁸, mais aussi de celle qu'ils nous accordaient. Nous avons été vue d'abord comme venue pour vérifier l'application correcte des lois liées au handicap en prison, assimilée à une représentante d'une institution de contrôle. De ce point de vue, nous sommes apparue aux yeux des acteurs dans une posture normative, cherchant à légitimer la nécessité du repérage et de la prise en charge adaptée des prisonniers handicapés.

Nous assigner cette place n'a pas manqué de susciter des réactions d'opposition. On nous expliquait, par exemple, que les documents législatifs étaient suivis à la lettre et qu'il n'y avait pas vraiment de nécessité de faire une recherche. On nous a signalé que nos hypothèses étaient « *hors sol* » et pas suffisamment solides. On a considéré également que la définition légale du handicap, que nous reprenions de la *loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*³⁹ qui régit le handicap

³⁸EBERSOLD, S. *L'Invention du handicap : La Normalisation de l'infirme*, Paris : CTNERHI, 1992, 1999, p. 110.

³⁹Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

en France était « *un peu bateau* » ou tout simplement « *fausse* ». Enfin, le faible nombre de « *vrais handicapés* » en prison ne méritait pas qu'on leur consacre une recherche.

Ce type de relations, autour de la définition normative du handicap s'est produit essentiellement dans les entretiens lors de la phase exploratoire, avec des professionnel.le.s de la DAP et d'une Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP), ainsi qu'avec des directeurs/trices de prison. Il est clairement apparu que la question du handicap n'était pas vue au sens de la loi 2005, ni dans le sens de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé qui la régit officiellement au niveau international. Ces textes sont rarement connus par les professionnel.le.s pénitentiaires. Leur métier exige la connaissance de plusieurs autres textes législatifs, liés plus particulièrement à la procédure pénale. Si le schéma cognitif des politiques du handicap n'a pas cours dans le monde carcéral, comment faire pour être sûr de parler des mêmes phénomènes ?

1.1.3.2. Des définitions « spontanées »

Alors que la question du handicap ne fait pas partie des référentiels professionnels en prison, ce n'est pas non plus un sujet dont on parle facilement et avec envie. Dans les entretiens, au début, les professionnel.le.s semblaient s'écarter du sujet en évoquant les « *détenus particulièrement signalés* », le travail avec le « *renseignement* », les hommes « *du milieu* » ou ceux passés à l'émission télévisée « *Faites entrer l'accusé* ». On évoquait les fouilles et les « *prises* », les conflits et les sanctions, les « *radicalisés* » et les « *prédateurs* ». Quand il s'agissait de parler du handicap, on évoquait les situations les plus complexes, où crime et déficience s'entremêlaient.

Évoquer le handicap et la vulnérabilité demandait un positionnement moins « naturel » de la part des professionnel.le.s. Et ce n'est pas seulement le cas des surveillant.e.s. En discutant un jour avec un psychiatre en prison, il nous a expliqué l'impossibilité de trouver de prisonniers vraiment handicapés. Il a déroulé rapidement et non sans fascination les profils psychologiques des voleurs, braqueurs et autres criminels, nous a parlé de leur intelligence et de leur malice, les excluant automatiquement du champ du handicap. Une cadre de santé nous a affirmé de son côté que, pour elle, les personnes qui ont une reconnaissance du handicap et se déplacent en fauteuil roulant, ne correspondent pas tout à fait à sa définition du handicap. La personne

handicapée pour elle, c'est « *plutôt quelqu'un qui est né comme ça, ou quelqu'un à qu'il manque quelque chose, une jambe par exemple* » (Cadre de santé, Centre de détention).

Ainsi, il a fallu intégrer les stéréotypes entourant la déficience définitions spontanées des professionnel.le.s. Pour certain.e.s, le handicap était très classiquement lié au fauteuil roulant, pour d'autres il était inné. Pour ces dernier.e.s, la trisomie 21 représente l'image-type de la personne handicapée. Pour certain.e.s, c'est seulement la vieillesse, caractérisée par une dépendance extrême qui constitue un handicap. Pour d'autres, les « *fous* » sont l'image même de la personne handicapée. Certain.e.s surveillant.e.s, de leur côté, donnaient au handicap une définition large qui se rapprochaient de celle du stigmaté décrit par Goffman⁴⁰.

Ces représentations résultaient souvent des expériences personnelles et professionnelles des personnes rencontrées. Elles mettaient aussi en lumière les enjeux et les contradictions de chaque métier.

1.1.3.3. De la recherche de définition aux catégories construites dans l'action

De la définition normative du chercheur aux définitions spontanées des acteurs, comment éviter les écueils ? Ce début d'enquête fut difficile. Nous notons dans le journal de terrain les malentendus lors des discussions, les refus d'entretien, la gêne et les incompréhensions que notre présence semble provoquer. Enfin, à plusieurs reprises nous évoquons « l'impossibilité d'étudier cet objet ».

Comment éviter une position normative, même implicite, qui chercherait à savoir si les personnes handicapées étaient bien traitées en prison, si les normes législatives étaient respectées ? Ce type de positionnement, au-delà de susciter des réactions négatives de la part des acteurs, fait que les entretiens tournent court rapidement. Il n'est pas nécessaire de mener une recherche de terrain pour savoir que les lois régissant le handicap sont très imparfaitement appliquées.

D'un autre côté, comment éviter un positionnement qui prend « *pour argent comptant* »⁴¹ les définitions des acteurs ? A les écouter, « *le vrai handicap* » n'existerait pas, ou serait constitué

⁴⁰ GOFFMAN, E. *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de Minuit, 1975.

⁴¹ OLIVIER DE SARDAN, J-P. 1995, *Op. cit.* p. 10.

de beaucoup de choses souvent contradictoires. En même temps, leur parole devait être « *prise au sérieux* »⁴², puisqu'ils agissent au quotidien.

Le journal de terrain s'est révélé d'une aide considérable. Nous avons pu revenir sur le processus de l'enquête et sur l'analyse documentaire déjà effectuée. Ce retour nous a permis d'être partiellement « acculturée » au milieu carcéral – c'est-à-dire de le comprendre. Envisager que le processus d'enquête contenait déjà les premières conceptualisations a permis de structurer la démarche comme se rapprochant de la « *théorie ancrée* »⁴³.

Ce processus nous a permis de trouver un positionnement méthodologique et de poser des questions pertinentes pour le milieu étudié. Ainsi, sous les caractéristiques pénitentiaires dans la description des activités les plus quotidiennes, le handicap devenait une réalité tangible. Repérer les fragilités, dire bonjour ou recevoir dans son bureau, « *classer* » pour une activité, organiser un rendez-vous médical, sanctionner, tant d'activités quotidiennes que les professionnel.le.s décrivaient facilement. Ils/elles n'étaient plus dans la position inconfortable, où on leur demandait de définir des termes qu'ils/elles ne maîtrisaient pas ou bien de justifier leur action en fonction d'une législation qu'ils/elles ne connaissaient pas.

Sans savoir de quelle manière le milieu étudié catégorise et classe les individus, la compréhension du handicap n'était pas possible. Nous avons donc préféré ne pas préjuger d'une situation d'exclusion des personnes porteuses de déficiences, mais plutôt comprendre de quelle manière une « *condition organique et mentale* »⁴⁴ introduit ou non une rupture, de quelle manière est-elle codée et gérée par les professionnel.le.s et les détenus, quelles suites ont les différents classements. La présence des personnes handicapées en prison consacre « *une inclusion négative* »⁴⁵. Ils sont considérés comme responsables et capables d'effectuer une peine. C'est d'ailleurs l'un des objectifs de certaines associations de personnes handicapées qui revendiquent non pas la non incarcération des personnes ayant des déficiences mais leur traitement équitable en prison.

⁴² *Ibid.* p. 10.

⁴³ GLASER, B. STRAUSS, A. 2010, *Op. cit.*

⁴⁴ CALVEZ, M. Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité, *Science sociales et santé*, 1994/12, p. 62.

⁴⁵ OUELLET, G. *L'individu dans les rouages de l'objectivation : Déficience intellectuelle, justice pénale et travail en réseau*, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de doctorat, Université de Montréal, mars 2017. ; MERCIER, C., CROCKER, A., COTE, G., OUELLET, G. *Quand la participation sociale emprunte la voie pénale*. Rapport de la recherche : « Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : les réponses du système pénal ». 2010. Montréal : Équipe Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité.

Nous avons envisagé de comprendre, à partir de quel moment un évènement serait codé comme biologique et socialisé comme handicapant et la personne détenue considérée comme handicapée. Comprendre également ce qui peut constituer une rupture dans le monde carcéral et à partir de quel moment une action particulière sera mise en place pour la gérer. Cette rupture peut être introduite sans la possession d'une déficience. En effet, certains crimes ou délits (à caractère sexuel), des attributs de genre (transsexualité), ou encore des pratiques (dépendance aux produits stupéfiants) sont vues comme pouvant rompre le cours des interactions routinières et constituer un handicap en prison. L'enjeu des entretiens avec les professionnel.le.s et, plus tard avec les prisonniers, sera de saisir, comment, au travers de la description des pratiques et jugements quotidiens, ils transforment des catégories créées dans l'action en catégories de l'action publique. Notamment, lorsqu'il s'agit de demander une aide. En effet, s'il fallait comprendre les manières pénitentiaires de coder le handicap, il était aussi important de retracer les chemins qui menaient à une reconnaissance officielle.

Si, lors d'un entretien, on nous demandait de définir le handicap, nous présentions la définition donnée par la loi 2005. Le *Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues*⁴⁶ considéré par certain.e.s professionnel.le.s de la médecine en prison comme leur « bible », dans sa dernière version consacre une fiche aux personnes âgées et handicapées. La définition donnée est celle de la loi 2005, l'accès aux droits des prestations sociales ainsi qu'à un aidant y est affirmé. L'édition du Guide méthodologique de 2012 est beaucoup plus complète que celle de 2005 et montre l'appropriation de cette thématique par une partie du monde carcéral. Lors des premiers entretiens, le guide méthodologique va être mentionné mais très rapidement évacué et les définitions propres au champ pénitentiaire apparaîtront. Ainsi, pour les professionnel.le.s et les détenus, le handicap se construira toujours par rapport à la prison, comme nous pouvons le voir dans le sous-chapitre qui suit.

⁴⁶ Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. *Op. cit.*

1.2. Recueillir des données et « suivre » la production des catégories

Ainsi, nous disposons de trois types de données. Suivant la chronologie des productions : un corpus documentaire, un corpus d'observations et d'entretiens et enfin un corpus d'ouvrages historiques.

Le corpus documentaire, analysé d'une manière plus approfondie, est présenté en chapitre 3. Ce corpus avait comme but initial la connaissance du milieu pénitentiaire. Au cours de la recherche nous nous sommes rendu compte que l'on pouvait relier certaines catégories juridiques aux catégories de l'action publique, ainsi qu'aux réalités observées dans les prisons. En effet, des catégories comme « *la vulnérabilité* » et « *la dignité* » semblent être d'abord conceptualisées au niveau juridique et politique avant de devenir des catégories opérationnelles en prison. Ainsi, nous pouvions entendre « *c'est un vulnérable, pour eux on a des procédures spécifiques* » ou bien « *quand on a une PMR⁴⁷, on prend des mesures pour sa dignité* ». D'autres, comme par exemple la catégorie de « *populations spécifiques* » semblait au contraire venir des pratiques de terrain et se retrouvait conceptualisée dans les textes normatifs.

Le cœur de la recherche est constitué des observations sur place et des entretiens :

- 68 entretiens semi-directifs avec des professionnel.le.s exerçant en milieu pénitentiaire⁴⁸ ;
- Des entretiens approfondis de type biographique avec 51 personnes détenues dont 49 qui se déclaraient ou étaient déclarées comme handicapées et 3 qui avaient des fonctions d'auxiliaire de vie⁴⁹. Une vingtaine de prisonniers a été vue plus de deux fois ;
- 8 entretiens avec des militant.e.s ou bénévoles associatifs qui, d'une manière ou une autre avait une connaissance de la question du handicap en prison.

Presque tous les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des personnes. Lors des observations, plusieurs conversations informelles ont également eu lieu. Nous avons aussi pu participer à certaines réunions, en milieu pénitentiaire principalement, mais aussi en milieu

⁴⁷ Personne à mobilité réduite.

⁴⁸ Le détail des entretiens avec les professionnel.le.s se trouve en Annexe 1. Répartition des entretiens formels par établissements et par direction.

⁴⁹ Nous les appellerons « codétenu-aidant ».

associatif. Toutes ces informations ont été notées dans un journal de terrain. Voici la description synthétique du travail de terrain en prison.

Tableau 2 Présentation de l'enquête de terrain en prison

Type d'établissement	Critère de choix	Conditions de l'enquête
Maison d'arrêt – Prison A	Quartier avec des cellules aménagées	Des entretiens avec professionnel.le.s et détenus étalés sur plusieurs mois, sans possibilité de faire des observations.
Centre de détention – Prison D	ESAT	Observation participante d'une semaine dans un ESAT. Pendant trois mois, entretiens avec professionnel.le.s et détenus, observations de la détentions et des réunions.
Maison centrale – Prison C	Aile aménagée pour personnes ayant un handicap physique	Entretiens avec des détenus (vivant ou non dans l'aile aménagée) et observations dans l'aile aménagée étalés sur deux mois. Entretiens avec les professionnel.le.s étalés sur un an.
Centre pénitentiaire – Prison P	Récemment construit et relativement accessible	Présence pendant six mois, à raison de plusieurs jours par semaine. Entretiens avec détenus et professionnel.le.s, observations dans les bâtiments de détentions. Observations des réunions.

L'analyse sociohistorique s'est imposée à la suite du travail de terrain. En effet, les catégories que professionnel.le.s et détenus utilisaient mettaient toujours le handicap en rapport avec la peine de prison. Ils faisaient souvent références aux termes tels que « *hôpital général* », « *cours des miracles* », « *tare* » ou même « *dégénérescence* ». Ainsi, nous avons souhaité comprendre ces liens anciens et toujours agissants. Elle est exposée dans le chapitre 4 de cette partie. Les corpus documentaires sociohistoriques ont été analysés de la même manière que les données du terrain, en utilisant certains préceptes de la théorie ancrée. Nous avons codé ces éléments en recherchant toujours la même chose – la manière dont se créent, se composent et se reformulent les catégories qui touchent à notre objet.

Nous décrivons ci-dessous les incessants allers-retours entre problématique, hypothèse de travail, guide d'entretien, changement de problématique et nouvelles questions. En ce sens, la construction du terrain, le recueil des données, les hypothèses de travail et les analyses sont interdépendants. C'est pour cette raison que nous avons décidé de décrire et expliciter ce processus.

1.2.1. Les entretiens avec les professionnel.le.s et les catégorisations

En changeant notre posture, c'est-à-dire, en restant attentive aux façons de catégoriser du milieu pénitentiaire, nous avons constaté que les professionnel.le.s, travaillant au sein des établissements, s'appuyaient systématiquement sur une connaissance pratique des situations dont ils rendaient compte.

1.2.1.1. Le handicap, une catégorie « *illégitime* » pour l'univers carcéral

Les deux extrémités des réponses quant aux personnes handicapées en prison n'ont cessé de nous étonner. En effet, les réponses des professionnel.le.s peuvent être regrouper dans deux catégories. On nous disait soit, « *s'ils sont en prison, c'est qu'ils sont handicapés, ils ont tous quelques chose* », ou alors, « *s'ils sont en prison c'est qu'ils ne sont pas handicapés, ils sont capables de commettre des crimes* ». Et la prison devenait un signifiant social à la fois du handicap et de son absence.

Dans un premier temps, ces réponses nous ont désarçonnée. Nous les avons vues comme la preuve d'une difficulté indépassable pour étudier le handicap en prison. Si, en effet, la question du handicap relève du non-sens⁵⁰ en prison, comment mener une recherche qualitative auprès des professionnel.le.s et des prisonniers ? Le terme « qualitative » est ici important. A quels contenus va-t-on accéder si le mot handicap est aussi polysémique ? Comment comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs actions ? D'une manière beaucoup plus pragmatique, comment trouver les prisonniers susceptibles de nous parler ? Poser la question de la prise en

⁵⁰ DELEUZE, G. *Logiques du sens*, Paris : Les éditions de minuit, 1969.

charge du handicap dans le milieu pénitentiaire ne correspondrait-il pas à poser la question de la criminalité dans un établissement médico-social ? C'est-à-dire, affronter le non-sens ?

Envisager ces catégories comme des catégories construites dans l'action permet d'envisager les choses autrement. D'un côté, subir une peine signifie que la particularité physique ou mentale n'est pas une composante des catégorisations pénales. De l'autre, la prison devient la sanction suprême de cette particularité. A ce moment, semblait se jouer la distinction ancienne entre le handicap comme affliction physique ou mentale et le handicap comme « *tare* », consacrant un comportement « *anormal* » et « *déviant* » ou faisant sortir la personne de la communauté des « *capables* ». Dans tous les cas, une distinction anthropologique apparaît, entre capables et incapables. Ces catégorisations nous ont permis de nous interroger sur la construction historique des représentations.

1.2.1.2. Le handicap, une catégorie bousculant les logiques professionnelles

Quand on évoque la question du handicap en prison, les professionnel.le.s parlent aussi de « *personnes pour qui on ne peut rien faire* » et de « *personnes qui n'ont rien à faire en prison* ». C'est un second type de catégorisation, cette fois-ci en fonction de la capacité des métiers d'agir sur les prisonniers.

Parler de personnes qui n'ont rien à faire en prison, à cause de leur état de santé pose la question de la capacité des personnes de subir une sanction pénale, mais aussi de la capacité des professionnel.le.s d'exercer leur métier. Dans cette logique, il s'agit de personnes qui ne peuvent être prises en charge par aucune autre institution de contrôle social, tout en ne semblant pas non plus devoir être incarcérées.

La question du handicap s'est donc révélée dans l'épuisement des moyens de traitement dont les professionnel.le.s disposaient sur le terrain. Il devenait non pas une difficulté propre aux personnes, mais une difficulté quotidienne des établissements et de l'institution judiciaire. C'est le mandat même de l'institution et le sens que les professionnel.le.s donnaient à leur engagement qui était remis en question. La suggestion du handicap faisait ainsi apparaître les limites de l'institution. C'est donc aussi, dans ce travail autour des frontières de l'institution que nous nous sommes concentrée.

1.2.1.3. Le handicap, une épreuve morale et pragmatique

« *Je vais vous raconter une anecdote* ». C'est ainsi qu'a débuté le premier entretien mené en prison et tant d'autres à la suite. Ce qui fait handicap au quotidien n'étant pas construit à partir des enjeux des politiques publiques, mais ancré dans des réalités éloignées de cette catégorisation, les professionnel.le.s nous ont donc parlé des catégories pénitentiaires, des dispositifs et des dilemmes face à certaines situations. Ils/elles parlaient souvent en termes « *d'anecdotes* », signifiant l'exceptionnalité des situations qu'ils racontaient et « *l'épreuve* »⁵¹ que cela imposait à l'univers carcéral. Ainsi, ils/elles nous donnaient les caractéristiques de cette épreuve, que nous avons envisagée dans les termes de la sociologie pragmatique comme un moment de remise en question des manières habituelles de penser et d'agir. En décrivant ces situations, ils/elles nous donnaient ainsi accès aux méthodes, aux procédures, et les référentiels qu'ils/elles employaient pour juger, gérer et traiter ces situations inhabituelles. En d'autres termes, ils/elles nous racontaient les moyens qu'ils avaient pour résoudre ces épreuves.

L'épreuve se manifeste de plusieurs manières. Par exemple, un.e professionnel.le peut ne pas considérer une personne comme handicapée, tout en montant un dossier MDPH avec elle. En effet, la demande MDPH peut être vue comme une aide sociale à laquelle la personne est éligible, sans qu'elle corresponde aux représentations que les professionnel.le.s se font du handicap. Ou bien un prisonnier peut être considéré comme « *complètement fou, un vrai handicapé* » mais nécessitant plus une sanction qu'une aide. Il fallait donc entendre les situations exceptionnelles dont les professionnel.le.s aimaient parler et les relier aux pratiques concrètes et quotidiennes.

Il était important de donner la possibilité aux professionnel.le.s de parler de ce qui leur semblait important et ainsi de pouvoir évoquer des situations que nous n'avions pas soupçonnées. Ils et elles donnaient à voir les liens qu'ils faisaient eux-mêmes et les questions telles qu'elles se posaient à eux. Néanmoins, nous avons toujours gardé en tête la nécessité à la fois d'explicitier

⁵¹ La sociologie pragmatique, appelée parfois « sociologie des épreuves » donne une multitude de définitions du terme d'épreuve. Nous utilisons ici celle de Lemieux « *de moments où se rejoue le rapport entre une définition de la réalité [...] et la matérialité du monde [...]*. LEMIEUX, C. *La sociologie pragmatique*. Paris : La Découverte, 2018, p. 29.

le terme de handicap et les procédures formelles ou informelles qui s'y rattachent ; de comprendre les exigences du métier exercé et la vision qu'avait la personne interviewée du lieu de l'exercice (la prison) ; la mission que les personnes se donnaient à travers leur métier et le type de relations qu'elles établissaient avec les personnes détenues ; enfin, des exemples précis de situations de repérage et de prise en charge du handicap.

Dans cette recherche, nous avons tenté de ne pas apparaître comme « *une spécialiste du handicap* » comme nous avons pu être présentée par un directeur de prison. En effet, le handicap étant une notion étrangère au monde carcéral, la première réaction pouvait être soit la non-légitimité de cette recherche, soit la non-légitimité des professionnel.le.s pour répondre à cette question. Nous nous sommes efforcée, lors des entretiens, d'instaurer une situation de « *double asymétrie* ». Il s'agissait d'une tentative de rendre légitimes les deux parties. Nous, en tant qu'intervenante dans d'autres établissements et connaissant d'autres dispositifs, sans apparaître comme spécialiste ou experte venue évaluer les actions des professionnel.le.s. Les professionnel.le.s, en tant qu'acteurs et actrices des relations de tous les jours, connaissant le milieu et possédant des ressources morales et matérielles pour agir au quotidien.

1.2.1.4. Le handicap et la coopération obligatoire entre professionnel.le.s

Le fait que la définition du handicap en prison soit mouvante a influencé le choix des professionnel.le.s à rencontrer. Ne pouvant pas nous concentrer autour d'une équipe de prise en charge, nous avons choisi de rencontrer ceux et celles susceptibles d'avoir une activité de repérage, de définition et de prise de décision dans la gestion de la vie en détention.

Nous ne pouvons pas nous concentrer seulement sur les unités médicales puisqu'il ne s'agissait pas d'avoir exclusivement le regard médical. En effet, comme le montre la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) si le handicap touche aux questions de santé, il ne les épuise pas. Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de probation⁵² (SPIP) était un lieu intéressant, puisque l'accès aux droits sociaux fait partie de leurs tâches.

⁵² Les SPIP sont des services travaillant avec les personnes placées sous main de justice (en milieu fermé et en milieu ouvert). Ils assurent un suivi criminologique et un travail sur la réinsertion sociale qui passe par l'accès aux droits sociaux. Ils sont composés de Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP). Les CPIP ont souvent une formation universitaire et ont suivi une formation à l'ENAP. Pour plus d'information, voir Annexe 2. Description des groupes professionnels exerçant en prison

Mais en se centrant exclusivement sur ces services, toute une partie de la vie en détention était susceptible de rester occultée. Suivre seulement la vie en détention sans savoir de quelles manières s'articulent les questions d'accès aux droits et à la santé aurait aussi été très incomplet.

Puisqu'il n'existe pas en prison un lieu particulier où l'on pourrait observer les décisions qui se prennent autour du handicap il fallait aller un peu partout. A cela s'ajoute le fait qu'aucun groupe professionnel ne s'est senti particulièrement concerné par l'objet de notre recherche. Nous étions, en effet, souvent renvoyée de service en service. Cette situation était particulièrement inconfortable. Une fois dans l'établissement pénitentiaire, nous n'avions pas de lieu où poser nos affaires, mener des entretiens avec les professionnel.le.s ou prendre des notes. Souvent, nous n'avions même pas d'endroit où s'asseoir entre deux entretiens. Cette situation matérielle fortement inconfortable était aussi très symbolique, aucun univers professionnel ne revendiquant d'intérêt pour l'objet étudié.

Cette situation est devenue heuristique en plusieurs sens. D'abord, nous n'étions associée à aucun service en particulier et les différents groupes professionnels ou même les prisonniers nous positionnaient comme une personne externe à la prison. Ils/elles ne s'empêchaient donc pas de partager un ensemble de détails concernant la vie en prison et les différents acteurs et actrices.

En second lieu, et c'est peut-être le plus important, ne pas avoir de place assignée voulait dire que nous pouvions nous trouver partout. En attendant un rendez-vous avec un.e professionnel.le de santé, nous pouvions aller dans le service médical et passer du temps avec les surveillant.e.s qui gèrent les allées et les venues des prisonniers ou avec quelques infirmières qui prenaient leur pause. Cela est valable pour tous les autres services, mais varie en fonction de l'établissement. Dans certains établissements, le service médical s'est opposé à notre recherche. Dans d'autres, les liens avec un service, par exemple le SPIP, étaient plus forts et nous nous y rendions plus régulièrement. Parfois, nous trouvions refuge plutôt dans les bureaux des surveillant.e.s au sein de la détention. Ainsi, nous avons pu effectuer des observations qui n'étaient pas initialement prévues. Pouvoir passer du temps dans différents services permettait de comprendre plus finement certaines logiques dans les manières qu'ont les groupes professionnels de travailler ensemble.

Au cours de la recherche, nous avons prêté attention à rencontrer des personnes qui avaient des tâches impliquant des prises de décisions ayant des conséquences sur la vie quotidienne des

détenus. Les entretiens devaient en priorité interroger les catégorisations quotidiennes et les usages qui en découlent. Il est donc apparu important de voir des personnes chargées d'observer, de classer, d'orienter, de catégoriser et donc d'agir sur les personnes détenues. Nous avons rencontré des professionnel.le.s amené.e.s à prendre des décisions quotidiennes de gestion de la détention, mais aussi de siéger dans différentes commissions, de donner leur avis sur les personnes détenues et de participer à une prise de décision quant au sort de ces derniers. Le handicap étant une question transversale, aucun groupe professionnel ne pouvait l'avoir directement à sa seule charge. Chaque métier étant concerné par une facette de la vie des personnes.

La loi pénitentiaire⁵³ prévoit des réunions hebdomadaires, appelées Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU). Chaque réunion regroupe, selon les textes, le/la directeur/trice, le/la chef.fe de la détention et des chef.fe.s des bâtiments, qui font partie du corps des surveillants, des représentant.e.s du SPIP, du service médical et du service scolaire. Dans la majorité des établissements, les médecins refusent de siéger au sein de ces commissions. C'est une décision de principe, visant à préserver le lien avec les patients détenus, dont ils/elles ont la charge.

Les commissions peuvent différer d'un établissement à un autre. Les CPU que nous avons observée dans certains établissements sont la CPU « *classement au travail* », « *santé* », « *indigence* », « *vulnérabilité* », « *prévention* ». Il peut également en exister beaucoup d'autres : « *prévention du suicide* », « *sécurité* », etc. Au cours de la recherche, nous avons appris l'existence, dans certains établissements, de CPU centrées directement sur le handicap et la dépendance. Lors de ces commissions, des informations s'échangent autour des comportements des personnes détenues, des décisions sont prises pour leur gestion et les éventuelles prises en charge. De plus, les observer permet de voir comment se jouent les interactions entre différents groupes professionnels.

Autour de la problématique du handicap, nous nous sommes entretenue avec les professionnel.le.s sur les prises en charge quotidiennes, concernant la gestion de la détention, la santé, le travail, la formation et la scolarité, la préparation à la sortie et l'accès aux droits sociaux, l'exécution de la peine pour les personnes condamnées. Cela nous a permis d'avoir une vision pragmatique des prises en charge.

⁵³ LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Au début de l'enquête dans chaque établissement, nous avons rencontré les chef.fe.s d'établissement ou leurs adjoint.e.s. L'enjeu était double : obtenir l'autorisation pour enquêter, c'est-à-dire pouvoir entrer et circuler dans leur établissement et obtenir un entretien autour de la politique globale et la manière dont le handicap est envisagé dans la prison qu'ils dirigeaient. Nous avons vu ensuite des surveillant.e.s d'encadrement et de gestion, des médecins, des psychiatres, des psychologues et cadres de santé, des représentant.e.s des SPIP ayant des fonctions d'encadrement ou plus particulièrement chargé.e.s des dossiers liés à la santé ou au handicap et des enseignant.e.s dans les centres scolaires. Nous avons mené des nombreuses conversations informelles avec des surveillant.e.s d'étage et des infirmières. Malgré plusieurs sollicitations de notre part, ces dernier.e.s ont soigneusement évité les entretiens plus formels.

1.2.2. Les entretiens avec les prisonniers et les multiples facettes du handicap

Les entretiens avec les prisonniers se déclarant handicapés ont généralement eu lieu à la suite des rencontres avec les professionnel.le.s. Ils avaient répondu à un courrier que nous leurs avions adressé par le biais de la direction ou du service médical. Même si la plupart parmi eux avaient une reconnaissance officielle du handicap et acceptaient d'en parler, ils passaient une grande partie de l'entretien à nous assurer qu'ils n'étaient finalement pas handicapés ou du moins nous enjoignaient à ne pas confondre handicap et criminalité ni handicap et faiblesse. Dans ces entretiens, le handicap se décomposait en plusieurs phénomènes : la condition effective d'une particularité, les manières de la gérer dans la relation avec l'institution et les manières de gérer le stigmatisme par les personnes.

La relation d'entretien avec les personnes détenues a suscité un certain nombre de questionnements méthodologiques. Les entretiens avec les professionnel.le.s apparaissaient plus classiques – nous les avons vu.e.s sur leur lieu de travail et les avons interrogé.e.s en rapport avec leur métier. Avec les prisonniers, nous devions relater tout d'abord l'expérience carcérale, en lien avec une déficience. Ils apparaissaient dépouillés des statuts valorisés de la vie à l'extérieur de la prison, et ce, dans un milieu dominé par la violence et les valeurs masculines. C'est dans ce cadre que nous avons à discuter avec eux de leur vulnérabilité.

1.2.2.1. Les enjeux méthodologiques lors de la sélection des personnes détenues interrogées

La façon de repérer et de contacter les personnes détenues au sein d'une prison s'est révélée plus complexe que prévue. Nous avions prévu l'accès par dispositif de prise en charge du handicap, mais cela n'a pas toujours été possible. Par exemple, dans un des établissements, le nombre de cellules aménagées annoncé ne semblait pas correspondre aux cellules réellement aménagées. A certains endroits, cibler seulement les personnes prises en charge par un dispositif semblait discriminatoire aux professionnel.le.s. D'autres personnes pouvaient être concernées par une problématique de handicap, sans être forcément prises en charge. De plus, la reconnaissance du handicap ne fait pas l'objet de statistiques en milieu pénitentiaire. Très souvent, les professionnel.le.s ne sont pas au courant d'une demande ou d'un renouvellement de la reconnaissance du statut handicapé de certains détenus. Nous n'avions pas accès aux dossiers des personnes détenues. Ils nous ont souvent signalé lors des entretiens que leur reconnaissance de handicap ou une ancienne prise en charge en établissement spécialisé n'y figuraient pas forcément.

Dans chaque établissement, nous avons commencé par étudier le dispositif présidant le choix de l'établissement. Ainsi, nous avons contacté les détenus qui en bénéficiaient et leur avons proposé de les rencontrer, plusieurs parmi eux acceptèrent. Nous avons ensuite utilisé le courrier à destination de tous les prisonniers (cf. courrier en annexe 3). Par ce moyen, c'est l'auto-désignation qui primait. Nous avons rencontré par ce biais des personnes qui avaient des problèmes de santé, des problèmes en détention, une reconnaissance de leur handicap ou ceux qui avaient une demande de reconnaissance en cours.

Parfois, en discutant avec certain.e.s professionnel.le.s, on nous proposait de rencontrer telle ou telle personne. Dans ce cas, il nous appartenait, avec l'accord de la direction, d'approcher la personne et de lui expliquer la démarche et obtenir sa participation. Dans certains établissements, ce procédé n'a pas été accepté et nous avons vu seulement les personnes qui se désignaient elles-mêmes comme handicapées. Dans d'autres, nous avons pu bénéficier du soutien de la direction, des médecins ou des officier.e.s des bâtiments. Ceci nous a permis de renvoyer le courrier seulement aux personnes détenues susceptibles d'être intéressées par le sujet.

Nous avons donc mobilisé plusieurs techniques de sélection des personnes détenues : par le fait qu'elles bénéficiaient d'un dispositif de prise en charge, par l'auto-désignation et par la désignation de la part des professionnel.le.s. Cette articulation des moyens de repérage nous a permis d'aller plus loin dans l'analyse autour de la construction du handicap dans un milieu fermé. Nous avons pu recouper les façons dont les personnes détenues se voyaient, les façons dont les professionnel.le.s les qualifiaient et l'institutionnalisation de certaines pratiques de prise en charge.

Il est arrivé que les prisonniers nous parlent d'une personne déjà rencontrée ou qu'il serait bien de rencontrer, la croyant susceptible de nous intéresser. Ce mode de recrutement n'a pas fonctionné. Les personnes en question n'ont pas donné suite à nos sollicitations. Nous n'avons pas insisté. Cela a souvent été dit par les professionnel.le.s et les personnes détenues : « *en prison, tout se sait* ». La prison est un lieu « *saturé de relations* »⁵⁴, qui tendent vers un « *survivre ensemble* »⁵⁵, où professionnel.le.s et prisonniers se « *classent* » et « *dé-classent* » constamment⁵⁶. Il était donc légitime de s'interroger : dans quelle mesure notre « intervention » au sein d'un établissement pouvait provoquer de nouveaux classements, recompositions, prises de conscience ou changement de traitement ? Pouvions-nous envisager le recueil d'informations « neutres » qui existeraient dans l'état sans notre présence ?

De même, n'allions-nous pas, en demandant aux détenus de nous parler de leur vie carcérale avec handicap, bousculer une économie relationnelle et les arrangements subjectifs qu'ils avaient établis pour vivre cette expérience ? N'allions-nous pas, à notre tour, les enfermer dans ces catégorisations ?

1.2.2.2. Les émotions dans la relation d'entretien

La relation d'entretien demande toujours une attention particulière. Elle contient plusieurs enjeux qui semblent contradictoires : créer une atmosphère propice à un lien de confiance, laisser s'exprimer librement les personnes, recueillir des données ciblées qui intéressent souvent seulement les chercheur.e.s. Comment rester ouvert aux informations inattendues, ne

⁵⁴ CHAUVENET, A. L'échange et la prison, in FAUGERON, C. CHAUVENET, A. COMBESSIE, P. (Eds) *Approches de la prison*, Bruxelles : De Boeck Université, p. 49.

⁵⁵ ZANNA, O. Un sociologue en prison, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/n°9, p. 149.

⁵⁶ LE CAISNE, L. L'économie des valeurs distinction et classement en milieu carcéral, *L'Année sociologique*, 2004/vol. 54, no 2, p. 511-537.

pas enfermer les personnes dans des cases préconstruites et les faire parler sur un sujet précis qu'elles préfèrent éviter ? L'expérience pénale demande également un positionnement, dans lequel éthique et épistémologie sont inséparables, notamment autour d'une question simple : avons-nous besoin de connaître les infractions commises ?

Même si cela paraît incongru, devons-nous envisager un lien de causalité entre certains « faits », certaines « pathologies » et des conditions de vie ? De plus, devons-nous contrôler et comment, des émotions éventuelles, que ce soit de compassion, de peur, de révolte ou de dégoût ?

D'autres émotions aussi sont susceptibles d'émerger, sanctionnant un éloignement, parfois seulement supposé, social, culturel et économique, entre l'enquêtrice et l'interviewé. Une séparation entre le prisonnier comme figure du marginal et l'enquêtrice, vue parfois comme une « bourgeoise », faisant partie de ceux et celles qui pourraient « intervenir » sur sa situation. L'entretien pourrait être vécu comme une situation de domination, la catégorisation « handicapé » apportant une dégradation supplémentaire.

Dans un registre apparemment plus éloigné – l'indignation et la colère, qui nous sont reconnaissons-le, plus familières – face aux situations difficiles et parfois absurdes, les émotions doivent-elles être maîtrisées ou bien utilisées pour mieux comprendre certains phénomènes ? Si nous devons les maîtriser lors de l'analyse des entretiens, pouvons-nous maîtriser leurs effets au moment où nous recevons la parole ?

Lorsqu'on parle d'émotion, il faut évoquer la possible appréhension face à certains prisonniers. La variété des établissements visités nous a permis de voir que les personnes incarcérées ne l'étaient pas seulement pour des petits vols ou trafics, mais également pour des infractions beaucoup plus graves. Le rôle de certain.e.s surveillant.e.s pour nous tenir au courant de certains criminels « fameux », mais aussi très « dangereux », dont ils ou elles avaient la charge, est indéniable. Pour autant, cette appréhension n'est jamais apparue en situation d'entretien. Nous étions, quelque part, assurée d'avoir le « beau rôle », en évoquant finalement avec les prisonniers des choses qu'ils n'évoquaient pratiquement jamais ailleurs. Le fait que, dès le début, nous leur faisons part du fait que nous n'allions pas « rendre un avis » sur leur situation, ni « faire un travail » sur eux, ni même les aider pour les éventuelles démarches, permettait d'instaurer un certain rapport social « flottant » entre nous. Ils sortaient souvent de ces entretiens en nous remerciant.

Le désir de ne pas « *accabler* » les personnes détenues et handicapées a été un des plus difficiles à gérer pendant cette phase. Finalement, ce sont les prisonniers eux-mêmes qui nous ont fait confiance et nous ont donné des indications sur les manières de nous comporter. Ils semblaient étonnés que leurs vies, ainsi que leurs façons de voir les choses nous intéressent « *pour de vrai* » et contents de pouvoir nous apporter des connaissances : « *Ah mais on voit que vous ne connaissez rien Madame, je vais vous expliquer* » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans).

Dans la réflexion autour de la relation d'entretien, nous avons pris en compte notre âge, sexe nationalité. Dans un milieu masculin, parler de questions liées à la vulnérabilité aurait sûrement été beaucoup plus difficile pour un homme. Notre genre a donné la possibilité d'être plus facilement identifiée comme quelqu'un possédant des capacités d'empathie et de compréhension. Le fait de ne pas être française a également joué en notre faveur, n'étant pas assimilée au pays qui exclut. Notre âge a permis d'être vue comme quelqu'un ayant une expérience sociale et professionnelle. Le fait de venir de l'extérieur de la prison nous a mis dans une posture de « *civile* » : une « *représentante de la société* ». C'est comme ceci que, le plus souvent, les détenus nous décrivaient ou nous interpellaient.

Au-delà de ces caractéristiques sociodémographiques, objectivables donc, dans chaque entretien se sont jouées beaucoup d'autres dimensions. L'enjeu était de pouvoir identifier ces contenus lors de l'entretien et comprendre quelle direction ils lui donnaient. Très rarement, nous avons dû rectifier la direction que l'entretien prenait. D'autres fois, par le fait d'être dans une attitude de non-jugement et de non-traitement, l'entretien pouvait donner l'occasion de revenir sur les crimes qui ont amenés les personnes en prison et le souhait de les relater en détail. Parfois, nous avons été « *testée* » par les personnes, qui souhaitaient savoir si elles nous inspiraient la crainte, le dégoût ou la fascination. Le véritable entretien commençant seulement après avoir passé cette épreuve et que les prisonniers avaient établi que nous ne faisons pas partie des personnes qui se « *crispent et qui sont mal à l'aise* » en leur présence.

Pendant ces moments, nous avons surtout dû faire face à nos propres réactions. L'extrême jeunesse d'un détenu ou sa particulière fragilité pouvaient nous inciter à nous positionner dans une attitude de soutien ou de conseil. Une autre fois, ce fut une pensée que nous pouvons qualifier « *d'illégitime* » pour un.e sociologue, à la sortie d'un entretien avec un détenu : « *j'espère ne jamais le rencontrer dehors* ». Nous avons pris en considération ces différentes attitudes et les avons pleinement intégrées dans l'analyse des entretiens.

1.2.2.3. Les conditions matérielles des entretiens

Lorsqu'il faut mener des entretiens en prison, nous devons composer d'abord avec les conditions matérielles – il faut pouvoir entrer, accéder aux locaux prévus pour l'entretien et faire venir les prisonniers.

Selon les établissements, les entretiens ont eu lieu au parloir, en salle d'audience, en salle d'activité ou en cellule. Le choix dépendait de la possibilité qu'avaient les personnes de se déplacer et des autorisations d'accès aux différents endroits. Cette variété de lieux nous a permis d'observer différents espaces de la détention mais n'a pas eu d'impact sur la forme des entretiens. Nous avons pu nous entretenir en toute liberté avec les prisonniers, personne n'a signalé des sujets à éviter, ni demandé de rendre compte de ces échanges.

En prison, il faut aussi apprivoiser le temps. Accéder tout simplement à un bâtiment peut prendre beaucoup de temps. Cela peut être dû aux différents « *mouvements* » – les allées et venues organisées de professionnel.le.s, de détenus ou de leur proches pour les parloirs, pendant lesquels toutes les portes sont bloquées. Les blocages peuvent intervenir aussi à la suite d'incidents. L'attente est la hantise et le quotidien des détenus et des surveillant.e.s. On parle d'une « *mécanique du temps vide.* »⁵⁷ La vie quotidienne étant réglée et entravée, le temps de l'entretien sociologique n'est évidemment pas prévu. Il fait effraction dans le temps et dans la vie des détenus. Pour les professionnel.le.s, nous étions souvent une gêne ou une surcharge de travail.

Faire des entretiens en prison suppose également de pouvoir composer avec le bruit : le bourdonnement, lors de l'ouverture et la fermeture des portes, le claquement des grilles, les éclats des voix, des cris et des rires parfois, les bruits d'incidents, de vérification « *sondage* » des barreaux, les prisonniers qui tapent sur les portes, les annonces par les hauts parleurs, le grésillement des talkies-walkies des surveillant.e.s, etc. Il faut aussi s'accoutumer à la vue constamment entravée par des barreaux, des grilles, des murs, des barbelés, et d'être souvent sous une lumière artificielle.

⁵⁷ CHANTAINE, G. *Par-delà les murs*, Paris : Presses Universitaires de France, 2004, p. 165.

En maison centrale – La Prison C

Dans un des établissements, une maison centrale, nous avons mené les entretiens avec les personnes détenues dans les parloirs. Nous avons bénéficié d'un privilège, ne pas être dans les boxes, mais dans une petite pièce qui sert à l'activité des experts (médecins, psychiatres). Cela nous a permis de créer un espace relativement protégé des bruits. Dans cet établissement, les prisonniers ont répondu à un courrier et les rendez-vous ont été fixés par l'administration. L'administration ne nous avait pas préalablement fournies les noms des personnes qui avaient répondu positivement et elle leur avait fixé des rendez-vous. Nous nous sommes rendue donc aux entretiens sans savoir qui nous allions découvrir, ni s'il s'agissait de personnes qui avaient un handicap et lequel. Chaque entretien était la découverte d'une personne, d'un parcours. Quand il s'est agi de revoir certaines personnes, nous nous déplaçons sur des plages horaires préalablement définies par l'administration et demandions aux surveillant.e.s du parloir d'appeler tel ou tel détenu.

Dans cette prison, nous avons également visité l'aile aménagée pour personnes en fauteuil roulant. Les locaux du parloir leur étant inaccessibles, nous avons passé plusieurs après-midis au sein de l'unité où ils vivaient. Pendant ces moments, nous avons mené des entretiens individuels ou en groupe, visité les aménagements et les cellules. Nous avons longuement discuté autour d'un café avec un petit groupe de prisonniers de cette unité.

Pendant l'enquête de terrain, nous avons donc la possibilité de circuler autour des parloirs et, lors des attentes, discuter avec professionnel.le.s et détenus qui passaient par là. En revanche, nous n'avons pas le droit de franchir le seuil de la détention sans y être accompagnée, un surveillant nous accompagnait, nous déposait dans l'aile aménagée et, plusieurs heures plus tard, venait nous raccompagner pour le retour.

En centre pénitentiaire – La prison P

Dans un autre établissement, un centre pénitentiaire composé d'une maison d'arrêt et d'un centre de détention, nous avons mené les entretiens au sein des bureaux de la détention. En effet, au rez-de-chaussée de chaque bâtiment, se trouvaient les bureaux des surveillant.e.s gradé.e.s et des « *salles d'audience* ». Les salles d'audience sont des petits bureaux ayant des fenêtres barrées, avec une table et deux chaises, éventuellement un ordinateur. C'est ici que les autres professionnel.le.s pénitentiaires – conseiller.e.s pénitentiaires, assistantes sociales,

directeurs ou directrices adjointes – organisent leurs rencontres avec les prisonniers. Dans ces cas, les prisonniers sont « *convoqués en audience* ». Se trouvent également dans ce couloir les salles d'activité, parfois une bibliothèque, une salle de sport, le coiffeur. Pour pouvoir gérer les personnes détenues convoquées, une salle d'attente est prévue. Les prisonniers y sont enfermés à clé, en attendant leur rendez-vous.

Notre travail au sein de cet établissement s'est passé à la manière de celui des autres professionnel.le.s. En arrivant dans cette partie, administrative, de la détention, nous signalions notre présence aux officier.e.s et le/la surveillant.e. responsable des activités, qui gère les rendez-vous médicaux, ceux avec les professionnel.le.s pénitentiaires, mais aussi des activités telles que le théâtre ou le qi-gong. Il ou elle appelait les surveillant.e.s des étages qui allaient chercher les personnes que nous allions rencontrer et nous ouvrait une salle d'audience. Pour la fluidité du travail, il était préférable de fournir une liste de personnes que nous souhaitions voir. Il s'ensuivait un moment d'attente, avant que le prisonnier soit informé, sorti de sa cellule et accompagné au rendez-vous. C'était bien évidemment ce qui se passait dans le meilleur des cas. Parfois, le détenu avait un autre rendez-vous ou il était en promenade. Le ou la surveillant.e de l'étage pouvait être pris ailleurs et avoir plusieurs autres choses à gérer.

Nous attendions donc, parfois très longtemps. Ces moments, fréquents et longs ont été mis à profit pour observer l'activité sur cette coursive, celle des surveillant.e.s, des autres professionnel.le.s et des détenus. Plusieurs conversations informelles ont eu lieu pendant ces temps de latence. Finalement, c'est grâce à ces moments que nous avons pu enrichir nos observations pour entrevoir comment se gérait cette détention au quotidien.

Pour certaines situations, nous avons tenté d'enfreindre quelque peu l'ordre qui nous a été imposé. Tout d'abord, nous nous sommes rendue compte que si nous fournissions dès le départ la liste des prisonniers que nous souhaitions rencontrer la journée, ils pouvaient se retrouver à trois ou quatre enfermés dans la salle d'attente. Il nous est apparue difficile et contreproductif de mener les entretiens dans de telles conditions. Nous avons donc, malgré les demandes des surveillant.e.s, fait en sorte, de prévenir et de voir les détenus un par un.

Cela a impliqué beaucoup plus de temps d'attente, une moindre rentabilité de notre présence, et nous a demandé de passer plus de temps que prévu dans cet établissement. Toutefois, ce parti pris a permis de mener des entretiens d'une manière plus sereine et prendre le temps nécessaire avec chaque détenu. Surtout, nous pouvions recevoir chaque personne en sachant qu'elle n'avait

pas attendu enfermée dans une salle d'attente, même si, comme le disaient les surveillant.e.s, « *ils sont de toute façon enfermés quelque part* ». De plus, cela nous a permis de convertir le temps de l'attente en observations et discussions informelles.

La particularité d'un centre pénitentiaire est qu'il est composé de plusieurs quartiers et bâtiments. Nous circulions souvent entre ces bâtiments et pouvions croiser des détenus ou professionnel.le.s, et même faire une partie du chemin ensemble. Dans un des bâtiments, les surveillant.e.s souhaitaient nous enfermer à clé dans la salle d'audience, soit lors de l'attente, soit lors des entretiens. Dans un autre, le loquet de la porte était enclenché de sorte que la porte ne soit pas complètement fermée lors des rencontres avec les détenus. Il s'agissait des habitudes de la gestion du bâtiment, le plus souvent par mesure de sécurité. Nous avons tenté de faire particulièrement attention à cela, pour ne pas nous trouver ni enfermée à clé ni avec une porte ouverte. Il a été important, plus de manière symbolique, de créer une situation de confiance (porte fermée) non contrainte (non verrouillée). Après un premier choc, lorsque nous avons vu plusieurs prisonniers, à la fin de l'entretien se poser devant la porte et toquer de l'intérieur, nous les prévenions à chaque fois des conditions de l'entretien.

Nous avons donc essayé à chaque rencontre de bien expliciter notre positionnement, en revenant sur le fait que nous les invitions plutôt que nous ne convoquions, que l'entretien était basé sur le volontariat complet. Ces détails, symboliques encore une fois, permettaient d'instaurer le minimum de sérénité lors des échanges. Nous avons tenté de signifier notre attitude par ces aménagements d'entretien. Ainsi, les conditions matérielles des entretiens en détention nous apprennent des choses sur les conditions de vie des personnes détenues.

En maison d'arrêt – La prison A

Organiser les entretiens était particulièrement fastidieux dans cet établissement. Plusieurs professionnel.le.s ont refusé, annulé plusieurs fois ou étaient absents au moment des entretiens. Aucun.e ne nous a reçu à son bureau au sein de la détention mais uniquement dans les bureaux administratifs à l'extérieur de celle-ci. Quelques-un.e.s ont même préféré prendre un café pendant leur jour de congé, dans un lieu éloigné. Nous n'avions aucune visibilité sur la manière de choisir les personnes détenues, mais il nous est apparu que les discussions entre direction de l'établissement et service médical étaient assez difficiles, chacun cherchant à imposer sa vision. Finalement, un seul détenu nous a été présenté, lourdement handicapé, habitué de la prison et particulièrement satisfait de sa prise en charge médicale.

Nous avons aussi vu quelques anciens prisonniers de cette prison qui avaient une reconnaissance médicale de leur handicap. Même si leurs témoignages nous ont servis pour comprendre le fonctionnement de cette maison d'arrêt, ils ne font pas partie du corpus que nous avons étudié.

En centre de détention – La prison D

Les entretiens dans cette prison étaient menés essentiellement au sein de l'ESAT, avec les prisonniers qui y travaillaient. Nous avons passé une semaine en observation participante, c'est-à-dire que nous avons faits les activités quotidiennes avec les détenus. Pendant ces moments, nous avons eu des entretiens, en groupe ou individuels, autour du handicap. Ici, toujours attachée à un.e professionnel.le., surveillant.e ou moniteur/monitrice d'ESAT, nous n'avions pas la possibilité de circuler.

Lors de ces quelques jours « *d'immersion* », selon le terme des surveillant.e.s, dans différents quartiers, nous avons pu observer et mené quelques entretiens avec des hommes ayant de lourdes pathologies psychiatriques d'un quartier fermé.

1.2.2.4. Les enjeux méthodologiques des entretiens avec les prisonniers

Dans les entretiens avec les personnes détenues, la consigne de départ était très importante. C'est dans ce premier moment de rencontre que nous avons à signifier notre non-appartenance au milieu carcéral.

Le milieu fermé étant assez particulier, des pratiques et attitudes se développent guidant les positionnements identitaires. Selon les situations, les prisonniers présentent l'une ou l'autre facette de leur identité⁵⁸. Quelle posture méthodologique développer face à cela ? Comment parler d'une question, le handicap, qui n'est en rien valorisante, dans ce milieu « *sur-viril* » ?⁵⁹ Mais aussi, comment ne pas tomber dans une attitude misérabiliste, avec une attente de trouver des hommes handicapés, seulement et uniquement isolés, souffrants et soumis ? De quelle

⁵⁸ LE CAISNE, L. *Prison. Une ethnologue en Centrale*, Paris : Editions Odile Jacob, 2000.

⁵⁹ BESSIN M., LECHIEN, M-H. Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison. *Ethnologie française*, 2002/32(1), p. 69-80.

manière mener un entretien sociologique avec des personnes rompues à l'activité de produire des discours et des postures qu'ils savent observés, notés, interprétés, évalués, détectés, jugés ?

La solution était pour nous la présentation détaillée de la recherche – expliquer pourquoi et en quoi nous avons besoin d'eux. Lors des entretiens, il est apparu important de ne pas avoir de grilles et de questionnaires devant soi, pour ne pas mettre un écran dans l'échange. Signifier par cela qu'il ne s'agit pas d'évaluer ou noter un parcours mais de le comprendre. Très souvent, il a été nécessaire de rassurer que nous serions la seule à écouter les entretiens.

Nous avons dû signifier également que nous n'interviendrions pas pour eux. Justement, dans ce travail sur les modes de traitement que les personnes détenues ont vécues, il a fallu signifier la différence de l'entretien sociologique. C'était une relation où nous étions en demande et non pas eux. D'ailleurs, lors des attentes avant les entretiens avec les détenus, il nous arrivait de rencontrer des professionnel.le.s de la détention. Nous discutons brièvement, et on nous demandait parfois : « *Que faites-vous pour eux ?* ». La réponse, gênée, étant « *rien* ». Ils ou elles réagissaient ainsi : « *Mais pourquoi viennent-ils vous voir alors ?* »

En effet, comment se présenter devant des personnes détenues et handicapées sans avoir une aide à leur proposer ? Les statuts de détenu et handicapé, font apparaître tout de suite des figures de manque, de carence, de nécessité d'aide pratique. Au début, cela était objet d'une grande appréhension – ayant quelque expérience en tant que bénévole ou militante, nous avons beaucoup de mal à imaginer entendre parler de difficultés et de problèmes, sans forcément agir. Difficile à tenir au début, cette posture est devenue confortable, tant pour nous que pour eux. Beaucoup de prisonniers ont pris à cœur de nous donner la connaissance qu'ils avaient de leur milieu et de leur parcours, soulagés de ne pas avoir à nous convaincre de leur bonne volonté.

Bien évidemment, cette posture n'a pas toujours fonctionné. Dans chaque entretien, nous sommes passée par différentes étapes. Parfois, les prisonniers eux-mêmes ont demandé de leur poser des questions très précises. Ils se sont étonnés que nous ne prenions pas de notes, nous ont interpellée sur des situations d'injustice et exigé notre avis, ont voulu continuer les discussions au-delà du cadre de l'entretien, ont souhaité qu'une note soit rendue à la suite de notre entretien, ou bien que nous entamions un travail plus approfondi sur leur vécu. D'une manière générale, et dans ce contexte si particulier, la non-directivité a été privilégiée.

Le guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été préparé avant de se rendre sur le terrain. Celui-ci n'a pas marché, il y avait beaucoup trop de questions et il était beaucoup trop figé et centré sur le type de déficience. Au lieu de nous apprendre quelque chose de neuf, ce guide d'entretien, qui ressemblait plus à un questionnaire, cherchait à figer les personnes dans leur identité de « handicapé ». Rapidement, nous l'avons délaissé et cherché à être plus à l'écoute de ce que les personnes avaient à nous dire. Nous avons saisi cette occasion que nous donnaient les prisonniers de nous apprendre ce qui était important pour eux.

A partir des thématiques évoquées par les prisonniers dans les premiers entretiens, quatre grands groupes de questions sont apparues : le rapport à la prison (à la peine et à la criminalité), le rapport à la détention (la vie quotidienne en prison), le rapport au handicap (en général et en prison), et le rapport aux institutions (école, famille, travail, santé). Ces thématiques étaient toujours évoquées dans un questionnement sur « *la normalité* ». Dès le début, l'expérience carcérale apparaissait comme inscrite dans un vécu « *institutionnel* ».

La structure très lâche de ce guide a permis de ne pas le transformer en questionnaire et de laisser la place aux prisonniers de faire surgir les catégories à travers lesquelles ils voyaient leur expérience. Si le sujet n'était pas évoqué par le prisonnier, nous avons préparé une grille autour de son autonomie. De même, nous avons préparé une grille plus développée pour le cas des personnes refusant l'enregistrement de l'entretien.

Une vingtaine de prisonniers sur 51 a été vue au moins deux fois sur le mode de récit de vie. Avant le second entretien, nous avons réécouté le premier et avons préparé des questions spécifiques pour chaque situation. Les seconds entretiens ont permis d'obtenir des informations supplémentaires, mais surtout de construire une relation différente. Au cours du second entretien, les détenus avaient une posture différente, facilitant les échanges autour du handicap et c'est essentiellement là où ils ont partagé leurs questionnements sur la normalité.

Les entretiens avec les prisonniers ont duré entre 30 minutes et deux heures, ils ont généralement été longs. Après le premier étonnement face à tous ces hommes qui cherchaient à nous convaincre qu'ils n'étaient pas handicapés, ou du moins pas faibles ou fragiles, nous avons compris que cette attitude n'était pas un frein dans la recherche, mais une catégorie de l'analyse. Nous avons été donc très attentive à la façon qu'avaient les prisonniers de se présenter

à nous, aux matériaux qu'ils privilégiaient dans cette présentation et les liens qu'il faisaient en décrivant leurs expériences. Il est apparu qu'à chaque fois, qu'il s'agisse de raconter leur vie, de gérer leur quotidien ou leur identité, qu'ils cherchaient à concilier l'image de délinquant et du handicapé.

Ces questions méthodologiques font partie intégrante des résultats de la recherche. Le journal de terrain a été un outil précieux pour ce type de questionnement. C'était l'espace dans lequel nous pouvions relater et réfléchir sur cela.

1.3. Le journal de terrain et le cadre de l'analyse

Le journal de terrain nous donne une chronologie, des descriptions des lieux et des situations mais aussi des échanges non enregistrés. Dans notre cas, il a surtout permis de retracer les cheminements méthodologiques – les questions qui se sont posées, les doutes, les impasses, mais aussi les lectures, les solutions trouvées, les ajustements nécessaires – et de les relier à un cadre d'analyse.

Le journal de terrain a servi à décrire la démarche d'entrée sur le terrain comme une activité en soi dans la recherche. Le cheminement, avec tous les allers-retours entre les prises de contact, les réflexions autour de la posture, les théories et les méthodes, les façons de poser les questions se sont imbriqués. Le travail de construction du terrain faisant partie de la recherche, nous avons pris le parti de ne pas occulter les démarches et les réflexions qu'il a suscitées.

Le journal de terrain s'est révélé nécessaire dès le moment où nous avons compris que le handicap n'était pas construit en tant que question pertinente pour le milieu étudié. Lors des entretiens, les professionnel.le.s se saisissaient des catégories propres aux schémas explicatifs en vigueur dans leur milieu, le plus souvent associés à la vulnérabilité mais pas seulement. Dans ce travail de catégorisation, l'implication de l'enquêtrice n'est pas négligeable car c'est elle qui demande et participe à la construction de cette catégorie pour le temps de l'entretien. Ce qui se disait dans un entretien était le résultat d'une sollicitation de notre part et se situait dans le cadre précis d'une relation d'enquête. Dans ce travail, nous avons décrit les définitions des acteurs comme construites dans l'interaction. Nous revenons souvent sur les conditions et les contenus des entretiens qui ont été menés, sur les façons de nous présenter et de solliciter un entretien, mais aussi sur les attitudes et les postures des personnes. Dans le train de retour, ces informations ont été notées et interprétées. En effet, il y avait urgence, car les entretiens et les observations du lendemain devaient prendre en compte les nouvelles informations, la rectification de la posture ou les nouvelles catégories qui apparaissaient.

Ainsi, observations, entretiens et journal de terrain sont ici liés, puisque, si les entretiens avaient une partie fixe, chaque nouvelle entrevue prenait en compte les précédentes. Il s'agissait au début de l'enquête de cumuler et de vérifier certaines catégories et de les approfondir vers la fin de l'enquête.

Le journal décrit aussi les situations quotidiennes rencontrées, les réunions, les discussions, les locaux, les interactions, les incidents, dont nous avons été témoin, les conversations avec un.e surveillant.e ou un détenu en attendant un rendez-vous, ou bien encore les attentes et les échanges pour entrer dans une prison quand l'autorisation a été encore perdue, etc.

Enfin, le journal de terrain fait la jonction entre les documents de la littérature savante, la littérature grise, les premières hypothèses, les changements de problématique, les nouvelles hypothèses et la partie sociohistorique.

1.3.1. La méthode – un va-et-vient entre théorie et recueil des données

Les conditions du recueil des données sont donc devenues une composante essentielle de leur analyse et de leur interprétation. Nous avons montré dans les sous-chapitres qui précèdent à quel point les données brutes font déjà partie d'un début d'analyse, tout en donnant une direction à leur interprétation.

Les prisons étudiées se trouvent dans la société d'aujourd'hui. Elles existent dans un contexte social et font partie d'une structure sociale. Comme le dit Stiker, « *il n'y a pas d'attitudes vis-à-vis du handicap en dehors d'une série de références et de structures sociétales* »⁶⁰.

Selon Marcel Calvez, le handicap constitue un rapport social basé sur « *la condition organique et mentale des individus pour instituer une différence irréductible et leur assigner une place sociale à part en leur imputant la cause de leur exclusion* » et qui instaure « *une situation d'interstice dans la structure sociale* »⁶¹.

En prison, la situation d'interstice apparaît très clairement, mais les personnes possédant des déficiences ne sont jamais intégralement définies par celle-ci. En effet, elles sont prioritairement définies par « *une dégradation de statut* »⁶² liée à la procédure pénale et par leur privation de liberté, en tant que « *détenus* ». La relation sociale qui s'établit en prison se base tout d'abord

⁶⁰ STIKER, H-J. *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*, Paris : Dunod, 3ème édition, 2013, p.23.

⁶¹ CALVEZ, M. 1994, *op. cit.* p. 62.

⁶² GARFINKEL, H. Conditions of Successful Degradation Ceremonies, *American Journal of Sociology*, [En ligne], 1956, vol. 61, consulté le 04 novembre 2019. <http://www.jstor.org/stable/2773484> ; GLASER, B., STRAUSS, A. Les transitions statutaires et leurs propriétés, *SociologieS* [En ligne] mis en ligne le 09 mai 2012, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/sociologies/4062Discoveries/rediscoveries>

sur l'infraction et la pénalité. Les autres attributs des personnes font partie de leurs spécificités, ne pouvant que très exceptionnellement leur assigner une autre place avant celle de détenu.

Ce sont les effets totalisants de l'institution pénitentiaire qui définissent et imposent une recomposition identitaire. Mais une particularité mentale ou physique peut influencer sur les « adaptations »⁶³ à l'institution. Par exemple, devoir être protégé de soi-même (risque de suicide) ou des autres (risque de violence) est une situation qui indique une vulnérabilité. Les effets des adaptations « *défectueuses* » se conjuguent aux effets du stigmat, tout en bousculant des rituels pénitentiaires. En ce sens, la notion de frontière apparaît plus pertinente pour la question du handicap en prison puisqu'elle garde en elle la possibilité de la simultanéité du lien et de la séparation.

Dans son article, *Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions*⁶⁴, Myriam Winance analyse les transformations de la définition du handicap à travers deux cadres d'analyse autour des rapports à la norme. Le modèle de Goffman, où le handicap est vu en tant que stigmat, d'une part, et le modèle de Garfinkel où le handicap est vu comme l'intégration à une norme prédéfinie, d'autre part. L'évolution de la classification de l'OMS⁶⁵ et la vision du handicap en tant que situation sont analysées en termes d'ethnométhodes⁶⁶ où la normalisation n'est plus l'adaptation à une norme, mais la production commune d'une norme. En effet, Garfinkel insiste sur la « *routinisation* » de l'activité humaine. Selon lui, à la suite d'une « *rupture de l'action* » (breaching)⁶⁷, l'activité des personnes va se concentrer autour de la continuité de l'action. Elles vont faire ensemble un effort pour intégrer la nouvelle donne. Ainsi, elles œuvrent ensemble à la normalisation de la situation.

Ce cadre pourrait être transposé en prison. En effet, dans un contexte, où une grande partie des personnes déclarent des problèmes de santé, de pratiques addictives, de difficultés de lecture et d'écriture, de nombreuses carences, une déficience deviendra handicap si l'environnement de la prison ne peut plus assurer une situation « *normale* ».

⁶³ GOFFMAN, E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Editions de Minuit, 1968.

⁶⁴ WINANCE, M. Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix* [En ligne] 2004/66, consulté le 04 novembre 2019. https://www.persee.fr/doc/polix_0295-2319_2004_num_17_66_1022.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ GARFINKEL, H. *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : Presses Universitaire de France, 2007, p. 92.

Winance⁶⁸, avec Goffman, suggère l'idée d'une rupture de la relation. Ce n'est donc plus la différence de la personne mais plutôt la force avec laquelle celle-ci perturbe la relation qui serait en jeu. C'est la théorie de l'intersubjectivité et d'ethnométhodes de Garfinkel qu'elle utilise pour analyser le travail commun accompli pour normaliser une situation. Pour Garfinkel⁶⁹, les règles ne sont pas fixées. Elles sont coconstruites dans l'action. Elles peuvent donc être réinventées selon les situations. Les normes, les valeurs et les contraintes existent. Elles constituent des ressources pour l'action. La norme se construit au fil de l'action et dépend des différents protagonistes.

Lors de l'étape exploratoire, nous étions engagée dans une vision fortement centrée sur la catégorisation des déficiences, l'assignation à une place d'exclu, les modes de revendication des droits et les conditions de leur mise en œuvre. Cette vision, loin d'être illégitime n'était pas heuristique. En effet, nous avons l'impression trop souvent de nous trouver non pas en conversation avec les professionnel.le.s, mais soit en opposition, soit à mener des discussions parallèles.

Par exemple, ce tout premier entretien avec un directeur adjoint d'un établissement pénitentiaire. Nous avons tout d'abord une discussion autour de la définition du handicap de la loi 2005, reprise dans le *Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, qu'il a lui-même imprimé en préparation de notre rendez-vous. Il apparaît sensible à la question du handicap, et nous informe de la présence en prison de nombreuses personnes ayant des déficiences. Lors de ses descriptions, il tente de lier les différents types de déficiences aux catégorisations pénales et pénitentiaires. Par exemple, lorsque nous parlons de personnes vieillissantes, ayant des maladies invalidantes et en perte d'autonomie, il fait le lien avec l'allongement des peines et le renforcement des dispositifs pénaux concernant les délinquants sexuels. A l'évocation du handicap psychique, il met en avant les dispositifs pénitentiaires de gestion de crise, tout en parlant de dangerosité, de fragilité et de pratiques toxicomaniaques. Il évoque le Code pénal et les *Règles Pénitentiaires Européennes*⁷⁰.

Une personne sera codée comme handicapée si elle fragilise un ordre préétabli et l'institution ne trouve pas dans l'inventaire de ses méthodes une possibilité de le restaurer. Cela arrive à

⁶⁸ WINANCE, M. 2004, *op.cit.*

⁶⁹ COULON, A. Les concepts clés de l'ethnométhodologie. In : COULON, A. (éd.) *L'ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2014.

⁷⁰ Les règles pénitentiaires européennes (RPE) sont l'outil normatif qui vise l'harmonisation des politiques pénitentiaires au sein de l'Europe.

partir du moment où l'institution se voit obligée de mettre en place des procédures particulières pour remplir ses propres missions et maintenir ainsi l'ordre pénitentiaire.

Ainsi, dans les tout premiers entretiens en prison, les catégorisations carcérales avaient une grande importance et pouvaient nous servir à approcher la question du handicap. La gestion carcérale est basée sur les catégorisations pénales et pénitentiaires des personnes, leur triage et leur affectation dans des établissements, quartiers, bâtiments, étages ou cellules. Comme nous le disait un premier surveillant un jour, avec une certaine dose de résignation, « *nous n'avons pas de moyens de traitement, notre seul moyen, c'est déplacer d'un point A à un point B. Et c'est ce qu'on fait* » (Surveillant gradé dans un quartier fermé, Centre de détention). Le déplacement d'une personne détenue, en la changeant de quartier, d'étage ou de cellule, est l'action qui vient à la fin d'une chaîne d'opérations de négociations, de prévisions, anticipations sur son comportement, classements et catégorisations. Ce déplacement est apparu comme une ressource pour l'action, c'est-à-dire son classement parfois en personne handicapée pour le milieu pénitentiaire.

1.3.2. Restaurer la relation carcérale – un travail autour des normes

La recherche de terrain a permis d'ethnographier la manière dont les changements macrosociologiques s'actualisent dans les actions. Nous avons analysé le travail autour des normes en deux axes, du côté des professionnel.le.s de la prison et du côté des prisonniers.

1.3.2.1. Du côté des professionnel.le.s

Nous nous sommes concentrée sur les façons qu'avaient les différents métiers mais aussi les prisonniers de définir le handicap. Il s'est agi de comprendre, tout d'abord le handicap comme réalité phénoménologique. Selon Alain Blanc « *la sociologie du handicap suppose une phénoménologie du corps déficient* »⁷¹. Cela signifie de l'inscrire dans un « *environnement matériel, par exemple illustré par les appareillages et l'organisation des formes concrètes de*

⁷¹ BLANC, A. *Sociologie du handicap*. Paris : Armand Colin, 2015, 2^{ème} édition, p. 10.

la vie sociale »⁷². Dans un premier temps, nous nous sommes concentrée sur la description de l'environnement « *inhospitalier* »⁷³ du dispositif carcéral, les groupes professionnels qui en font partie, les aménagements. Nous décrivons, dans une logique interactionniste, l'incertitude que les particularités physiques et mentales créent au sein des établissements.

Comme cela a déjà été indiqué, plusieurs métiers se côtoient en prison, chacun appartenant à un ordre normatif différent – justice, médecine, travail social, école. Ils peuvent parler des langages différents et surtout vouloir des choses différentes pour les prisonniers. Les reclus, de même, peuvent avoir des postures différentes face à l'institution qui les enferme. *A priori*, les positions des acteurs peuvent s'opposer, entrer en conflit et ne pas trouver de terrain d'entente.

La question de départ de l'ethnométhodologie de Garfinkel, « *comment font-ils pour agir ensemble ?* »⁷⁴, se pose clairement dans notre recherche. De surcroît, dans le monde carcéral, les différents métiers doivent agir sur les mêmes personnes. Comment des logiques différentes de traitement peuvent coexister autour des mêmes personnes : la sanction, le soin, l'assistance, la réadaptation sociale ? Mais surtout, comment les professionnel.le.s catégorisent les personnes détenues et leurs appliquent différents traitements ?

Selon Garfinkel, les acteurs ont la capacité et les connaissances nécessaires pour analyser les situations dans lesquelles ils se trouvent et d'agir en fonction. Ils n'appliquent pas aveuglement des valeurs et des normes. Les discours, les actions et les procédures sont le résultat d'une connaissance et d'une mise en place pratique des valeurs. De même, bien qu'ils ne connaissent pas tous les récents développements de la question du handicap, les acteurs connaissent les préjugés qui peuvent y être liés, ainsi que les valeurs qui y sont attachées ou bien encore les différentes manières de détecter le handicap⁷⁵.

Les configurations particulières de chaque établissement donnaient lieu à des manières communes d'envisager le handicap et de la façon de le prendre en charge. Le travail autour de la norme semblait s'accomplir dans les relations et les interactions entre les différents métiers et les prisonniers. Il s'agissait d'établir des conventions autour de différentes façons de classer, de collaborer et de prendre en charge. Nous avons constaté sur le terrain que chaque

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ LE BRETON, D. L'ethnométhodologie, In : LE BRETON, D. (éd.) *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p. 141-163.

⁷⁵ COULON, A. 2014, *Op. cit.* « *L'acteur social n'est pas un idiot culturel* ».

établissement avait des pratiques et mettait en place des procédures pour la prise en charge du handicap, qui lui étaient propres et qui étaient dépendantes de la configuration locale particulière, comme, par exemple, la lutte d'influence entre les acteurs⁷⁶.

Comme nous l'a dit un jour un surveillant haut gradé : « *on sait qu'on doit travailler ensemble, mais on n'arrive jamais à trouver clairement cet espace où on travaille ensemble. C'est toujours flottant, de personne à personne.* » (Surveillant gradé, responsable du classement au travail et aux activités, Centre pénitentiaire). A la lumière de la théorie des conventions⁷⁷, nous avons analysé cette manière flottante de travailler comme autant de « *régimes d'action* »⁷⁸.

1.3.2.2. Du côté des prisonniers

Les prisonniers ont fait preuve d'une grande réflexivité sur leur situation. Lorsqu'ils ont évoqué des éléments biographiques, ils ont fait apparaître des liens entre les différentes institutions. Apparaissent également dans leur propos des sentiments d'exclusion, de honte, de rejet ou d'opposition. Ils nous fournissent des analyses en termes de rapport de pouvoir et de structure sociale. Nous les avons analysées en termes d'itinéraires moraux⁷⁹. Dans un second temps, ils décrivent la manière qu'ils ont trouvé de s'inscrire dans l'économie relationnelles de la prison. Enfin, leur itinéraire moral et leur manière de s'intégrer dans un système carcéral où ils n'apparaissent pas comme légitimes, donnent lieu à des questionnements identitaires, fortement liées aux questions du genre. Le handicap et l'incarcération viennent interroger leur masculinité.

⁷⁶ COMBESSIE, Ph. *Prisons des villes et des campagnes. Étude d'écologie sociale*. Paris : Les Editions de l'Atelier, 1996, [En ligne] consulté le 04 novembre 2019.

http://classiques.uqac.ca/contemporains/combessie_philippe/prison_des_villes_des_campagnes/prisons_villes_et_campagnes.pdf.

⁷⁷ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard, 1991.

⁷⁸ BOLTANSKI, L. *L'amour et la Justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*. Paris : Gallimard, 2011.

⁷⁹ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*

Synthèse du chapitre 1

Ce chapitre cerne les enjeux entourant la présence de personnes handicapées en prison. Il montre les liens entre la construction de l'objet par sa problématisation, les choix méthodologiques et les implications pour la posture du chercheur.

Le handicap en prison est ici envisagé comme un objet frontière qui trace des frontières institutionnelles, tout en permettant d'établir des liens entre ces institutions. Le chapitre retrace donc la construction de l'objet de la recherche en faisant une « histoire de l'enquête ». Nous envisageons d'abord l'objet comme « fragmenté », se construisant à plusieurs échelles (macro, méso et microsociologique) et temporalités. Les interdépendances évoquées sont analysées à partir de la « méthode itérative ».

La problématisation de la question a impliqué le passage d'un problème social à un problème sociologique, par le processus de construction du terrain de la recherche. Le choix des établissements a été décisif pour cette construction. Nous avons opté pour différents types d'établissements – maison d'arrêt, maison centrale, centre de détention et centre pénitentiaire – possédant des dispositifs de prise en charge du handicap, tout en n'étant pas des établissements spécifiques. Le terrain ainsi construit a permis l'observation du « raisonnement » pénitentiaire, perturbé par la présence de personnes présentant une déficience et par la nécessité d'utiliser d'autres catégories que pénitentiaires.

Un second enjeu fut le positionnement de chercheur par rapport à la définition du handicap dans la construction de la recherche. Initialement à la recherche d'une définition commune – entre une définition normative liée aux textes nationaux et internationaux que nous portons et les définitions « spontanées » des acteurs/trices – au fil de l'enquête, nous avons opté pour une observation des catégories construites dans l'action, telles que la vulnérabilité, le handicap, la sécurité ou la protection.

La suite de la recherche découle de ce renversement. Il s'est agi, par le recueil des données, de « suivre », à la manière de l'ethnographie multi-située, la production de ces catégories. Cette production de catégories révèle les manières dont le handicap s'institue dans le milieu carcéral. Ainsi, l'institution du handicap en prison apparaît comme tributaire des reconfigurations des politiques publiques (chapitre 2), du poids du passé (chapitre 3) et des évolutions du droit

(chapitre 3). L'analyse montre que cette institution est dépendante de la manière dont ces catégories nouvelles seront ancrées dans des configurations et interactions concrètes (partie 2) et incarnées dans les identités et les biographies des détenus (partie 3). Après ce travail, l'hypothèse repose sur l'idée que le handicap, c'est-à-dire la signification sociale donnée à l'altérité physiologique, est socialement construite par les politiques publiques, le droit, les politiques d'établissement, la mise en scène de la vie quotidienne et la manière dont les personnes intègrent biographiquement toutes ces dimensions.

Par ailleurs, le chapitre montre le handicap comme une catégorie « illégitime », c'est-à-dire non naturalisée pour l'univers carcéral, bousculant les logiques professionnelles tout en obligeant les différents groupes professionnels à coopérer. De même, au-delà d'un problème personnel, les déficiences devenaient des questionnements identitaires et moraux pour les prisonniers. Le handicap prenait ainsi l'allure d'une « épreuve » pour l'univers carcéral qu'il s'est agi d'étudier. Les efforts de l'univers se multipliaient pour « restaurer la relation carcérale », contribuant ainsi à mettre en sens le handicap.

Ce constat nous a demandé d'élaborer une posture de recherche combinant méthodologie, problématisation et conceptualisation, tout en prenant en compte les aspects matériels lors du recueil des données. Enfin, nous abordons, le travail d'enquête comme un travail émotionnel dont il s'agit de connaître et d'analyser les effets. Le cadre d'analyse a été construit en lien avec le journal de terrain, en s'appuyant sur la théorie ancrée.

2. Le handicap et la prison : deux catégories de l'action publique ?

Ce chapitre interroge le handicap en prison à un niveau politique et macrosociologique. Ordre social, ordre moral et ordre biologique s'en trouvent mis en tension. Le handicap et la peine sont vus comme des liens à la société et les personnes sont définies par ces liens. Comprendre comment se matérialisent les frontières entre le monde pénal et celui du handicap est devenu une première tâche dans le travail de cette thèse.

La prise en charge du handicap en prison n'est pas une question conceptuelle, mais tout d'abord pragmatique. Elle est venue d'un constat. L'Administration pénitentiaire éprouvait des difficultés pratiques dans la gestion des populations handicapées. Certaines associations de personnes handicapées, des droits des prisonnier.e.s ou des professionnel.le.s de la médecine pénitentiaire ont signalé la présence de personnes handicapées et ont dénoncé la mauvaise gestion du handicap en prison. Par ailleurs, des articles de presse font référence à « *la double peine* »⁸⁰ que vivent les personnes handicapées en prison, aux « *traitements inhumains* »⁸¹ dont elles sont l'objet, de leur « *calvaire* »⁸². Ces articles reprennent souvent les chiffres d'études que nous citerons plus loin, ainsi que les résultats des procès que les personnes handicapées incarcérées ont intentés à la France auprès d'un Tribunal Administratif ou de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

Cette question impose d'emblée une réflexion sur les articulations entre médecine et justice et ce, à plusieurs niveaux : une pathologie⁸³ peut-elle être responsable d'un comportement déviant ? Ce niveau interroge les liens entre ordre biologique et ordre social. Une pathologie peut-elle exclure du monde de la justice au profit de la médecine ? Ici, ce sont les liens entre un

⁸⁰ Le handicap et la double peine de prison, OUEST France. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/morbihan/le-handicap-la-double-peine-en-prison-5731459>.

⁸¹ Les détenus handicapés, quand le traitement devient-il inhumain et ou dégradant, CONTREPOINTS. <https://www.contrepoints.org/2015/02/24/199023-les-detenus-handicapes-quand-le-traitement-devient-il-inhumain-ou-degradant>.

⁸² Le calvaire d'un détenu handicapé reconnu par la justice, Les Inrocks. <https://www.lesinrocks.com/2011/07/12/actualite/actualite/le-calvaire-dun-detenu-handicape-reconnu-par-la-justice>.

⁸³ Le mot pathologie est utilisé comme synonyme de « trouble » et « état de santé incompatible avec la détention », termes utilisés dans le Code pénal.

ordre moral et un ordre social qui sont questionnés. Enfin, une pathologie peut-elle exclure du monde de la peine ? Si la personne jugée n'est pas « *capable* » de subir une peine, cela interroge l'opposition entre ordre biologique et ordre moral.

De ce point de vue, la question du handicap en prison est chargée de valeurs, parfois contradictoires, et touche aux déontologies et aux doctrines propres à chaque champ, médical, social ou juridique. Même si le traitement du handicap en prison n'est pas devenu un objet de controverse⁸⁴, il interroge les marges et les frontières des politiques publiques – de santé, sociale et pénale. Il questionne également l'angle mort se trouvant à leur intersection, la possibilité qu'une personne soit à la fois l'objet d'une peine et le sujet de la solidarité nationale. Plus précisément, comment une personne jugée pénalement responsable et écartée de la société peut, en même temps, être désignée vulnérable et donc nécessitant une protection sociale ?

Pour comprendre comment se joue en pratique la condition du détenu handicapé, nous avons cherché à comprendre les usages carcéraux du handicap, les ajustements et les adaptations organisationnelles et identitaires dans l'attribution de la qualité qui peuvent donner lieu ou non au statut handicapé au sein d'une prison.

Cette enquête a soulevé de nombreuses questions. Pourquoi cette relation, jamais anodine, de répulsion et d'attraction entre ces deux statuts ? Depuis le début, ces mots maintes fois entendus : « *s'il est handicapé, il ne peut pas être criminel* » ou « *s'il est en prison, c'est qu'il a bien quelque chose, un handicap* ». Pourquoi cette évidence des liens entre une différence biologique et des qualités morales ? Situation qu'un directeur de prison résume de cette manière : « *Il y a des personnes handicapées partout. Pourquoi il n'y en aurait pas en prison ? Il faut juste adapter la prison, mais on préfère, soit dire qu'elles n'existent pas, soit dire qu'elles n'ont pas leur place en prison.* » (Entretien avec un directeur de DISP)

L'angle pragmatique adopté par ce directeur est empreint de bon sens mais la question n'apparaît que très rarement ainsi dépouillée de considérations historiques, sociétales, éthiques ou politiques. En effet, les entretiens, les conversations informelles, les écrits professionnels⁸⁵ font état de toutes ces dimensions.

⁸⁴ RENNES, J. Les controverses politiques et leurs frontières, *Études de communication* [En ligne], 47 | 2016, mis en ligne le 01 décembre 2018, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/edc/6614>

⁸⁵ Nous avons pu consulter des mémoires de futurs directeurs de prison ou de conseillers d'insertion et de probation.

2.1. Les frontières des politiques du handicap et des politiques de la peine de prison

Il y a d'abord un discours médiatique, associatif, scientifique très prégnant sur l'incarcération fréquente de personnes handicapées, malades, pauvres. C'est dans cette direction que notre regard s'est orienté. Comment appréhender ce phénomène et le discours qu'il nourrit : que veulent dire les chiffres ? A quels processus assistons-nous ? Peut-on parler d'une « *criminalisation* »⁸⁶ des personnes handicapées ? Les politiques publiques évoluent-elles dans une direction qui reconfigure nécessairement les catégories ? La prison est-elle un endroit qui crée le handicap ? S'agit-il d'une question politique, sociale, ou bien, doit-elle être regardée seulement comme une problématique individuelle concernant peu de personnes ?

Pour réfléchir sur la peine et le handicap comme deux catégories de l'action publique, nous nous sommes appuyée sur la figure du « *pauvre* »⁸⁷ telle que conceptualisée par Simmel. Selon cette conception, le pauvre est construit non pas à partir de qualités inhérentes à sa personne, ni d'un comportement particulier ou bien d'une situation économique mais plutôt à partir de la relation qu'il établit à la société dans laquelle il vit. Son statut est relatif et caractérisé par la relation d'assistance et donc de dépendance. La pauvreté est une question non de substance mais de lien, entre l'individu et la société. Ce lien structurel se prolonge par le concept de « *cristallisation* »⁸⁸. Ce concept décrit les interactions au sein de différents groupes sociaux qui en dessinent les formes et les rendent visibles. Mais ces interactions ne sont pas éphémères, comme le dit Simmel :

« Là où une réunion a eu lieu, dont les formes persistent bien que des membres s'en aillent et de nouveaux entrent; là où une possession commune extérieure existe, dont l'acquisition et la jouissance ne sont pas l'affaire d'un individu; (...) là où le droit, la coutume, le commerce ont constitué des formes auxquelles chaque personne doit se soumettre et se soumet qui entre en un certain rapport local avec d'autres — là, en tous ces lieux, il y a société, là l'interaction s'est cristallisée en un corps qui la distingue

⁸⁶WACQUANT, L. *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, Marseille : AGONE, 2004.

⁸⁷SIMMEL, G. *Les pauvres*, Paris : PUF, 1998.

⁸⁸SIMMEL, G. *Sociologie. Etudes sur les formes de socialisation*, Paris : PUF, 2013, p.16.

comme interaction sociale de celles qui disparaissent avec les sujets qui les font naître et avec leur comportement instantané. »⁸⁹

Dans le cas des politiques du handicap et de la peine, les personnes se trouvent prises dans des relations sociales qui orientent les interactions. Ces relations se matérialisent à travers des catégories sociales – handicapé, vulnérable, criminel, etc. Dans cette optique, le handicap n'a pas pour origine une différence biologique, mais la relation qui rend cette différence visible et socialement significative⁹⁰. De même, en suivant Durkheim dans sa très célèbre définition du crime : « nous ne réprouvons pas un acte parce qu'il est criminel, mais il est criminel parce que nous le réprouvons »⁹¹. Il est évident que l'acte criminel n'est pas envisagé comme une substance, mais comme une activité réprouvée et donc rendue socialement significative. Ces liens peuvent être illustrés par des concepts interactionnistes, tels que l'étiquetage⁹² ou la désignation sociale⁹³ des catégories déviantes, qui matérialisent des rapports inégalitaires à la société.

Les deux catégories qui nous intéressent ne sont pas statiques. Elles sont touchées par les évolutions sociales, liées, par exemple, à la place du droit dans les sociétés occidentales. Nos sociétés valorisent de plus en plus « l'empowerment » et donc la possibilité d'établir des relations moins inégalitaires entre l'Etat et les personnes désignées comme dépendantes. Alors que le renforcement des capacités d'agir est inscrit dans les agendas politiques, des chercheurs en sciences sociales dénoncent le « tournant punitif » que prennent ces mêmes politiques⁹⁴. De ce point de vue, qu'est-ce qui différencie et rapproche ces deux catégories ?

En premier lieu, les deux peuvent être considérées comme des politiques publiques. La définition d'une politique publique est ici très large. Les politiques sociales, la santé publique, les politiques urbaines, l'environnement, mais aussi la sécurité alimentaire et nucléaire sont autant de phénomènes qui visent des populations, des lieux, des difficultés ou des risques qui pèsent sur la société. Dans la littérature scientifique, les définitions de l'action publique sont

⁸⁹ SIMMEL cité par SAGNOL, M. Le statut de la sociologie chez Simmel et Durkheim. *Revue française de sociologie*, 1987, 28-1. p. 101.

⁹⁰ STIKER, 2013, *Op. cit.* ; EBERSOLD, 1992, *Op. cit.*

⁹¹ DURKHEIM, E. Définitions du crime et fonction du châtimeant. In : *De la Division du travail social*. Paris : PUF, 2013, première édition 1893, p.4.

⁹² BECKER, H. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : Editions Métailié, 1985.

⁹³ OGIEN A. L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers. *Revue française de sociologie*, 1986, 27(1) p. 29-46.

⁹⁴ Pour une revue des travaux sur le « tournant punitif », voir FASSIN, D. *Punir. Une passion contemporaine*. Paris : Editions Seuil, 2017 ; WACQUANT, 2004, *Op.cit.*

multiples et vont d'une vision centrée sur l'Etat⁹⁵ à une vision qui donne la possibilité à un grand nombre d'acteurs d'agir, d'influencer et de définir les problèmes publics⁹⁶. La définition que donnent Lascoumes et Le Galès de l'action publique est la suivante :

« *Mais au-delà du traitement au cas par cas des enjeux sociaux, les politiques publiques sont une action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique, à la direction de la société, à la régulation de ses tensions, à l'intégration des groupes et à la résolution des conflits.* »⁹⁷

Une autre définition envisage l'action sociale comme « *l'ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux* »⁹⁸.

Ainsi, le handicap et la peine constituent deux catégories assez traditionnelles de l'action publique, car elles se caractérisent par des lois spécifiques, des orientations politiques générales, des référentiels, des crédits, des administrations et des professionnel.le.s, des publics-cibles, des directions et des objectifs plus au moins précis.

Si elles ont un objectif commun, de protéger la société et de lutter contre les exclusions, elles ont aussi des mandats particuliers. Ces derniers déterminent l'action quotidienne des acteurs. Ainsi, la politique pénale a une visée répressive, la politiques du handicap une visée de solidarité. Dans les deux cas, il s'agit de gouverner des populations sélectionnées comme faisant partie d'un champ d'action publique. En lien avec les évolutions des politiques publiques et du droit, les deux types de populations apparaissent aujourd'hui comme des « *usagers* » des services publics en réponse à des risques sociaux – de sécurité et d'exclusion – dont l'adhésion aux prises en charge est demandée⁹⁹.

Ces deux politiques publiques se construisent notamment à partir de frontières. En définissant ce qu'elles sont – le problème social auquel répondre, le mandat, la technique professionnelle et les populations ciblés, ces politiques définissent aussi ce qu'elles ne sont pas. Andrew Abbott va plus loin en nous disant que les entités (les professions) tracent d'abord les frontières qui les

⁹⁵ JOBERT, B., MULLER, P. *L'Etat en action*. Paris : P.U.F. 1987.

⁹⁶ CALLON, M., LASCOUMES, P., BARTHE, Y. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Les Editions du Seuil, 2001.

⁹⁷ LASCOUMES, P., LE GALES, P. *Sociologie de l'action publique*. Paris : Armand Colin, 2009, p. 7.

⁹⁸ DUBOIS, V. L'action publique. In : COHEN A., LACROIX B., RIUTORT, Ph. (éds). *Nouveau manuel de science politique*, Paris : La Découverte, 2009, p. 311.

⁹⁹ ASTIER I. *Les nouvelles règles du social*, Paris : PUF, 2007.

délimitent¹⁰⁰ et que leur contenu est en lien avec les frontières ainsi établies. Cette façon de voir les choses consiste à envisager que les différents champs n'existent pas en soi, mais à partir des frontières qu'ils tracent entre eux. Selon Abbott, « *on ne devrait pas chercher les choses des frontières mais les frontières des choses* »¹⁰¹. Il prend pour exemple, notamment la constitution du travail social au début du XXème siècle aux Etats-Unis qui a consisté d'abord à délimiter les tâches et les métiers qui en font partie pour devenir ensuite une institution et un champ d'intervention¹⁰².

Les articulations entre politiques sociales et pénales apparaissent tour à tour évidentes et insaisissables. Elles apparaissent évidentes lorsque nous les envisageons historiquement, les traitements du handicap et de la criminalité semblent avoir des proximités. Cela étant, ces articulations sont difficiles à saisir, car les deux populations apparaissent en opposition dans les représentations, ici vues comme « *les cadres cognitifs et normatifs qui donnent un sens aux actions, les conditionnent mais aussi les reflètent* »¹⁰³.

Ainsi, comprendre comment se matérialisent les frontières entre le monde pénal et celui du handicap est devenu une première tâche dans le travail de cette thèse. Dans les deux cas, il s'agit de politiques publiques qui cherchent à intervenir sur les personnes et leurs environnements. Si les cadres cognitifs de ces politiques sont communs et centrés sur la responsabilité et la vulnérabilité, les populations qui nous intéressent sont différemment positionnées.

¹⁰⁰ ABBOTT, A. Things Of Boundaries, *Social Research*, 1995, Vol. 62, No. 4, p. 857.

¹⁰¹ *Ibid.* p. 857. La citation complète: « *I begin with a basic assertion about the relation of boundaries and entities : social entities come into existence when social actors tie social boundaries together in certain ways. Boundaries come first, then entities* ».

¹⁰² ABBOTT, A. Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries? *Social Service Review*, 1995, vol 69, n°4, p. 545-562.

¹⁰³ LASCOUMES, P., LE GALES, P. 2009, *Op. cit.* p.13.

2.2. La responsabilité individuelle comme ligne de séparation ?

Les représentations qui sont en cours dans les politiques publiques sont reflétées par les sciences sociales qui les étudient. Ainsi, l'étude du handicap et de la prison constituent des champs de recherche établis et délimités. Ils mobilisent des cadres théoriques et conceptuels qui se rapprochent. D'une manière générale, le handicap et la prison sont deux objets saisis par la sociologie depuis longtemps. Les deux posent des questions très générales, liées à l'ordre social et à la normalité¹⁰⁴.

Cependant, chaque champ scientifique se saisit de son objet différemment. Il serait difficile de résumer ici des approches, des positionnements conceptuels et des objets multiples. Toutefois, une partie de la sociologie, s'étant penchée sur le handicap, semble interroger principalement les processus qui construisent des différences biologiques comme politiques, comme socialement invalidantes et/ou identitaires. Ainsi, ces recherches se centrent sur la construction administrative du statut de la personne dite « handicapée »¹⁰⁵, sur les établissements spécifiques et les professions¹⁰⁶, mais aussi sur les manières de vivre concrètement avec une déficience¹⁰⁷.

D'autre part, alors qu'un grand nombre d'associations de personnes handicapées se mobilisent dans une activité législative et juridique, d'autres travaux de recherches en sciences sociales ne manquent pas de se saisir des questions d'accès aux droits¹⁰⁸ et d'émancipation¹⁰⁹. Enfin, certains cherchent à connaître le lien entre les différentes institutions sociales (travail, famille, école) et la construction même des déficiences¹¹⁰. Selon Alain Blanc, la sociologie du handicap

¹⁰⁴ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*

¹⁰⁵ CHAUVIERE, M. *Enfance inadaptée : L'héritage de Vichy. Suivi de : L'efficace des années quarante*, Paris : L'Harmattan, 2009, première édition 1981. ; EBERSOLD, 1992, *Op. cit.* ; STIKER, 2013, *Op. cit.* CARADEC, V. EIDELIMAN, J-C ; BERTRAND, L. CeRIES, Université Lille 3 *Être reconnu travailleur handicapé, entre logiques institutionnelles et trajectoires individuelles*, Rapport de recherche CNSA, 2010. ; BAUDOT, P-Y. (coordination) *Les MDPH : un guichet unique à entrées multiples*, Rapport de recherche CNSA, 2013.

¹⁰⁶ BLANC, A. *Les handicapés au travail. Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*, Paris : Dunod, 2004. ; DUPONT, H. *Ni fou, ni gogol. Orientation et vie en ITEP*. Grenoble : PUG, 2016.

¹⁰⁷ GARDIEN, E. *L'Apprentissage du corps après l'accident. Sociologie de la production du corps*, Grenoble : PUG, 2008. WINANCE, M. *Thèse et prothèse : le processus d'habilitation comme fabrication de la personne. L'Association Française contre les Myopathies face au handicap*. Thèse de doctorat en Sociologie. École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2001.

¹⁰⁸ BERTRAND, L., CARADEC, V., EIDELIMAN, J-C. Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles, *Sociologie*, vol. 5, no. 2, 2014, p. 121-138. ; MEZIANI, M., EBERSOLD, S. MAYOL, S., TOLEDO, R. *Les conditions de mise en œuvre du GÉVA Sco. Usages sociaux d'un outil visant à l'harmonisation de la scolarisation des élèves handicapés*. Rapport de recherche pour la CNSA, Suresnes : INS HEA, 2016.

¹⁰⁹ GARDOU, C. *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse : ERES, 2012.

¹¹⁰ BODIN, R. Une sociologie du handicap est-elle possible ? *Savoir/Agir*, vol. 47, no. 1, 2019, p. 13-22.

est constituée de trois axes : l'étude des aspects corporels et matériels du handicap, les formes d'action qui le concernent et « *les valeurs permettant de mettre en relation sens et actions* »¹¹¹ *In fine*, il s'agit de cerner et d'étudier le double processus relatif à la socialisation du biologique et à la biologisation du social¹¹².

Les études sur la prison sont tout aussi riches et multiples. D'apparence plus « *sociologique* » que le handicap, « *aucune construction de l'objet « prison » n'est simple* »¹¹³. En effet, selon Chantraine, dans une perspective historique et macrosociologique on pourrait s'intéresser à la construction sociale de la population incarcérée et dans une perspective microsociologique à la manière dont l'institution fonctionne réellement¹¹⁴. Dans les recherches effectuées en prison, on interroge notamment les effets totalisants de l'institution¹¹⁵, leurs assouplissements et les porosités de ces murs¹¹⁶, les groupes professionnels¹¹⁷, les prisonniers avec leurs trajectoires, marges de manœuvre et représentations identitaires¹¹⁸. Le regard se porte également sur les relations que ces groupes « *antagonistes* »¹¹⁹ établissent. Les recherches montrent un milieu, qui, malgré de nombreux changements, continue à apparaître comme un « *dispositif guerrier défensif* »¹²⁰, c'est-à-dire un milieu où les rapports sont essentiellement empreints de violence¹²¹. Les relations entre prisonnier.e.s et surveillant.e.s s'apparentent toujours à « *une paix armée* »¹²². La prison et ceux et celles qui la peuplent sont décrits par les rapports d'opposition, les stratégies et les négociations et les trajectoires qui les mènent en prison.

Les deux champs de recherches montrent que la figure de la personne handicapée et de la personne détenue sont différemment construites par les champs d'intervention respectifs. Historiquement, au début du XXème siècle, la déficience cesse d'être le signe d'un pêché

¹¹¹ BLANC, A. 2015, *Op. cit.*, p. 12-13.

¹¹² EBERSOLD, S. 1992, *Op. cit.*

¹¹³ ROSTAING, C. *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons pour femmes*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997, p. 5.

¹¹⁴ CHANTRAINE, G. La sociologie carcérale : approches et débats théoriques en France. *Déviance et société*. 2000 - Vol. 24 - N°3. p. 297-318.

¹¹⁵ ROSTAING, C. 1997, *Op. cit.*

¹¹⁶ COMBESSIE, P. 1996, *Op. cit.*

¹¹⁷ CHAUVENET, A., ORLIC, F., BENGUIGUI, G. *Le monde des surveillants de prison*, Paris : Presses universitaires de France, 1994 ; MILLY, B. *Soigner en prison*. Presses Universitaires de France, 2001.

¹¹⁸ LE CAISNE, L. *Prison. Une ethnologie en Centrale*, Paris : Editions Odile Jacob, 2000

¹¹⁹ ROSTAING, C. Quelques ficelles de sociologie carcérale, *Criminocorpus* [En ligne], Prison et méthodes de recherche, Communications, mis en ligne le 30 juin 2017, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3552>

¹²⁰ CHAUVENET, A. Guerre et paix en prison, *Cahiers de la sécurité intérieure*, n° 31, 1998, p. 91.

¹²¹ CHAUVENET, A., MONCEAU, M., ORLIC, F., ROSTAING, C. *La violence carcérale en question*, Paris : CNRS/EHESS

¹²² CHAUVENET, A. 1998, *Op.cit.* p. 92.

commis. Elle appelle progressivement un devoir d'assistance et le développement d'appareils législatifs et techniques pour le retour à une vie normale. Si, politiquement les personnes handicapées ne sont plus vues comme coupables et responsables, la contrepartie est qu'elles doivent acquérir les propriétés sociales pour assumer le rôle du « *handicapé* ». Elles doivent « *acquérir des valeurs morales qui permettent [de] [...] s'adapter à la qualité de handicapé* »¹²³. Les personnes handicapées ne sont donc plus responsables de leur déficience mais de leur normalisation réussie qui passe par une adhésion aux aides et aux dispositifs proposés¹²⁴.

Les études anglo-saxonnes sur le handicap, ou *disability studies*, sont intimement liées aux mouvements pour les droits civiques des personnes handicapées. On y dénonce une société qui ne prend pas en compte les personnes différentes et construite uniquement pour « *les valides* », c'est-à-dire une « *société d'oppression* »¹²⁵.

Avec l'Etat-Providence, la criminalité s'est également construite comme un risque social inhérent à la société contemporaine, mais la responsabilité et même la culpabilité individuelle y priment¹²⁶. Les personnes sont tenues pour individuellement responsables du malheur qu'elles ont infligé. Plusieurs recherches s'attachent depuis longtemps à montrer que la prison est peuplée par les populations les plus fragiles, politiquement, socialement ou psychologiquement. Des travaux en sciences sociales ont remis en question l'image du prisonnier comme « *ennemi* »¹²⁷, faisant partie d'une culture criminelle et possédant des valeurs morales opposées à celles qui sont en cours dans la société. Cependant, cette image persiste socialement.

Les représentations de la responsabilité individuelle nous apparaissent comme une ligne de séparation entre les deux populations. Selon la manière de définir la responsabilité, prisonnier.e.s et personnes handicapées sont positionnées différemment. Qu'elle soit définie dans une optique restreinte, de possibilité de répondre de ses actes devant un tribunal, ou dans une optique plus large, être responsable de soi-même, la responsabilité entraîne des questionnements autour de la capacité et donc de la culpabilité. Ces notions influenceront le traitement des différentes populations. Pour les personnes handicapées, c'est autour de l'adhésion aux valeurs sociales, de travail, de santé, et de droit que la question se construit. Les

¹²³ EBERSOLD, S. 1992, *Op. cit.* p.188.

¹²⁴ ASTIER, 2007, *Op. cit.*

¹²⁵ ALBRECHT, G., RAVAUD, J.-F., STIKER, H.-J. L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*. 2001, Volume 19, n°4, pp. 43-73.

¹²⁶ EWALD, F. *L'Etat providence*, Paris : Grasset, 1986.

¹²⁷ CHAUVENET, A. ; ORLIC, F. Sens de la peine et contraintes en milieu ouvert et en prison, *Déviance et Société* 2002/4 (Vol. 26), p. 443-461.

prisonnier.e.s, tout d'abord justiciables, sont, de leur côté, marqué.e.s par un lien d'opposition à la société. Les deux champs sont régis par des conventions morales qui apparaissent inconciliables.

2.2.1. Le traitement social des déficiences

Les études sur le handicap sont plus particulièrement marquées par la tentative de comprendre la construction du champ et les différents traitements qui y sont liés¹²⁸. En effet, le handicap est une catégorie large qui peut cibler des populations très hétéroclites. Entre les déficiences motrices et intellectuelles, la surdité et la maladie mentale, la malvoyance et la maladie chronique, les différences de vécu et de rapport au monde sont très diverses¹²⁹.

Le traitement social de la déficience est largement dépendant des époques et des cultures. Néanmoins, il semble traversé par des logiques relatives à la mise en sens du corps infirme, donnant lieu à des phénomènes d'inclusion/exclusion sur les plans symboliques ou quotidiens¹³⁰, le situant ainsi toujours dans une position liminaire. Le champ du handicap est traversé par des luttes et des enjeux portant sur le traitement social du corps différent qui mettent en perspective des logiques et mécanismes de traitement¹³¹.

Aujourd'hui, le handicap est une catégorie d'action publique pour laquelle il s'agit de reconnaître une particularité corporelle. En effet, la loi de 2005 définit le handicap comme provenant d'une déficience ou « *altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »¹³²

La catégorie du handicap, telle qu'instituée de nos jours, permet d'envisager une nouvelle relation, d'égalisation des chances des personnes handicapées, en construisant une société plus inclusive. Les moyens que la société se donne pour permettre une « *participation sociale* » de

¹²⁸ EBERSOLD, 1992, *Op. cit.*

¹²⁹ BLANC, 2015, *Op. cit.*

¹³⁰ STIKER, 2013, *Op. cit.*

¹³¹ EBERSOLD, 1992, *Op. cit.*

¹³² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

tous ses citoyens sont « *l'accessibilisation* » de l'environnement et « *la compensation* » des effets des déficiences.

La catégorie du handicap, et notamment depuis la loi de 2005, tend donc à instaurer une nouvelle « *relation* »¹³³ entre les personnes considérées handicapées et le reste de la société. La « *participation sociale* », vue comme la possibilité d'accomplir les activités sociales, professionnelles, familiales et politiques, est un droit des personnes. Les conditions d'exercer ce droit est un devoir de l'Etat. La responsabilité d'une relation inégale ou discriminante est imputée à la société, que ce soit du point de vue légal, du traitement social ou des représentations.

Selon le discours officiel, l'ordre social n'est plus bafoué par les personnes handicapées, puisqu' « *elles sont différentes, comme tout le monde* »¹³⁴, selon un slogan bien connu, mais par la société.

Malgré le pouvoir toujours stigmatisant de la déficience, les approches dominantes sont traversées par une logique d'adhésion aux valeurs sociales telles que « *égalité* », « *dignité* », « *autonomie* » ou « *vivre-ensemble* ». D'ailleurs, c'est aux individus concernés que revient la tâche de faire reconnaître leur statut de personne handicapée. Il faut établir un dossier composé des expertises médicales mais aussi d'un projet de vie et le soumettre auprès d'une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le projet de vie, élément réglementaire du dossier, est porteur de cette nouvelle normativité qui considère les personnes capables de se saisir des dispositifs, d'y adhérer, de se raconter et de formuler une demande socialement acceptable¹³⁵.

Aujourd'hui encadré par des législations nationales et internationales¹³⁶, le handicap, tout en restant au quotidien une notion mouvante et difficile à saisir¹³⁷, un consensus moral semble à l'œuvre¹³⁸.

¹³³ Dans le sens de SIMMEL, 1998, *Op. cit.*

¹³⁴ Association de personnes handicapées : <http://www.differentcommetoutlemonde.org/>

¹³⁵ ASTIER, 2007, *Op. cit.*

¹³⁶ CIF 2001, OMS ; Convention relative aux droits des personnes handicapées 2003, ONU ; Loi du 11 février 2005

¹³⁷ FILLION, RAVAUD, VILLE, 2014, *Op. cit.*

¹³⁸ BAUDOT, P-Y., BORREL, C., REVILLARD, A. Les politiques du handicap, *Terrains et Travaux*, 2013 n°23, p. 5-15.

Ainsi, il est difficile d'imaginer qu'une personne handicapée puisse subir une peine, tant le handicap positionne les personnes dans une relation à la société qui n'a pas besoin d'être interrogée.

Lors de notre recherche, à plusieurs reprises des activistes (militant.e.s, bénévoles), tout comme certains professionnel.le.s évoqué.e.s plus hauts, ont fait remarquer l'impossible présence de personnes handicapées en prison. Parfois, notre sujet de recherche a inspiré des réactions spontanées, telles que décrites dans cet extrait du journal de terrain :

Extrait du journal de terrain : « *Les handicapés sont gentils* »

16 février 2016, Casablanca, table-ronde regroupant des activistes dans des associations de personnes handicapées, des comités des droits de l'homme.

Plusieurs rencontres autour du handicap. Une session est même prévue pour le handicap en prison. Je suis très étonnée par ce fait, car lors des invitations en France, si le sujet est la prison, les organisateurs me préviennent que je ne dois pas trop parler de handicap et inversement. Les différents participants (que des hommes) se sont d'abord présentés les uns aux autres. Lorsque je me présente à un monsieur d'un certain âge, militant au sein d'une association pour les droits des personnes handicapées, il s'écrie « *le handicap en prison ? mais vous ne pouvez pas faire ça !* », puis il ajoute « *parce qu'il y a des personnes handicapées en prison ?* », je réponds « *oui, bien sûr, comme partout* », « *non ce n'est pas possible, je ne crois pas, les personnes handicapées sont gentilles, ne peuvent pas faire le mal, il faut surtout les défendre et protéger. Ou sinon, ils ne sont pas si handicapés* ». Plus tard, je le croise dans l'hôtel (où sont hébergées toutes les personnes qui participent à cette rencontre) et il continue à me donner des arguments sur l'impossibilité qu'une personne handicapée puisse commettre un crime. « *Les handicapés sont gentils, mais aussi ils sont courageux. Ils ne sont pas lâches ou mauvais comme les criminels.* »

Un autre extrait du journal montre la vision inverse.

Extrait du journal de terrain : « *Pour commettre des crimes, il faut être fort physiquement et mentalement.* »

Novembre 2015. Conversation téléphonique avec un responsable dans une association militante des droits des prisonniers. Il intervient souvent en prison. La discussion tourne vite court. Il me dit rapidement « *mais je ne comprends pas votre étude, comment ça handicapés ? Déjà ce n'est pas sympa de parler de handicapés. Mais en plus, vous savez, pour être en prison, c'est qu'on a commis des crimes. Et pour commettre des crimes, il faut être fort physiquement et mentalement.* »

Ces deux réactions spontanées montrent comment les figures de la personne handicapée et de la personne détenue restent figées dans les représentations. Elles apparaissent comme des états immuables, figeant les personnes.

2.2.2. Le traitement pénal de la déviance

D'évidence, les personnes détenues semblent plus faciles à saisir que les personnes handicapées puisqu'elles sont « *sous écrou* ». Mais une fois saisies, il est difficile de les caractériser par une seule relation à la société. En effet, il existe en prison une variété de personnes ayant transgressé l'ordre public de multiples manières. Il est admis, depuis Foucault, qu'une des dimensions de la prison a été la construction de la catégorie de la délinquance, visant les populations « *surnuméraires* » non intégrées à l'ordre social¹³⁹. Cet ordre social était marqué par la conformité aux normes naguère, et par la capacité d'être autonome et de correspondre aux formes du marché du travail aujourd'hui¹⁴⁰. Considérée par beaucoup de sociologues¹⁴¹ comme le lieu de traitement des populations les plus démunies, la prison est – et les médias ne manquent jamais de le rappeler – aussi le lieu d'enfermement des personnes considérées comme très dangereuses. La question de la prison est éminemment conflictuelle et aucun consensus moral ne semble pouvoir se dessiner. Les effets symboliques et politiques de la prison n'arrivent pas à cacher sa violence et son action néfaste.

La peine de prison est d'abord un instrument légal de l'action publique pénale. Elle sanctionne un acte, la responsabilité individuelle est dans le fondement du jugement pénal. En ce sens, les justiciables sont tout d'abord vus comme capables et coupables. Les prisonniers sont séparés du reste de la population parce qu'ils ont transgressé un ordre social.

¹³⁹ FOUCAULT, M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard, 1973.

¹⁴⁰ AKRICH, M., CALLON, M. L'intrusion des entreprises privées dans le monde carcéral français : le programme 13 000, In : ARTIERES P, LASCOUMES P (éd.). *Gouverner, enfermer : la prison, modèle indépassable ?* Paris : Presses de Sciences-Po, 2004, p. 295-317.

¹⁴¹ Voir l'entretien avec Gilles Chanteraine sur le site de l'Observatoire international des prisons : <https://oip.org/analyse/la-prison-reste-avant-tout-un-lieu-de-gestion-de-la-grande-precarite-sociale/> ; WACQUANT, L. *Les prisons de la misère*. Paris : Raisons d'agir, 1999. ; MARCHETTI A.-M., *Pauvretés en prison*, Paris : ERES, 1997.

La responsabilité et même la culpabilité sont mises en jeu dans certains discours. Lors des discussions informelles avec des professionnel.le.s de la prison, ils et elles semblent envisager que l'acte commis venait gommer une fragilité :

« Il n'y a pas de raison qu'ils ne soient pas enfermés, s'ils ont fait quelque chose c'est qu'ils ne sont pas si handicapés. De toute façon les vrais handicapés, ils ne peuvent pas être en prison, même quand ils commettent des violences. » (Conseillère Pénitentiaire d'insertion et de probation, Maison d'arrêt).

De la même manière, une des créatrices d'un groupe de travail sur la prison, au sein d'une association de personnes handicapées, reconnaîtra que monter ce groupe et le faire exister est très difficile :

« Pourquoi ? C'est évident. Mais parce que, quand on discutait au début, il y en avait qui disaient « mais s'ils attaquent les gens, s'ils ont fait du mal, parfois même à d'autres handicapés, ben nous, on ne veut pas travailler pour eux ». Déjà, pour les autres handicapés il y a tellement de choses à faire, pourquoi s'occuper de ceux qui font du mal ? » (Adhérente d'une association de personnes handicapées, à l'initiative du groupe Handicap en prison au sein de cette association)

Ce type de discours se confirmera aux réunions de ce groupe, un jour une participante déclarera : *« Moi, de toute façon je suis prête à faire ce travail mais seulement pour des personnes qui sont en prison par accident. Par hasard, je veux dire »*. A l'étonnement général, elle s'explique :

« Oui, parce que des violeurs ou autres, ça ne m'intéresse pas. Il y a des gens dans un accident de vie, par exemple, accident de voiture ou autre, ils peuvent se retrouver en prison. Ces gens, ils valent qu'on s'occupe d'eux, mais les autres, je ne peux pas, moi. » (Adhérente d'une association de personnes handicapées, participante au groupe Handicap en prison au sein de cette association)

La discussion avec l'un des créateurs du groupe travaillant sur le handicap en prison va dans le même sens. Lors d'un premier rendez-vous, il nous informe qu'ils sont à la recherche des cas de prisonniers handicapés pour pouvoir nourrir leur plaidoyer. Ils avaient trouvé un très « bon cas », une personne « grabataire » nécessitant des soins constants. Mais cette personne ayant commis des infractions jugées très graves, l'association a dû abandonner.

Nous avons donné ici exclusivement des exemples qui touchent au handicap moteur. Ils ont le mérite de nous mettre d'emblée devant la contradiction : comment défendre et éventuellement protéger une personne responsable d'avoir commis des actes répréhensibles ? Cette question se pose un peu différemment dans les associations de personnes ayant un handicap psychique ou mental, puisque le lien entre trouble et infraction est souvent supposé.

2.3. La vulnérabilité comme trait commun ?

La question du handicap tend à se construire, depuis une trentaine d'années, non plus autour d'une déficience inscrite dans les individus mais autour de l'interaction entre une différence biologique et l'environnement social. Au début des années 80 les *Disability studies* ont eu tendance à séparer ces approches entre « *modèle médical* » et « *modèle social* », quand les travaux en France se sont plus intéressés aux articulations entre médical et social, comme par exemple dans les processus de médicalisation de l'échec scolaire¹⁴². L'approche nord-américaine renvoie le « *modèle médical* » à une approche centrée sur l'individu, quand, en opposition, le « *modèle social* » du handicap adopte une approche contextuelle dans laquelle l'environnement inaccessible est considéré comme handicapant. Les développements québécois ont donné lieu à une approche en termes de processus où le handicap est produit dans les interactions avec des environnements¹⁴³. En France, la recherche sur le handicap semble être beaucoup plus fragmentée qu'ailleurs. Elle est traversée par une tension entre des approches se revendiquant des *Disability studies* et s'organisant autour d'une conception interactionniste du monde social et des approches socio-constructivistes mettant l'accent sur les interdépendances entre les dimensions institutionnelles, organisationnelles, fonctionnelles pour positionner socialement le handicap dans l'espace des positions sociales.

Aujourd'hui, l'explication contextuelle, interactionniste et socio-constructiviste, prime quant aux populations en prison. Se retrouvent enfermées les personnes qui multiplient les fragilités, ayant vécu dans des environnements caractérisés par de nombreuses carences. La responsabilité morale est atténuée par les profils très démunis des prisonniers.

« Mais au XXe siècle, la dimension sociologique de la prison l'emporte largement sur sa dimension morale – ceux qui analysent les prisons ont clairement conscience de ce que les détenus échouent souvent là faute de trouver place dans la société – tandis que, dans les débats du XIXe siècle, c'est la question de la responsabilité individuelle qui est au centre. C'est bien l'homme que les réformateurs ont en vue, mais comme pure

¹⁴² PINELL, P., ZAFIROPOULOS, M. La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1978/24, p. 23-49.

¹⁴³ FOUGEYROLLAS, P. L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 4-2 | 2002, mis en ligne le 23 septembre 2012, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/pistes/3663>.

*conscience, non comme être pris dans un réseau de relations et de représentations sociales. »*¹⁴⁴

Les déterminismes sociaux sont de plus en plus envisagés dans l'explication de la criminalité. Il faut comprendre tous les manques – sociaux, économiques, psychologiques, qui font basculer les trajectoires.

La vulnérabilité comme corolaire de l'autonomie est devenue une nouvelle catégorie, à la fois morale et politique mais aussi d'action publique¹⁴⁵. Même si la notion de vulnérabilité n'a pas de statut juridique, elle est particulièrement évoquée dans le champ de l'action sociale et sanitaire¹⁴⁶. Si, pour le handicap et pour la pauvreté, la notion est assez facile à envisager, selon Marc-Henry Soulet, il s'agit d'un processus beaucoup plus large : « *le mouvement de report sur l'individu de la tâche de se construire et de se maintenir comme sujet responsable participe de la remontée de la vulnérabilité comme grille de lecture des problèmes sociaux* »¹⁴⁷. Responsabilité et vulnérabilité ne s'opposent donc pas mais se définissent l'une l'autre. L'auteur explique que la vulnérabilité est aujourd'hui vue à la fois comme une « *insuffisance de supports sociaux* » et une « *inadaptation à la normativité changeante* »¹⁴⁸.

La vulnérabilité n'est plus vue dans son acception ontologique – tout être, toute existence est vulnérable. En tant que catégorie d'action publique, la vulnérabilité caractérise l'absence de supports sociaux permettant d'être autonome. Les personnes handicapées et détenues se retrouvent ensemble dans une catégorie de l'action publique, en tant que personnes vulnérables.

En ce sens, les personnes handicapées et les personnes détenues figurent dans différents programmes sanitaires comme populations vulnérables quant aux risques liés à la santé. Les Agences Régionales de Santé (ARS) notamment ont des programmes d'accès à la santé à destination des deux types de populations, en considérant qu'elles ont un risque plus fort d'être exposées aux difficultés de se soigner. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS), publie des rapports, analyses et recommandations à destination des personnes détenues et handicapées. Nous les retrouvons aussi autour de la question des droits, les deux catégories apparaissant

¹⁴⁴ PETIT, J.G. L'amendement ou l'entreprise de réforme morale des prisonniers en France au XIXe siècle. *Déviance et société*. 1982, 6(4), p. 331.

¹⁴⁵ MAILLARD, N. *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève : Labor et Fides, 2011.

¹⁴⁶ BRODIEZ-DOLINO, A. La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique, *Informations sociales*, 2015/2(188), p. 10-18.

¹⁴⁷ SOULET, M-H. La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique, *Pensée plurielle* 2005, 2 (10), p. 49.

¹⁴⁸ *Ibid.* p. 49.

comme vulnérables quant au respect de leurs droits. Diverses organisations internationales¹⁴⁹ établissent des chartes et des conventions pour garantir le respect de leurs droits.

Sociologiquement, les deux types de populations ont des profils voisins et présentent des risques sociaux similaires – une moindre scolarisation, des situations liées à l’emploi et de logement très précaires, isolement social, des situations socio-économiques dégradées – beaucoup plus importants que le reste de la population¹⁵⁰.

La vulnérabilité est plus évidente lorsque l’on parle de handicap. Néanmoins, dans différents rapports sur la prison¹⁵¹, apparaît la figure des populations « *spécifiques* ». Ces populations apparaissent comme particulièrement vulnérables, car atypiques pour l’univers carcéral. Elles se caractérisent par la difficulté de faire face à l’environnement carcéral et par leur faible représentation. Cette catégorie regroupe les femmes, les mineurs, les personnes âgées et malades, les malades mentaux, les prisonniers condamnés à des très longues peines. A défaut donc d’accepter que la population pénale puisse être vulnérable, ce trait devient un moyen de catégorisation de plus en plus utilisé dans l’univers pénitentiaire, comme nous le verrons par la suite.

Différencier les personnes handicapées des personnes détenues selon leur rapport à la responsabilité et les approcher à travers leur rapport à la vulnérabilité est bien sûr très schématique. Cet exercice montre surtout les liens intimes entre les formes de la responsabilité individuelle et la vulnérabilité, ainsi que les implications complexes qu’elles ont dans les politiques qui entendent de traiter des personnes.

¹⁴⁹ Le Haut-Commissariat des droits de l’homme auprès de l’ONU ; La Cour européenne des droits de l’homme.

¹⁵⁰ DE BEAUREPAIRE, C. La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison, *Revue du MAUSS*, 2012, vol. 40, no. 2, p. 125-146.

¹⁵¹ Voir notamment les rapports du Comité contre la torture auprès de l’ONU.

2.4. La justice, les transformations du droit et les impératifs gestionnaires

Le handicap en prison met en jeu des questions de justice. S'articulent ici la justice pénale et la justice sociale. La première est présente dans le questionnement autour de la responsabilité et la culpabilité individuelle, la seconde autour des questions de la vulnérabilité.

Ces deux phénomènes sont visibles aujourd'hui aux multiples transformations qu'a subi le droit. Ces transformations semblent être à l'origine de nouvelles pratiques et de nouvelles normativités. Le droit a pris une place importante dans la vie des personnes. C'est sur ce front que s'expriment la plupart des revendications des différents groupes minoritaires. Être reconnu et accepté passe aujourd'hui par la revendication de plus de droits. Il s'agit d'un double mouvement de « *contractualisation* » et d'« *individualisation* » des relations entre individus et institutions. Lors de notre enquête de terrain, un cas nous a été rapporté qui illustre bien comment se matérialise ce double mouvement de droits et de devoirs.

Extrait du journal de terrain : « *Elle est repartie dans la nature* »

Avril 2017. Réunion du groupe « *handicap et prison* » au sein d'une association de personnes handicapées. Une participante au groupe et ancienne directrice d'un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS – services médico-sociaux d'accompagnement de personnes handicapées) me raconte plusieurs histoires dont la suivante : Une femme paraplégique a été enfermée pendant un certain temps dans une maison d'arrêt. Si, pendant l'incarcération, des solutions de prises en charge au sein de la prison semblent être trouvées (on ne sait pas vraiment lesquelles mais apparemment la personne considère avoir eu une prise en charge correcte), c'est pour sa sortie de prison que les choses deviennent compliquées. En effet, il semble difficilement envisageable de laisser sortir une femme aussi vulnérable sans prise en charge et suivi à l'extérieur. Son ou sa conseillère d'insertion et probation prend contact avec le SAVS et organise les démarches pour la prise en charge. Mais à la sortie de la prisonnière, celle-ci présente un caractère difficile et un mode de relation qui déplaît fortement à la psychologue du SAVS. Il est donc demandé à cette sortante de prison, en préalable de sa prise en charge, d'entrer en relation avec un centre médico-psychologique (CMP) et de mettre en place un suivi, chose que cette dernière refuse. Elle met en avant qu'elle n'est plus en prison, qu'elle n'est pas folle et qu'on ne peut pas l'obliger d'avoir un suivi psychologique. Le suivi SAVS n'est donc pas mis en place : « elle est repartie dans la nature » conclut la personne.

Cet extrait du journal de terrain montre plusieurs aspects du handicap et de la prison. Le fait d'être dans un milieu fermé conjugué à la sévérité de la déficience semble avoir contraint les professionnel.le.s de mettre en place une prise en charge en prison, mais aussi de rechercher des solutions pour la sortie. Le comportement que cette ancienne prisonnière a opposé aux services d'aide est un comportement attendu et normalisé en prison, mais pas dans le milieu médico-social. Finalement, pour bénéficier d'une prise en charge adaptée, alors qu'elle était en liberté, le droit est loin d'être suffisant. La manière de se positionner et notamment de correspondre à l'image de personne handicapée apparaît comme aussi importante que le droit. Nous pouvons supposer que les manières de se saisir du droit sont locales et dépendent des contextes.

De même, la question du chiffre fait irruption quand il s'agit d'appliquer le droit individuel. La présence du handicap en prison est souvent vue, que ce soit du côté de l'administration pénitentiaire, médiatique ou même du côté des associations de personnes handicapées, comme une question numérique. Pendant la recherche, la première question posée ou le premier argument à opposer est souvent le nombre des personnes détenues présentant des incapacités. Qu'il soit considéré comme sous-évalué par l'administration pénitentiaire ou comme surévalué par les associations de personnes handicapées, c'est le nombre qui semble compter. Plusieurs responsables de l'administration pénitentiaire¹⁵² ont mis en avant dans les entretiens le faible nombre de personnes handicapées en prison comme explication du peu de démarches entreprises. Cela invite à un traitement gestionnaire ou, selon Alain Supiot, « *programmatisé* » de la question du handicap où il s'agit de prendre mesure d'un phénomène non pas à partir de la loi mais à partir du calcul et du nombre¹⁵³. Mais la loi continue à être interrogée et la prison, comme les entreprises et les autres champs de l'action publique, est touchée par des processus de « *mise en conformité* »¹⁵⁴ dans lesquels elle se voit obligée de jongler entre plusieurs régimes judiciaires et gestionnaires.

Les évolutions du droit et des droits individuels sont ainsi importantes pour comprendre la question du handicap en prison. Le droit est entré dans toutes les sphères de la vie : droit du handicap, droit à la santé, droits des prisonniers et l'individualisation du droit, le droit anti-discrimination, les droits fondamentaux. Les individus ont virtuellement la possibilité de plus

¹⁵² Soit de la DAP ou d'une DISP

¹⁵³ SUPIOT, A. *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France*. Paris : Fayard, 2015, p. 262.

¹⁵⁴ *Ibid.*

en plus de traduire une problématique individuelle en question de droit, que ce soit pour revendiquer un nouveau droit et faire respecter un déjà énoncé¹⁵⁵.

Selon nous, la présence de personnes handicapées en prison n'est pas une nouveauté. Elle ne semble pas être, non plus, en augmentation. Nous n'avons d'ailleurs aucun moyen de vérifier une telle hypothèse, l'affirmer ou la réfuter. Cette question bénéficie d'une mise en lumière relativement récente. Elle est rendue possible par ce triple processus autour du droit : un accès au droit individualisé, une judiciarisation importante des problèmes sociaux et les statistiques comme nouvelle normativité concurrente aux lois.

Ce triple processus contribue à effacer les frontières catégorielles, pour les individus qui peuvent s'en saisir et reconfigure les agencements entre différents espaces – social, pénal, juridique.

¹⁵⁵ BEC, C. *De l'Etat social à l'Etat des droits de l'homme*. Rennes : PUR, 2007.

2.5. Les relations de traitement social et pénal : entre sanction et soin ?

Dès le début du XX^{ème} siècle, les liens entre l'état de l'emploi, les politiques sociales et la prison ont été pensés¹⁵⁶. Aujourd'hui, des auteurs proposent de les penser ensemble, en lien les uns avec les autres¹⁵⁷. Ils ont constaté l'apparition de logiques de sanction dans les politiques sociales et supposent même le passage d'un Etat social à un Etat pénal. La question est posée : « *La prison est-elle une réponse sociale ?* »¹⁵⁸.

Certains auteurs américains¹⁵⁹ proposent d'envisager l'enfermement de certaines populations comme un phénomène en soi et penser le lien entre incarcération et institutionnalisation¹⁶⁰. Ils nous invitent, dans la lignée de Goffman, Foucault et Rothman, à considérer ensemble les questions de pauvreté, de maladie, du handicap et de prison. Il s'agit donc de prendre ensemble les différents types de marginalités – la « race », le sexe, l'état de santé, le niveau économique, pour comprendre des processus complexes. Selon ces auteurs, nous assistons à une « *balkanisation* »¹⁶¹ de la recherche autour du contrôle social, ce qui ne permet pas d'envisager les liens entre les phénomènes d'institutionnalisation et d'incarcération.

Foucault pour le contexte français¹⁶², Goffman¹⁶³ et Rothman¹⁶⁴ pour le contexte américain, se sont interrogés sur des techniques d'enfermement comme traitement des écarts à la norme. Ils ont considéré comme un ensemble les orphelinats, les hôpitaux, les asiles, les *workhouses*, les prisons, les casernes, etc.

¹⁵⁶ RUSCHE, G., KIRCHHEIMER, O. *Peine et structure sociale : histoire et « théorie critique » du régime pénal*, Paris : Cerf, 1994.

¹⁵⁷ WACQUANT, L. Le corps, le ghetto et l'État pénal, *Labyrinthe* [En ligne], 2008, 31(3), mis en ligne le 23 février 2009, consulté le 04 novembre 2019. <http://labyrinthe.revues.org/3920>.

¹⁵⁸ La prison comme réponse sociale ? Numéro 66 de la *Revue L'observatoire*, 2010.

¹⁵⁹ HARCOURT, B. Repenser le carcéral à travers le prisme de l'institutionnalisation : Sur les liens entre asiles et prisons aux États-Unis, *Champ pénal/Penal field*, 2008/ Vol. V ; BEN-MOSHE, L., CHAPMAN, C., CAREY, A. (Eds.) *Disability Incarcerated. Imprisonment and Disability in the United States and Canada*, eBook, 2014.

¹⁶⁰ Dans le sens de personnes vulnérables qui vivent dans une institution.

¹⁶¹ Harcourt, B. 2008, *Op. cit.*

¹⁶² FOUCAULT, M. *Les mots et les choses*, Paris : Gallimard, 1966.

¹⁶³ GOFFMAN, E. 1968 *Op. cit.*

¹⁶⁴ ROTHMAN, D. *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston : Little, Brown, 1971.

La question que nous nous posons va au-delà de l'enfermement. Il s'agit d'envisager ensemble les populations qui nécessitent un traitement. Le terme de traitement, fondamentalement social est volontairement flou, parce qu'il nous permet d'envisager ensemble le soin et la peine, comme étant les deux extrémités d'une multitude de possibles interventions sur autrui. Ainsi, les traitements comportent toujours en eux les deux dimensions, différemment recomposées.

De quelles populations s'agit-il ? Foucault¹⁶⁵ propose de voir les institutions de l'Etat comme définissant leurs publics-cible par une anthropologie capacitaire¹⁶⁶ : l'homme est défini par ses capacités biologiques et culturelles, mais aussi par la capacité à s'auto-légiférer. Les individus sont à la fois socialement déterminés et libres. Cette tension est constitutive de l'individu moderne, décrit comme « *doublet empirico-transcendantal* »¹⁶⁷. C'est dans la résolution de cette tension, entre déterminisme et liberté, que réside la capacité des individus : ils se révèlent capables ou incapables.

Les institutions interviennent donc pour réduire l'écart à une « *norme capacitaire* ». Cette norme s'exprime dans la capacité de travailler, de ne pas déranger l'ordre public, d'être en bonne santé, de se comporter normalement¹⁶⁸. Elle sert à la fois d'identification des publics-cible et de programme d'action sur eux¹⁶⁹. Il s'agit de détecter les raisons de l'écart à la norme et d'envisager une action – soigner, sanctionner, réadapter ou bien réparer – qui vise la normalisation des personnes ou des situations. Les différentes institutions disposent d'instruments et d'outils, des techniques et technologies d'intervention. Ce travail se caractérise par un trait commun, c'est dans la relation entre les publics et les intervenants que le « *changement* » ou la « *transformation* » des personnes aura lieu.

Jean-Louis Génard, dans son livre *La grammaire de la responsabilité*¹⁷⁰, propose une vision historique de la séparation capable-incapable. Selon lui, le XIXème siècle et la première moitié du XXème étaient dans une vision qu'il appelle « *disjonctive* » de la relation capable-incapable. La prison était alors destinée à ceux considérés comme pleinement responsables et l'hôpital

¹⁶⁵ FOUCAULT, M. 1966, *Op. cit.* p. 321.

¹⁶⁶ LAFORGUE, D. Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines, *Socio-logos* [En ligne], 4 | 2009, mis en ligne le 23 septembre 2009, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/socio-logos/2317>.

¹⁶⁷ FOUCAULT, M. *Op. cit.* p. 329.

¹⁶⁸ LAFORGUE, D. 2009, *Op. cit.*

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ GENARD, J-L. *La Grammaire de la responsabilité*, Paris : Cerf, 2000.

psychiatrique à ceux qui faisaient figure d'irresponsables et donc d'incapables. Le traitement social – juridique et médical – fut dès alors très différencié.

Au contraire, aujourd'hui, toujours selon cet auteur, nous nous trouvons dans une situation « *conjonctive* », où la différence entre le normal et le pathologique n'est plus aussi marquée, où l'on se considère d'emblée autonome et déterminé à la fois. L'évolution de la responsabilité pénale depuis les années 1950 est décrite précisément par Caroline Protais¹⁷¹. Elle montre ainsi un mouvement parmi les experts-psychiatres de responsabilisation de plus en plus importante des malades mentaux et de leur pénalisation. Selon Jean-Louis Génard, le criminel n'est plus le monstre ne faisant pas partie de la communauté humaine mais quelqu'un de « *normal* » ayant traversé une frontière « *éminemment perméable et poreuse* »¹⁷². D'où la prolifération d'un vocabulaire autour de la « *fragilité* », la « *vulnérabilité* », le « *trouble* » et la « *souffrance* ». Les individus ne semblent plus enfermés dans des statuts à vie, mais sont évalués sur leurs compétences et capacités de « *faire face* » et d'évoluer face aux événements. Le rôle des institutions évolue donc. Elles doivent trouver les moyens de renforcer les capacités des individus. Les relations de traitement sont alors intimement liées aux normes sociales, à la fois dans la catégorisation et les techniques employées.

2.5.1. Ecart à la norme et risque social

Les lectures autour de l'évolution des pénalités donnent à réfléchir sur les liens entre l'éloignement des normes sociales - dont les indicateurs sont le travail salarié, les diplômes, la vie en famille - des personnes incarcérées¹⁷³. De la réforme morale du criminel du XIX^{ème} siècle, qui visait son changement profond, on est passé à la réinsertion qui se base sur la formation professionnelle et le maintien des liens familiaux. La catégorie du handicap s'est constituée aussi autour de la norme de travail. Le XX^{ème} siècle sera marqué par le passage de l'assistance à la réadaptation, puis à l'intégration¹⁷⁴ : « *L'infirme qui indiquait l'exceptionnel,*

¹⁷¹ PROTAIS, C. La restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental depuis 1950, *Les Cahiers de la Justice*, 2017, vol. 2, p. 315-328.

¹⁷² GENARD, J-L., Fabrizio CANTELLI, F. Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques, *SociologieS* [Online], Theory and research, Online since 27 April 2008, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/sociologies/1943>

¹⁷³ CHANTRAINE, G. *Par-delà les murs*, Paris : PUF, 2004.

¹⁷⁴ STIKER, 2013, *Op. cit.*

l'altérité, doit retourner à la vie ordinaire, être replacé dans le système du travail et de la consommation »¹⁷⁵. La catégorie du handicap vient normaliser l'infirmes¹⁷⁶.

C'est une altérité sans concession qui, auparavant, caractérisait celles et ceux qui s'écartaient des normes. Le langage de l'action publique les a fait devenir des « *personnes à risque* »¹⁷⁷. Les manières de catégoriser et de prendre en charge sont devenues moins rigides. L'individualisation de la protection sociale contribue à l'éclatement des catégories¹⁷⁸, certains risques pouvant être pris en charge par plusieurs institutions.

L'exemple du trouble mental semble assez parlant. Il peut être pris en charge par l'hôpital comme une maladie nécessitant un soin. Il peut être reconnu comme un handicap et relever de compensation (allocations, services). Mais il peut valoir une peine de prison. La surreprésentation en prison des personnes ayant des troubles psychiques est une question qui suscite un très large débat. Plusieurs processus sont évoqués, comme la responsabilisation des malades mentaux, la fermeture des hôpitaux psychiatriques, l'effet pathogène de la prison, etc.

Ainsi, face à ces catégories administratives de plus en plus mouvantes, les institutions se voient obligées de devenir des experts non plus des personnes mais des situations dans lesquelles elles sont impliquées. Ils mènent ainsi de véritables « *expertises socio-légales* »¹⁷⁹ impliquant à la fois les diagnostics, les techniques et les pronostics. Ces expertises prolongent, selon nous, les procédures de contrôle social.

La surreprésentation des malades mentaux en prison fait supposer à plusieurs chercheurs que nous assistons à un second « *grand renfermement* »¹⁸⁰. Selon eux, la maladie mentale serait aujourd'hui prise en charge prioritairement par des institutions de sanction comme la prison, même si elle a toujours été présente dans la réflexion autour de la pénalité¹⁸¹.

¹⁷⁵ VILLE, I. Identité, représentations sociales et handicap. : Introduction aux situations de handicap moteur. In *Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés*. 2002, 2e édition, Paris : APF, p. 49.

¹⁷⁶ EBERSOLD, S. 1992, *Op. cit.*

¹⁷⁷ CASTEL, R. De la dangerosité au risque, *Acte de la recherche en sciences sociales*, 1983/47(1), p. 119-127.

¹⁷⁸ LIMA, L. (Ed.), *L'expertise sur autrui. L'individualisation des politiques sociales entre droit et jugements*, Bruxelles : P.I.E. Peter Lang, 2013.

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ DARLEY M., LANCELEVEE C., MICHALON B. Où sont les murs ? Penser l'enfermement en sciences sociales, *Cultures & Conflits* 2013/2(90), p. 7-20.

¹⁸¹ RENNEVILLE M. *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris : Fayard, 2003.

Plus généralement, les liens ont toujours existé entre les diverses déviations et les institutions de contrôle. Les sociologues interactionnistes anglo-saxons se sont interrogés, depuis les années 1960, sur les manières d'appréhender les déviations. Les théories de la réponse sociale, de l'étiquetage ou du stigmatisme, ont été développées en prenant en compte les deux catégories qui nous intéressent¹⁸².

2.5.2. Les théories de la déviance

Personnes ayant des déficiences et personnes incarcérées ont été saisies par les différentes théories de la déviance. La déviance est considérée ici comme une transgression des normes sociales et une infraction à l'ordre social. Elle est intimement liée à l'idée d'un contrôle social s'exerçant sur les individus. Le contrôle social peut être institutionnel (formel), comme interactionnel (informel).

Le contrôle social institutionnel s'exerce sous forme de catégorisations institutionnelles qui conduisent à fixer les identités et les conduites, alors que le contrôle social informel est réalisé dans les interactions quotidiennes qui ne sont pas moins importantes, comme le montre A. Ogien en citant A. Cicourel¹⁸³ :

« Quant à l'infraction, qu'il s'agisse d'un crime, d'un délit, d'une incivilité, d'une faute de goût ou d'une maladresse, l'idée s'est finalement imposée que sa définition dépendait largement de procédures d'identification et de qualification mises en œuvre soit par des agences spécialisées dans ce travail (police, justice, travail social, médecine ou psychiatrie, soit par des partenaires d'interaction. »¹⁸⁴

Ces catégorisations sont le plus souvent vues, dans le cadre d'une théorie de la réponse sociale, comme « désignation » ou « étiquetage ». Dans cette optique, des qualités sont socialement attribuées aux personnes, qui les intègrent à leur identité. La nouveauté de ces théories était qu'elles ne recherchaient plus les causes de la déviance dans la personnalité ou dans le milieu

¹⁸² OGIEN, A. *Sociologie de la déviance*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

¹⁸³ Il s'agit d'un ouvrage majeur du 1968 d'Aaron CICOUREL, *The social organisation of Juvenile Justice*, récemment traduit en France.

¹⁸⁴ OGIEN, A. 2012, *Op. cit.* p. 181.

social, mais plutôt dans la réponse que fait la société à un comportement et l'interaction qui en découle. Aucun acte ni comportement n'est considéré comme amoral *a priori*. Dans une perspective durkheimienne, c'est le jugement social qui détermine l'infraction. Becker s'attachera à décrire notamment la « *carrière morale* » du déviant comme faite de : « *aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu* »¹⁸⁵. Goffman aussi propose une vision de la « *carrière du malade mental* »¹⁸⁶ non pas à partir de son comportement inadapté, mais des adaptations aux mortifications que lui inflige l'institution psychiatrique, visant à ajuster son identité.

Le délinquant, par exemple, suite à la réaction sociale qu'est l'enfermement, se verra attribuer des qualités et devra revoir son identité à la lumière de ses attributions – une identité de délinquant et un rapport aux normes sociales codifiées – à la virilité, à la force physique, aux attitudes de courage et de défiance. De même, la personne porteuse d'un handicap devrait inclure dans son identité le regard que lui portent les autres.

Les théories de la déviance ont ainsi opéré un rapprochement entre criminalité et handicap. Ce rapprochement a provoqué de vives réactions de la part des personnes handicapées. Selon elles¹⁸⁷, l'acte « *délibéré* » et « *immoral* » constitutif de la délinquance, ne pourrait être rapproché de la honte et la culpabilité que la société fait peser injustement sur les personnes handicapées. Leur position est assimilée à une position de seuil, une position liminale, pour laquelle elles ne portent aucune responsabilité. Selon Robert Murphy, l'infirmité plonge les personnes dans une souffrance par le fait de les faire vivre dans un entre-deux constant : « *ni malade, ni en bonne santé, ni mort, ni pleinement vivant, ni en dehors de la société, ni à l'intérieur* »¹⁸⁸.

Comme le montre Daniel Céfai dans un article récent¹⁸⁹, de nombreux sociologues ont interrogé ces liens entre stigmatisation et culpabilité lors des interactions, impliquant une personne avec déficience. La notion de culpabilité n'est pas, selon lui, opérante dans ce cas de figure puisqu'il ne s'agit plus d'enfreindre délibérément des valeurs morales, mais plutôt de perturber l'ordre de l'interaction. L'interaction est surtout troublée par le doute sur la possibilité de se

¹⁸⁵ BECKER, H. 1985, *Op. cit.* p. 47.

¹⁸⁶ GOFFMAN, E. 1968, *Op. cit.*

¹⁸⁷ MURPHY, R. *Vivre à corps perdu : Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, Paris : Plon, 1990.

¹⁸⁸ *Ibid.* p. 184.

¹⁸⁹ CEFAL, D. Handicap visible : de la reconnaissance du stigmate et du déni de déviance à la revendication de droits, *ALTER, European Journal of Disability Research*, 2017, p. 113-133.

comprendre, par « *l'intérêt insistant* » ou par « *l'indifférence feinte* ». Le handicap est donc considéré comme une déviance interactionnelle et non morale. La personne ne sera pas pour autant épargnée de qualités négatives socialement imputées.

Ainsi, nous pouvons douter que dans le milieu carcéral, à la fois un espace social comme un autre, mais aussi possédant une organisation et des normes et valeurs propres, les différentes déficiences perturberont d'autant plus l'ordre des interactions.

2.5.3. Une matrice capacitaire ?

La prise en charge des personnes handicapées en prison apparaît d'une grande complexité. Elle charrie à la fois des paradigmes politiques qui se recomposent autour des notions de responsabilité et de vulnérabilité, de mandats institutionnels mais aussi d'interactions sociales. Il s'agit donc d'interroger différents espaces et niveaux d'expérience. La notion de capacité nous est apparue comme étant l'élément d'ancrage et de cristallisation de ces différents niveaux.

Les différents traitements ont des rationalités propres aux mandats des institutions et aux processus d'interactions pratiques et quotidiens. Les relations qui se forment lors du « *travail sur autrui* » ont été décrites par François Dubet dans un contexte de déclin de l'institution¹⁹⁰. Denis Laforgue¹⁹¹ offre des analyses fines et détaillées des relations dans les institutions sociales. Lise Demailly a décrit également les différents registres de la relation¹⁹². Les travaux autour des évolutions du travail social¹⁹³ et ceux de l'expertise sur autrui¹⁹⁴ offrent également des pistes sur les relations qui se créent lors d'un travail de service, de soin, d'aide ou d'éducation. Ces relations et les façons dont elles mettent en jeu des questions identitaires, organisationnelles et morales ont déjà été bien documentées¹⁹⁵. Nous nous inspirons largement

¹⁹⁰ DUBET F. *Le déclin de l'institution*, Paris : Seuil, 2002.

¹⁹¹ LAFORGUE, D. 2009, *Op. cit.*

¹⁹² DEMAILLY, L. *Politiques de la relation. Approches sociologiques des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille : Presses Universitaires du Septentrion, 2008.

¹⁹³ ASTIER I. 2007, *Op. cit.*

¹⁹⁴ LIMA, L. (éd.) 2013, *Op. cit.*

¹⁹⁵ ROSTAING, C. 1997, *Op. cit.* ; LAFORGUE, D., ROSTAING, C. (éds.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris : CNRS, 2011.

de E. Goffman et son travail sur les métiers de réparation¹⁹⁶, sur l'ordre de l'interaction¹⁹⁷, ainsi que les relations ritualisées¹⁹⁸ qui se jouent dans des services de psychiatrie.

Nous émettons l'hypothèse que toutes les institutions qui ont pour objectif exprimé la réduction d'un écart à la norme, le travail sur l'autonomie et le renforcement des capacités des individus font partie d'une matrice de significations dans le sens de Dewey¹⁹⁹. Si une matrice est un objet qui définit une structure, permettant ainsi de chercher à la reproduire, la « *capacité* » devient sa base, étant à la fois normative et prescriptive. Elle est à la fois la norme qui permet de poser un diagnostic sur les populations, mais aussi l'horizon pour prescrire les traitements. Ainsi envisagés, à travers une norme capacitaire, les populations qui nous intéressent se dessinent plus clairement.

Liat Ben-Moshe dans ces divers travaux, et plus particulièrement dans « *Disabling Incarceration : Connecting Disability to Divergent Confinements in the USA* »²⁰⁰, propose de penser ensemble les différents types d'internement et de faire un travail d'intersectionnalité. Dans une perspective de sociologie critique, elle propose de penser ensemble l'enfermement des différentes populations, telles que déficients intellectuels, psychiatisés, pauvres et criminels, comme une réponse aux problèmes sociaux. Elle propose de considérer l'existence d'une « *matrice d'enfermement* » visant tous les écarts à la norme. Elle s'inspire de la « *matrice de domination* » ou « *d'oppression* »²⁰¹, pensée par des auteures ayant travaillé sur le genre, la race et la classe. Elles cherchent ainsi à montrer comment s'articulent les différents systèmes de domination, d'ordre politique, économique, juridique, interactionnel. Dans le monde anglo-saxon toujours, les *Disability studies*, ont pensé le handicap en termes d'oppression sociale²⁰², reprenant Foucault et son action à propos de la prison au sein du GIP (Groupe d'information sur la prison). Nous n'utiliserons pas la perspective d'une matrice d'oppression ou de domination dans cette thèse. Ce n'est pas parce que nous doutons de cette vision du monde, mais parce que l'angle d'approche que nous avons privilégié est tout autre. Il est en effet

¹⁹⁶ GOFFMAN, 1968, *Op. cit.*

¹⁹⁷ GOFFMAN, E. *Les Moments et leurs hommes*, Textes réunis et présentés par Yves Winkin, Paris : Points Essais, 2016.

¹⁹⁸ GOFFMAN, E. *Les rites d'interaction*, Paris : Les Editions de Minuit, 1974.

¹⁹⁹ DEWEY, J. *Logique. Théorie de l'enquête*, Paris : PUF, 1993.

²⁰⁰ BEN-MOSHE, L., CHAPMAN, C., CAREY, A. (Eds.), 2014, *Op. cit.*

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² SHAKESPEARE, T., WATSON, N. The social model of disability : an outdated ideology ? *Research in Social Science and Disability*, 2002/Vol. 2, p. 9-28.

construit à partir de la rencontre des réflexions précédemment exposées et les premiers entretiens menés en prison.

Les entretiens avec les personnes détenues nous ont d'abord laissé devant un grand désarroi. Ces hommes nous donnent à voir des vies faites de ruptures et de proximité avec des institutions de traitement. Se succèdent, dans leurs récits, les assistantes sociales et les éducateurs de l'aide sociale à l'enfance, la vie dans des foyers pour mineurs, les écoles spécialisées, les hospitalisations, les centres de rééducation et de réadaptation, les incarcérations en tant que mineur, les hébergements pour personnes vivant à la rue, les cures et postcures de désintoxication, les entreprises de réinsertion, les foyers pour migrants, les incarcérations en tant qu'adultes.

Le plus étonnant dans ces récits est que les différents traitements sont souvent racontés sur un même mode, comme des moments d'emprise. De plus, les hommes interrogés ne semblent faire que très rarement une distinction entre les institutions et les dispositifs. Alors qu'ils peuvent, après plusieurs années, décrire certains éducateurs ou éducatrices, donner les noms de villes et des rues où se situaient certains foyers, ils peinent à distinguer les types de prises en charge. Ils nous disent, par exemple, qu'il s'agissait d'un foyer pour des gens « *normaux mais pas trop* », ou bien « *des gens comme moi un peu* », sans pouvoir caractériser ces prises en charge. Ils décrivent souvent ces traitements en les comparant les uns aux autres, les faisant ainsi apparaître comme des facettes d'un même phénomène. Par exemple, un prisonnier nous décrivait son expérience carcérale comme particulièrement facilitée par le fait d'avoir été hospitalisé pendant plusieurs années étant enfant. Un autre nous décrit les centres de rééducation qu'il a fréquentés comme très ressemblants à la prison, tandis qu'un dernier, à peine entré dans la majorité, affirme préférer la prison à un centre d'éducation, tout en préférant ce dernier à la scolarisation dans une classe spéciale.

Ces résultats empiriques nous suggèrent donc plutôt l'existence d'une « *matrice capacitaire* », la prison en faisant partie comme les autres institutions de traitement. Il ne s'agit plus de se centrer sur l'enfermement ou sur les manifestations de domination ou d'oppression. Le déplacement du curseur permet d'envisager comment, dans la vie des personnes incarcérées, se cumulent un certain nombre de traitements : médicaux, sociaux, administratifs, judiciaires. C'est leur capacité d'être, comme ils le disent, « *normal* », « *comme tout le monde* », « *comme les gens dehors* », qui est ici la base de cette matrice.

Bien évidemment, le fait de s'intéresser au handicap en prison introduit un biais : nous avons rencontré des personnes susceptibles de multiplier les traitements. C'est à travers ce biais que nous pouvons observer comment les politiques sociales et pénales se matérialisent dans le parcours des prisonniers et les liens entre les différentes institutions. A la suite de Liat Ben-Moshe, et surtout après le travail de terrain, nous préférons parler plutôt d'une matrice de capacité. Dans ces « *trajectoires de contrôle* »²⁰³, faites d'inclusions et d'exclusions, les parcours sont faits de différents traitements. Nous avons pris le parti de considérer tous les dispositifs visant à une insertion ou réinsertion comme autant de traitements et préférons voir plutôt un continuum qu'une coupure entre les autres institutions et la prison.

La notion de capacité apparaît aussi dans une approche militante dans le champ des études critiques du handicap²⁰⁴. Le « *capacitisme* », est donc vu, à l'instar du racisme et du sexisme, comme la domination découlant des rapports d'invalidation de l'autre basée sur des attributs biologiques. La perspective que nous entendons développer se situe à l'écart de cette proposition. En effet, si notre angle d'approche est critique, ce n'est pas tellement qu'il entend dénoncer des injustices, mais plutôt parce qu'il cherche à se distancier pour comprendre la construction des phénomènes annoncés comme des injustices. Certains auteurs venant des études critiques sur le handicap proposent de les utiliser plutôt comme méthodologie. Voici comment Julie Avril Minich, définit cette méthodologie.

*« La méthodologie des études sur le handicap [...] implique non pas l'observation des incapacités corporelles ou mentales mais les normes sociales qui définissent des attributs particuliers comme des incapacités ainsi que les conditions sociales qui concentrent des attributs stigmatisant chez certaines populations. »*²⁰⁵

Ce positionnement, qui cherche à comprendre autour de quelles normes se construisent les capacités aujourd'hui, nous semble particulièrement heuristique. Il permet d'envisager à la fois le sens des politiques publiques, les activités des professionnel.le.s, mais aussi les interactions des prisonniers.

²⁰³ JOBARD, F., CHANTRAINE G. Trajectoires du contrôle, *Vacarme* 4/2004, n° 29, p. 138-141.

²⁰⁴ Les *Critical disability studies* sont un champ des *disabilities studies* qui prolonge et discute des perspectives déjà abordées.

²⁰⁵ MINICH, J-A. Enabling Whom? Critical Disability Studies Now, *Lateral* 5.1, 2016 [En ligne], consulté le 4 novembre 2019. La citation complète : « *The methodology of disability studies as I would define it, then, involves scrutinizing not bodily or mental impairments but the social norms that define particular attributes as impairments, as well as the social conditions that concentrate stigmatized attributes in particular populations* ».

Synthèse du chapitre 2

Ce chapitre appréhende les rapports entre handicap et prison comme des catégories de l'action publique. Elles sont vues comme des catégories relatives, résultant d'un travail d'institution et manifestant des liens particuliers à la société. Dans cette optique, le handicap a d'abord pour origine non pas une différence biologique, mais la relation qui rend socialement cette différence signifiante. Les représentations instituées font des prisonnier.e.s les principaux responsables de leurs actes. Elles les inscrivent dans des rapports d'opposition à la société et font des personnes handicapées, des êtres vulnérables et inscrits dans des rapports d'adhésion aux institutions sociales.

Nous analysons les frontières entre ces deux catégories construites sur les notions de responsabilité individuelle (comme ligne de séparation) et de vulnérabilité sociale (comme trait commun). Responsabilité et vulnérabilité ne s'opposent pas mais se définissent et se renforcent l'une l'autre, créant ainsi un terrain fertile pour l'avènement de la notion de « capacité » et la dialectique entre capable et incapable. L'analyse montre que la notion de capacité est rendue encore plus opérante par les évolutions du droit et notamment par un triple processus : un accès au droit individualisé, une judiciarisation importante des problèmes sociaux et l'utilisation des statistiques comme nouvelle normativité concurrente aux lois. Ce triple processus contribue à effacer les frontières catégorielles pour les individus qui peuvent s'en saisir et reconfigure les agencements entre différents espaces (social, pénal, médical et juridique). Tout cela permet de rendre visible et socialement signifiante la question du handicap en prison. Les institutions de prise en charge (hôpital, prison, rééducation, etc.) évoluent également. L'analyse a permis de mettre en évidence la persistance de logiques de sanction et de soin dans ces institutions, mais leur objectif affiché est désormais la réduction de l'écart à la « norme capacitaire » (travailler, se maintenir en bonne santé, ne pas troubler l'ordre social).

L'analyse invite par ailleurs à corréler le traitement social de la déficience en prison à une matrice capacitaire se singularisant par un « écart à la norme » et un « risque social », renvoyant aux « théories de la déviance », et incarnée par les institutions sociales (dispositifs, prises en charge visant la normalisation des comportements). La matrice capacitaire se révèle une manière de rendre intelligible l'exigence du « devenir capable » et de hiérarchiser les comportements en fonction de cette exigence.

3. Sociohistoire des frontières capable/incapable

Ce chapitre se propose une contextualisation sociohistorique. Lors de l'enquête de terrain, de nombreuses remarques des prisonniers et des professionnel.le.s nous ont fait entrevoir la persistance de divers modes de compréhensions de la situation de handicap. Certains faisaient référence au handicap comme le signe d'un malheur menant naturellement en prison : « *on a tous une fracture, vous allez voir. Tous les détenus que vous allez rencontrer* » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité) disait un prisonnier. D'autres donnaient une explication biologique de la criminalité : « *il faut avoir quelque chose qui ne va pas, on ne peut pas être tout à fait normal, pour faire ce que certains ont fait* » (Surveillant, Centre pénitentiaire). L'explication sociale ne manquait pas de s'ajouter : « *il faut voir aussi d'où ils viennent, de la pauvreté* » (Surveillant gradé, Centre pénitentiaire) ; ou bien : « *je ne pouvais pas tourner bien madame, c'est toute la société qui s'est acharné sur moi* » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans).

Tous ces discours pouvaient être portés par les mêmes personnes, lors de la même conversation et correspondaient aux différentes théories explicatives de l'infirmité et de la criminalité. Il nous est apparu que dans ces discours pouvaient se retrouver des vestiges de la manière dont la frontière capable/incapable a été pensée historiquement.

Une contextualisation historique de l'objet qui nous occupe s'est révélée nécessaire. Elle nous permet de ne pas envisager notre problématique comme uniquement actuelle et de conclure rapidement à l'apparition de nouvelles catégories et problèmes.

Ce retour socio-historique est centré non pas sur la naissance des catégories, mais plutôt sur les évolutions des frontières sociales : autour de quels phénomènes la frontière de la normalité a été posée comme structurante pour la société occidentale ? Ce retour socio-historique se centre sur la relation société-individu, en envisageant notamment les différentes formes socialement instituées pour établir des frontières – exclusions, ségrégations, assistance, soin, peine, etc. Plus précisément, il a fallu s'intéresser au travail autour des normes sociales qui les précède.

Ce chapitre ne prétend pas à une connaissance approfondie, ni à une exhaustivité des références. Il cherche à éclairer des points précis. Compte tenu du fait que la notion de handicap en prison

n'existe pas historiquement, nous avons à travailler sur plusieurs notions à la fois – infirmité, folie, peine, pénitence, pauvreté, marginalité, enfermement. Ce travail ne vise donc pas une notion précise, laquelle pourrait être circonscrite dans une institution et une période. Ce retour sociohistorique permet de comprendre en quoi les sédiments historiques sont agissants dans le monde d'aujourd'hui.

3.1. Une question morale : Protéger la société

3.1.1. Purifier la société

Depuis l'Antiquité, les sociétés ont eu à prendre en charge les différents écarts à la norme, qu'ils soient biologiques, comportementaux ou sociaux. L'exclusion semble avoir été un des mécanismes les plus utilisés puisqu'il s'agissait de purifier la société, que ce soit d'un enfant né difforme, d'un lépreux, d'un traître, d'un criminel ou d'un fou. Le ban, l'exposition et l'exil semblent les moyens les plus souvent utilisés²⁰⁶. Nous pourrions ajouter les rites purificateurs qui suivent, par exemple une profanation religieuse. Ces rites visent la possibilité de réintégrer une personne par le fait de l'avoir profondément changée. L'enfermement, qu'il soit pénal ou charitable, n'existe pas à cette époque.

La maladie et l'infirmité sont le plus souvent considérées comme la punition divine des crimes autrefois commis. De même, l'incurabilité d'une maladie ou la déformation même légère donnent lieu à une exclusion sociale.

Dès cette époque, apparaît l'idée, notamment chez Aristote et Platon, de la nécessité de comprendre si le criminel est corrigible ou non. Il est vu comme un malade et, à l'instar de l'infirmité, on propose l'élimination, s'il se révèle incurable et la correction si une possibilité existe de « *soigner son âme* »²⁰⁷. Les lois sociales et pénales ne sont pas différenciées à cette époque. Ordre moral, ordre social, religieux ou politique se recouvrent le plus souvent. Toute infraction est hautement symbolique. Laisser sans traitement semble menacer la société entière. Aujourd'hui encore, cette vision existe sans conteste, lorsque la société demande justice ou punition pour certains crimes.

3.1.2. Séparer les « bons » des « mauvais » pauvres

Le début du Moyen Age se caractérise à la fois par l'arrivée des valeurs chrétiennes et par les changements d'organisation sociale²⁰⁸. Les terres et les outils de travail n'appartenant pas aux

²⁰⁶ STIKER, 2013, *Op. cit.*; IMBERT, J. *La peine de mort*, Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

²⁰⁷ IMBERT, J. *Ibid.* p. 9.

²⁰⁸ MOLLAT, M. *Les pauvres au Moyen Age*, Paris : Editions Complexe, 1979.

paysans ou artisans, ils sont dépendants des patrons qui fixent des taxes et des usuriers auprès de qui ils engagent leurs outils et équipements de travail. Ils sont à la merci des patrons et usuriers tout comme des calamités naturelles. Dès le début du Moyen Age, on parle en Europe d'un « *raz-de-marée* » de pauvreté. Selon Mollat, la pauvreté n'est pas constituée comme un rapport d'infériorité mais plutôt de dépendance et de subordination naturalisées.

Dès cette époque, apparaît la catégorie du pauvre comme catégorie de gestion sociale. Celui-ci a du mal à être défini, ou plutôt sa définition comprend toute personne se trouvant dans une marge de la société et dépendante de celle-ci. Nous nous permettons une citation un peu longue sur les mots utilisés pour définir le pauvre, ce qui permet d'accéder aux différentes figures qu'il peut prendre. Apparaissent, sur le même plan, les figures de l'infirmes et du criminel, le privé de liberté ou banni. Au risque d'un anachronisme, c'est la figure de la vulnérabilité qui est visible dans cette description :

« Ainsi sont mis en évidence l'impécuniosité et le dénuement en général (egens, egenus, indigens, inops, insufficiens, mendicus, miser), la déficience alimentaire (esuriens, famelicus) et vestimentaire (nudus, pannosus), la déficience physique : cécité (caecus), claudication (claudus), rhumatismes déformants (contractus), infirmité en général (infirmus), lépre (leprosus), blessure (vulneratus), la faiblesse de la santé ou de l'âge (aegrotans, debilis, senex, valetudinarius), la déficience mentale (idiotus, imbecillis, simplex), les périodes de faiblesse pour les femmes enceintes ou en couche (muler ante et post partum), les situations d'adversité comme la privation de ses père et mère (orphanus), de son mari (vidua), de la liberté (captivas), le bannissement et l'exil (bannus, exilatus). »²⁰⁹.

Le manque et les liens de dépendance caractérisent toutes ces figures. Michel Mollat fait apparaître dès cette époque la pauvreté comme un « *scandale qui provoque des réactions opposées : pitié et répression* »²¹⁰. A la même époque (en 328), Zoticos crée la première léproserie à Constantinople, posant ainsi le premier acte de charité, alors qu'il est prévu de purger cette même ville de ses mendiants et notamment les malades. Ce premier acte de charité est un acte subversif, car il permettra d'envisager d'autres types de relations aux personnes qui questionnent l'ordre social. Les populations marginales seront séparées dès cette époque en

²⁰⁹ MOLLAT, M. *Ibid.*, p. 24.

²¹⁰ *Ibid.*, p.26.

valides et invalides : pour les premiers la « *répulsion sociale* » et le travail forcé comme esclave, pour les seconds la « *compassion* »²¹¹.

La séparation est déjà à l'œuvre mais contient en elle la question des frontières : « *Où finissait la pauvreté valide ? Où l'invalidité commençait-elle ? La législation byzantine et la morale faisaient de la capacité au travail la ligne de partage* »²¹². La question des frontières dépasse les délimitations catégorielles en les prolongeant dans différents espaces. En effet, selon l'auteur²¹³, le vagabondage et le chômage présentent un problème politique et l'invalidité physique ou mentale, une question morale. Ces différences assignaient déjà les populations dans des statuts différents mais proposaient aussi des modes d'action différents : la répression quant à la question politique et la pitié quant à la question morale.

Michel Mollat pose donc la question de la signification sociale accordée à la pauvreté : « *la pauvreté était-elle vertu ou malédiction ?* »²¹⁴. Cette ambiguïté fait naître des comportements différenciés – protection et répression. On considère déjà que la société doit protection aux faibles, ceux qui n'ont pas la possibilité de se protéger par eux-mêmes. Mais on considère également que la société doit se protéger, garantir la sécurité et agir face aux êtres dangereux.

Séparer les différentes populations posera la question de la personnalité de celui qui mérite la charité et de celui à qui est destinée la répression. Dans plusieurs ouvrages chrétiens, on tentera de prouver que la personnalité de celui qui reçoit n'a pas d'importance puisqu'il est seulement une médiation dans le lien religieux, en fin de compte l'aumône étant destiné directement à Dieu. Dans les pratiques, la personnalité de celui à qui on donne devient primordiale. Il n'est plus seulement un moyen par lequel accéder à Dieu, il peut se révéler un danger pour l'ordre social par son pouvoir de contagion ou de révolte²¹⁵.

Quand on cherche à comprendre le traitement des infirmes ou des fous à cette époque, c'est dans la catégorie des pauvres qu'on les trouve²¹⁶. De même, quand on cherche les débuts d'une politique pénale, on se tourne vers le traitement répressif de la pauvreté²¹⁷.

²¹¹ *Ibid.*, p.26.

²¹² *Ibid.*, p.32.

²¹³ *Ibid.*, p.48.

²¹⁴ *Ibid.*, p.18.

²¹⁵ GEREMEK, B. *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris : Gallimard, 1987.

²¹⁶ STIKER, 2013, *Op. cit.*

²¹⁷ ROBERT, Ph., LEVY, R. Histoire et question pénale. In : *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1985, tome 32 N°3. Histoire et historiens. p. 481-526.

3.2. Une question d'ordre : Gérer les indésirables

3.2.1. Question sociale ou question pénale ?

Dès l'Antiquité Chrétienne ou le tout début du Moyen Age, apparait la question du partage des pauvres, à secourir ou à réprimer. A cette époque, la question de la pauvreté n'est pas pensée en termes de structure, ni par les puissants, ni par les pauvres eux-mêmes. « *Les plus démunis ne représentaient pas un facteur de déstabilisation sociale à cette [la] formation interne* »²¹⁸. La question sociale n'est donc pas posée.

C'est au milieu du XIV^{ème} siècle que Robert Castel situe le début d'une question sociale qu'il définit comme « *une inquiétude sur la capacité de maintenir la cohésion d'une société* »²¹⁹. Au-delà de toutes les catégories de personnes ne pouvant pas vivre de leur travail, c'est la figure du vagabond qui caractérise le mieux, selon lui, et « *révèle un accroc irréparable dans la forme dominante de l'organisation du travail* », car il illustre au mieux le rapport problématique au travail²²⁰.

Suite aux changements économiques et politiques, c'est-à-dire la fin de la société féodale, les rapports de productions changent et la société ne peut plus gérer par une « *sociabilité primaire* » les rapports sociaux. La sociabilité primaire constitue pour R. Castel « *les réseaux d'interdépendance sans la médiation d'institutions spécifiques* »²²¹. Le *social-assistantiel* est, selon lui, cette première forme de médiation, constituée de diverses institutions qui naissent lorsque les réseaux d'interdépendance ne sont plus efficaces. Le rôle de ces institutions sera de prendre en charge ceux qui se trouvent « *désencastrés* » des réseaux de sociabilité primaire²²². De telles situations, comme l'orphelinat, l'infirmité et l'indigence provoquent désormais une dépendance sans pouvoir se réintégrer dans un système d'interdépendances. Les sociétés anciennes arrivent à prendre en charge de telles situations sans changer de cadre de référence, en recomposant la sociabilité, en usant de ressources internes. Les liens d'interdépendance au sein de ces sociétés sont justement composés à la fois de dépendance et de protection. Lorsque

²¹⁸ MOLLAT, M. 1979, *Op. cit.* p. 58.

²¹⁹ CASTEL, R. *Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat.* Paris : Fayard, 1995, p. 39.

²²⁰ CASTEL, R. 1995, *Ibid.* p. 58.

²²¹ *Ibid.*, p.49.

²²² *Ibid.*, p.52.

les sociétés se complexifient à tel point que les imprévus ne peuvent plus être pris en charge par les systèmes de sociabilité primaire, apparaissent alors des pratiques « *spécialisées* »²²³.

Ces systèmes de « *sociabilité secondaire* » prévoient une action rationnelle de la société sur elle-même. Il s'agit d'un ensemble de pratiques aux fonctions protectrice, intégrative et préventive. Dans ces pratiques, Castel détecte une ébauche de spécialisation et donc de professionnalisation, mais aussi de technicisation. Les personnes qui agissent sur d'autres ont un mandat et elles ont à évaluer des situations, à sélectionner les populations à secourir et donc à établir des catégories. Les partages des populations sont rationalisés. Ils se font autour de l'appartenance à un territoire qui signe une affiliation et la capacité ou non de travailler.

Castel explique l'ambiguïté face aux pauvres comme faisant partie d'une « *économie du salut* »²²⁴ qui nécessite de les départager, notamment par le mérite. Le corps difforme et souffrant devient « *une caractérisation anthropologique fondamentale [.....] pour être exonéré de l'obligation de travailler* »²²⁵.

Castel situe au XIIIème siècle l'organisation de la charité en « *une sorte de service social* », visant « *une gestion rationnelle de l'indigence* »²²⁶. Mais à partir du XIVème siècle, le « *mendiant valide* » fait irruption et interroge cette gestion²²⁷. Apparaissent les interdictions de leur faire aumône, car ils sont assimilés aux vagabonds et relèvent donc des mesures de la police. Certains auteurs font d'ailleurs remonter le début de la « *question pénale* » à cette époque, avec le début des traitements répressifs de la pauvreté²²⁸.

Les vagabonds, mendiants étrangers, sont chassés ou condamnés aux galères à perpétuité dès leur première arrestation, alors que les mendiants locaux seulement à partir de la troisième arrestation. C'est donc seulement à ceux, « *rétifs à la solution charitable* » et « *ayant coupé toute appartenance communautaire* »²²⁹, à qui s'adresse le traitement pénal. Rappelons-le, à cette époque, l'enfermement ne constitue pas une peine – la peine de mort, les galères et le bannissement étaient les peines les plus lourdes.

²²³ *Ibid.*, p.60.

²²⁴ *Ibid.*, p.71.

²²⁵ *Ibid.*, p.74.

²²⁶ *Ibid.*, p.80.

²²⁷ *Ibid.*, p.103.

²²⁸ ROBERT, Ph., LEVY, R. 1985, *Op. cit.*

²²⁹ CASTEL, R. 1995, *Op. cit.* p. 86, citation du « Edit du Roy portant établissement de l'Hôpital général »

La question pénale prend sa forme à l'époque contemporaine²³⁰, mais son émergence peut être située aussi au XIII^e siècle. Elle est définie comme le moment de formalisation et de rationalisation des questions pénales et répressives. Les « *prodromes* »²³¹ de la question pénale sont :

- Le passage d'un « *féodalisme direct à un féodalisme centralisé* » et donc la naissance d'un *proto- Etat* ;
- Le début d'une administration centralisée, des impôts centralisés et des procédures juridiques ;
- Et enfin la naissance et la gestion de la pauvreté qui « *interfère avec le pénal à de nombreux points de vue* ».

La séparation entre lois civiles et lois pénales qui débute au XII^e siècle est une des conditions de la séparation de la question pénale – faute et crime, châtement et peine ne se recouvrent plus²³².

A partir du XIV^e siècle, la pauvreté devient un problème *politique* et interroge l'ordre social. Les « *bons pauvres* » sont ceux qui ne sont pas aptes au travail, mais leur corps difforme devient signe de leur soumission. Sur « *les mauvais pauvres* », supposés ne pas vouloir travailler, pèse toujours le soupçon d'une transgression, une révolte contre l'ordre établi²³³. Des lois se multiplient pour gérer la situation. La pauvreté, qu'elle soit bonne ou mauvaise devient une affaire de police.

Dans leur étude sur l'histoire de la question pénale, les auteurs²³⁴ prennent le parti d'inclure *la police*. A partir du XVII^e siècle, le rôle de celle-ci semble s'éclaircir, c'est de « *maintenir l'ordre en évitant l'explosion de violence du populaire* »²³⁵, mais aussi « *d'assainissement de l'espace et, notamment, de déloger ceux qui littéralement y vivent* »²³⁶. Leur cible seront souvent les « *gens sans aveu* ».

²³⁰ ROBERT, Ph., LEVY, R. 1985, *Op. cit.*

²³¹ *Ibid.*

²³² DEBUYST, Ch., DIGNEFFE, F., LABADIE, J.-M., PIRES, A. 2008 *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. Des savoirs diffus à la notion de criminel-né*. Volume 1, Bruxelles : Larcier, 2008, p.74.

²³³ ROBERT, Ph, LEVY, R. 1985, *Op. cit.*

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.* p. 492.

²³⁶ *Ibid.* p. 492.

Dans l'ouvrage *Peine et structure sociale*²³⁷, les auteurs, qui s'inscrivent dans une théorie critique, font le lien entre les structures sociales et les régimes de pénalité – le lien entre les inégalités socio-économiques et la peine comme moyen d'y remédier est explicite. Ce lien se joue encore autour de la capacité de travail.

Les changements démographiques et socioéconomiques caractérisent le début du capitalisme : « *Les XIVe et XVe siècle amenèrent la création d'un droit pénal cruel dirigé contre les classes inférieures* »²³⁸. Les actes sont plus sévèrement punis s'ils sont le fait d'un « *vilain* ». Ainsi, le jugement n'apparaît plus comme un acte purement moral, mais aussi social. Le jugement est aussi vu comme un instrument de domination et d'oppression. Il en ressort que, dès le XIV^e siècle, la bourgeoisie œuvre pour une vision plus répressive surtout concernant les atteintes à la propriété, mais plus généralement pour une plus grande rationalité des jugements. La constitution d'une classe délinquante issue des classes inférieures entraîne des changements de procédures comme, par exemple, la création de la catégorie de « *flagrant délit* » qui vise exclusivement les « *classes inférieures* »²³⁹. Les auteurs font donc un lien entre le développement des politiques pénales et la pauvreté.

Les auteurs²⁴⁰ remarquent aussi un renforcement des peines qui ciblent en priorité des individus et non des actes. Par exemple, la peine de mort n'est plus seulement destinée aux crimes les plus graves, mais aussi aux individus considérés comme potentiellement dangereux. Les mutilations sont tellement cruelles que, souvent, elles se terminent par la mort. Si ce n'est pas le cas, les personnes sont rendues infirmes, mais n'auront aucun droit à être secourues puisque leur infirmité est due à une peine. Une impossibilité existe donc de confondre criminel et infirme. Si une confusion existe avant la peine, elle n'est plus permise une fois la peine appliquée²⁴¹.

Les peines dépendent de la situation de l'infacteur. Le bannissement, par exemple, semble être différemment appliqué selon qu'on soit riche ou pauvre. Pour les riches, il apparaît comme un moyen de voyage, tandis que pour les pauvres comme une rupture. Enfin, la pénalité prend de plus en plus la forme d'une exclusion de ceux qui semblent « *inaptes à vivre en société* »²⁴².

²³⁷ RUSCHE, G., KIRCHHEIMER O. 1994, *Op. cit.* p. 121.

²³⁸ *Ibid.* p. 133.

²³⁹ *Ibid.* p. 138.

²⁴⁰ *Ibid.* p. 142.

²⁴¹ Cette vision de séparation est présente également aujourd'hui - souvent des spécialistes des politiques sociales sont étonnés de savoir que dans les prisons françaises, les prisonniers peuvent percevoir leur pension de retraite ou bénéficier des allocations d'adulte handicapé. Dans certains pays, cela n'est pas possible.

²⁴² RUSCHE, G., KIRCHHEIMER O. 1994, *Op. cit.*, p. 141.

Cette nouvelle pénalité aurait conduit à jeter sur les routes encore plus de personnes et à inciter au crime.

3.2.2. Enfermer ceux qui créent du désordre

C'est à partir du XVI^{ème} siècle que la plupart des pays occidentaux établiront des lois au sujet des pauvres²⁴³. Ces lois envisagent la population des mendiants comme une population relativement homogène et sa gestion par une nouvelle technique, l'enfermement. Les mendiants commencent à apparaître comme un groupe menaçant et extérieur à la société. Mais, selon Castel, l'enfermement n'est pas une exclusion. Au contraire, il est un moyen de « *restaurer l'appartenance communautaire* »²⁴⁴. L'hôpital général, les *workhouses* en Angleterre, le *Rasphaus* à Amsterdam semblent poursuivre le même but.

Puisque l'hôpital général prendra en charge seulement les mendiants domiciliés dans la commune, les autres seront chassés. Cette solution n'est pas pénale, mais, selon Castel, « *rééducative* » et « *inclusive* ». Il s'agit de traiter les individus, en traitant leur « *lien défectueux* »²⁴⁵ à la société. Le défaut doit être réparé par le secours à domicile des pauvres invalides et par l'enfermement pour rééducation des mendiants valides. Certains auteurs appellent ce type de traitement « *pénitentiel* », car il se situe à mi-chemin entre l'assistance et la pénitence. Les populations sont secourues, mais sont obligées en échange de se repentir et punies par un travail harassant et inutile²⁴⁶.

A la fin du Moyen Age naissent la plupart des institutions d'enfermement : maisons de correction, hôpital général, dépôts de mendicité, prisons, etc. Selon Rusche et Kirchheimer²⁴⁷ l'objet de cet enfermement est purement et simplement une régulation du marché du travail, par la mise au travail du plus de monde possible. Ce qui créerait une concurrence entre les ouvriers et bénéficierait aux employeurs par la baisse des salaires. Pour la même période et le même phénomène, l'enfermement, Michel Foucault a proposé une explication un peu différente. Il

²⁴³ CASTEL, R. 1995, *Op. cit.*, p. 81.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 83.

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 83.

²⁴⁶ FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard, 1961.

²⁴⁷ RUSCHE, G., KIRCHHEIMER O. 1994, *Op. cit.*

décrit le changement de regard et la constitution de la figure du « *déraisonnable* » qu'il s'agit de gérer, mais aussi de protéger²⁴⁸.

Claude Quétel, dans *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, propose une vision plus nuancée de l'enfermement des fous²⁴⁹. L'enfermement va s'affirmer comme mode de traitement non pénal de toute déviance. C'est une tentative d'appliquer une gestion publique à un désordre social. Les nouvelles visions de l'homme et de la société ne permettent plus une gestion unique. A cette époque, s'il faut neutraliser le danger, il n'est plus question de détruire la main-d'œuvre. Enfin, la doctrine chrétienne, et sa vision de la charité, propose à chacun d'accéder au salut chrétien, en faisant pénitence, qu'il le souhaite ou non. Il s'agit donc de concilier une exigence de contrôle social avec une vision spirituelle dans un contexte économique très particulier. La peine de mort ou le supplice ne sont plus envisagés comme unique châtiment. Le travail devient la « *peine terrestre* ».

Les siècles classiques sont marqués, selon Foucault, par une nouvelle vision de la normalité et par l'enfermement de ceux qui semblent ne pas entrer dans l'ordre social nouveau. L'hôpital général et les divers hospices vont voir le jour dès le XIV^{ème} siècle dans les grandes villes de l'Europe Occidentale.

*« Ni hôpital ni prison au sens où nous l'entendons aujourd'hui, le terme d'hôpital général qui apparaît alors se définit comme une structure d'hospice où sont accueillis et maintenus de force les errants et les mendiants. »*²⁵⁰

L'enfermement, ne faisant pas partie des mœurs, semble difficile à envisager par les citoyens. Il est à la fois cher et trop répressif²⁵¹. Il faudra attendre le XVI^{ème} siècle, moment où la population des pauvres en Europe atteint autour des 20%²⁵².

« Ils sont chômeurs saisonniers et chômeurs « professionnels », vrais et faux pèlerins ou prêcheurs, « bêtîtres » [soldats débandés], prostituées, « décrépits », infirmes, aveugles, galeux et autres « mal figurés » (et parmi ces derniers, des insensés et des épileptiques), Bohémiens, « Égyptiens » et Tziganes immigrant en Europe occidentale

²⁴⁸ FOUCAULT, M. 1961, *Op. cit.*

²⁴⁹ QUÉTEL, C. *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, Paris : Tallandier, 2012.

²⁵⁰ QUÉTEL, C. 2012, *Op. cit.*, p. 99.

²⁵¹ GUTTON, J-P. Enfermement et charité dans la France de l'Ancien Régime. In : *Histoire, économie et société*, 1991/n°3. Prières et charité sous l'Ancien Régime. p. 353-358.

²⁵² BRAUDEL, F. *La dynamique du capitalisme*, Paris : Flammarion, 1985.

consécutivement à la conquête turque, bannis en rupture de ban, francs marauds et « guetteurs de chemin », enfants abandonnés, et on en passe... »²⁵³

On retrouve, comme de coutume, dans ce groupe, à la fois ceux qui préfigurent le « handicapé », « l'assisté » et le « délinquant ». Et ils commencent à susciter de la peur auprès des « honnêtes gens ». Ils suscitent deux types de peur. D'abord, une peur de rupture de l'ordre social, qu'on appellerait aujourd'hui l'insécurité – figuré par des embrasements comme les épidémies, les émeutes mais aussi les crimes. Et une peur plus diffuse, mais non moins agissante, de rupture de l'ordre moral – pouvant se matérialiser par le non-respect des valeurs qui fondent la société – vivre sans famille, sans religion et sans travail.

Dans ce contexte, partout en Europe, une rationalisation de la charité est en cours. Cette rationalisation s'établit autour de plusieurs critères : centralisation de l'aumône, création de structures, de métiers de secours et une catégorisation nette entre les pauvres invalides méritant l'aumône à domicile et les pauvres valides frappés par l'enfermement pénitentiel. Dès cette époque, des voix se lèvent pour arguer que la séparation entre les bons et les mauvais ne sera pas si aisée.

Avant l'Hôpital général, on cherche déjà des moyens pour catégoriser, fixer, et secourir les « vrais » pauvres : infirmes et impotents. Mais en même temps, on les enferme et on les oblige à faire des travaux dans les ateliers de charité. Qu'on veuille secourir ou obliger de travailler, tous y sont finalement enfermés, à la recherche d'une pénitence. En effet, « Une idéologie nouvelle de l'enfermement s'oppose à la théologie ancienne de l'aumône »²⁵⁴.

Selon Quétel, l'enfermement devient à la fois un instrument et une idéologie. Autant la période pour se mettre en place sera longue, autant l'empreinte carcérale sur certaines institutions, notamment pour enfants trouvés, pour vieillards ou infirmes est toujours présente selon l'auteur.

L'idée de l'enfermement coercitif mettra du temps à être acceptée et Quétel la situe au-delà du XVIII^{ème} siècle :

« Ce qui pourrait apparaître comme, en effet, un « grand renfermement » est en fait une augmentation artificielle des enfermés car, comme le soulignent les administrateurs au milieu du XVIII^e siècle : « L'Hôpital général de Paris est devenu, depuis, l'Hôpital de tout le Royaume. On y reçoit les pauvres valides et invalides, les fous, les épileptiques,

²⁵³ *Ibid.*, p.38.

²⁵⁴ GUTTON, J-P. 1991, *Op. cit.*, p. 353.

*les écrouelles, les malades de la maladie vénérienne, et encore les personnes détenues de force, parce qu'il n'y a point dans les provinces de lieux de sûreté pour les renfermer. »*²⁵⁵

Deux types d'institutions apparaissent à la fin du règne du Louis XV : pour le « *secteur public* » – les dépôts de mendicité et pour le « *secteur privé* » – les maisons de correction ou de force²⁵⁶.

Le principe des maisons de correction est que la famille doit en faire la demande, par lettre de cachet et payer une pension. C'est ici que l'on retrouve les fous non indigents et non errants. Pour les crimes contre le roi, la religion et l'État, être fou ou pas n'a aucune importance, la peine capitale est requise. Pour les autres crimes, beaucoup sont enfermés à vie dans une maison de force. Les communautés religieuses sont incitées à s'occuper des maisons de force. Il y aura donc des pauvres, des personnes enfermées pour leur éducation, des personnes pour leur retraite, des insensés et des pénitents. Les conditions de vie seront fortement différenciées puisqu'elles dépendent de la pension que la famille peut payer. Les dépôts de mendicité font office à la fois d'Hôpital et de maison de force :

*« Un Hôpital général qui sera en même temps maison de force, lequel sera destiné à recevoir les pauvres invalides qui n'auront aucun autre asile, les Insensés et ceux qui auront été condamnés par jugement à être renfermés. »*²⁵⁷

On dénonce, depuis le début d'existence de ces lieux, le mélange de différentes catégories et les conditions de vie déplorables.

²⁵⁵ QUETEL, C. 2012, *Op. cit.*, p. 131.

²⁵⁶ *Ibid.*, p. 165.

²⁵⁷ *Ibid.*, p. 179.

3.3. Rationaliser l'enfermement

3.3.1. Institutionnaliser la séparation

Cette période se caractérise par l'institutionnalisation des catégories de l'action publique. Voici le discours qui apparaît à ce moment : « *Un malade ne doit pas subir une peine* », rappelle un *intendant* »²⁵⁸.

La pensée des Lumières pénètre les différents domaines de la vie sociale. Elle est très importante quant à la question sociale. Une vision socio-politique de la société, en termes de contrat social apparaît. Dans ce contrat social, l'homme contracte avec la société. En commettant un crime, c'est contre la société entière qu'il agit et celle-ci se doit de lui donner la réponse appropriée. D'ailleurs, comme le dit Imbert en citant Rousseau « *tout malfaiteur attaquant le droit social devient par ses forfaits rebelle et traître à la patrie* », en violant les lois nationales, il lui fait la guerre²⁵⁹.

En même temps, une nouvelle doctrine s'élabore, selon laquelle la misère est la fille de l'Etat. Dans cette vision déterministe, la culpabilité de l'homme à la marge n'est plus aussi clairement établie et les structures sociales sont prises en compte. En ce sens, une vision des inégalités apparaît. Dans une telle vision, l'Etat est en obligation de réparer le mal fait à un de ses citoyens :

*« C'est aux êtres les plus faibles et les plus malheureux que la Société doit la protection la plus marquée et le plus de soins. Ce sont, outre les enfants, les insensés. [...] En France, on a multiplié les asiles, mais « ils ne soulagent que la crainte publique et ils ne peuvent satisfaire la pitié » [...] »*²⁶⁰

Si les sentiments face à ces populations enfermées sont ambigus, cette nouvelle vision propose clairement des traitements distincts :

²⁵⁸ *Ibid.*, p. 181.

²⁵⁹ IMBERT, J. 1989, *Op. cit.*, p. 43. Citation du Contrat social.

²⁶⁰ QUETEL, C. 2012, *Op. cit.*, p. 164, Cite un texte de la Société de philanthropie.

« Au milieu du XVIII^e siècle, le temps est venu de traiter séparément la question des invalides (ils occupent de facto l'Hôpital général) et celle des mendiants valides (il leur faut une nouvelle institution). Il est temps enfin de distinguer l'assistance de la police. »²⁶¹

Au-delà des considérations morales, l'arbitraire et les effets néfastes de l'enfermement deviennent un motif d'indignation. *« Cette maison, qui est tout à la fois un hôpital et une prison, semble un hôpital construit pour engendrer des maladies et une maison pour enfanter des crimes »*, dit Mirabeau à propos de Hôpital de Bicêtre²⁶².

On prend donc conscience des conditions de vie et des mélanges de populations qui existent. On y trouve des « vrais » criminels et des « libertins », enfermés par leurs familles dans les maisons de force, des infirmes et insensés dans les dépôts de mendicité, des femmes condamnées à la peine de galères ou des hommes dont la peine de mort a été commuée en hôpital général. Dans les prisons, on doit trouver seulement des personnes en attente de jugements ou pour dettes ; en réalité, on y trouve des mendiants et des soldats. Les internés ne sont jamais séparés. Criminels et malades, petits délinquants et infirmes se côtoient²⁶³. Et ce mélange apparaît subitement inconcevable.

Ce changement de sensibilité est résolu par la Révolution française qui signe la séparation légale des populations. Par l'exigence de la légalité de l'enfermement, il devient impossible d'enfermer sans raison légale. C'est à cette époque également que naît la peine de prison. Comme le dit Petit, dans un ouvrage sur la naissance de la peine de prison :

« A l'école de Montesquieu, de Voltaire et surtout de Rousseau, la Révolution, après avoir mis en évidence les droits qui découlent de la nature même de l'homme, définit les lois qui les concrétisent. »²⁶⁴

La liberté et l'égalité sont garanties à tous par la nation et les lois justes et égales. Dans un tel contexte, l'institution judiciaire prend une importance primordiale.

²⁶¹ *Ibid.*, p. 178.

²⁶² RUSCHE, G., KIRCHHEIMER O. 1994, *Op. cit.*, p. 226.

²⁶³ QUETEL, C. 2012, *Op. cit.*, p. 178.

²⁶⁴ PETIT, J-G. *Ces peines obscures. La prison pénale en France 1789-1875*, Paris : Fayard, 1990, p. 37.

En 1789, les biens du clergé mais aussi l'obligation d'assistance aux citoyens reviennent à l'Etat. Entre 1787 et 1790, la question de l'Assistance Publique prend une grande importance²⁶⁵ :

« *Partout est dénoncé le mauvais état des hôpitaux et presque partout il est demandé de créer des hospices pour les catégories figurant déjà dans tous les projets de réformes antérieurs : orphelins, enfants abandonnés, aveugles, sourds-muets, insensés...* »²⁶⁶

La séparation entre l'asile et la prison est située par Castel²⁶⁷ en 1790, portée par la loi qui mettait fin aux lettres de cachet. Les lettres de cachet, qui donnaient le droit à la famille et au roi d'intervenir sur les « *comportements non conformes* », sont abolies. Tous les internés comme déments devraient être examinés par un médecin et vus par un juge. Ces derniers doivent statuer sur leur état. Ils devaient séparer ceux qui doivent être jugés et condamnés de ceux qui doivent être soignés dans des hôpitaux.

Selon Castel, cette séparation a nécessité un certain nombre d'éléments²⁶⁸ : l'avènement du légalisme ; la création de nouveaux rapports entre les agents : justice, administration locale et médecine ; l'attribution au fou d'un statut de malade ; la création d'une nouvelle institution : « *hôpitaux prévues pour cet effet* »²⁶⁹. Ces quatre éléments sont très importants pour la définition d'un nouveau personnage, *l'aliéné*.

L'avènement du légalisme apparaît important pour *la séparation des populations enfermées*. De fait, c'est à cette même loi de mars 1790, citée par Castel, que Petit attribue « *le véritable début de la prison pénale* »²⁷⁰. Les auteurs de délits et de crimes ne pourront pas être enfermés sans l'avis d'un juge.

La Constituante instaure différents comités. Le Comité des lettres de cachet s'occupera des prisonniers enfermés illégalement. Le Comité de mendicité s'occupera de la mendicité, de la distribution des secours et de la bienfaisance. Une des sections de ce dernier aura à s'occuper des maisons de correction, des prisons et les mendiants enfermés.

²⁶⁵ IMBERT, J. (éd.) *La protection sociale sous la Révolution française*, Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1990/In-8°

²⁶⁶ QUETEL, C. 2012, *Op. cit.*, p. 193.

²⁶⁷ CASTEL, R. 1977, *Op. cit.*

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 9.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 10.

²⁷⁰ PETIT, J-G. 1990, *Op. cit.*, p. 41.

Si le geste de séparation est très clair, dans la pratique, pendant longtemps encore, les confusions perdureront. Les aliénés seront très présents dans tous les lieux d'enfermement. En effet, selon Petit, ni les institutions de secours, ni les familles des enfermés ne sont prêtes à les voir sortir. Même si dans la plupart des cas il s'agit de personnes ne présentant aucune dangerosité, mais des « *faibles d'esprit* »²⁷¹.

La séparation juridique entre l'aliéné et le criminel est donc actée. Mais la séparation, tant concrète que symbolique, d'avec le pauvre semble encore difficile à faire. Même si les ateliers de travail et les ateliers de charité²⁷² sont supprimés,²⁷³ un texte de Mirabeau de cette époque propose la création d'une seule institution de type « *manufacture* », « *à la fois maison de charité et institution pénale* »²⁷⁴ par laquelle on viendra à bout de la mendicité et on transformera « *les citoyens dépravés en hommes utiles* »²⁷⁵. Le comité de mendicité proposera donc la création des « *maisons de correction pour pauvres* » avec un bâtiment spécifique pour « *mauvais pauvres* » qui y seront punis. Pour ce revirement répressif de la pauvreté, c'est la nature même du pacte social qui est évoquée, c'est-à-dire qu'un homme libre est celui qui travaille et ce pacte est, selon Liancourt, « *fondé sur l'utilité réciproque de tous les membres* »²⁷⁶.

La prison correctionnelle est instituée en 1791 et elle doit enfermer « *les mendiants, les mineurs en correction paternelle, les correctionnels et les criminels* »²⁷⁷. Un mouvement est enclenché, adoucir les lois, mais les étendre²⁷⁸. Il ne s'agit plus tant d'expier une faute, ni de maintenir enfermés ceux qui gênent, mais de les punir et de les corriger. La peine s'inscrit dans une vision contractuelle, comme une rétribution juste à un acte commis et la correction permet d'envisager le retour dans la société.

Une nouvelle théorie pénale est née et la prison devient la peine de référence. La liberté étant la chose la plus précieuse dans cette nouvelle société, en être privé est la peine la plus sévère. L'enfermement propose une « *souplesse* », la possibilité donnée au détenu de travailler sur lui-même, et donc de permettre son amendement tout en lui infligeant une souffrance légitime.

²⁷¹ *Ibid.*, p. 42.

²⁷² Des moyens de mise au travail des populations indigentes : vagabonds, infirmes et mendiants.

²⁷³ DEBUYST, Ch. DIGNEFFE, F. LABADIE, J-M. PIRES, A. 2008, *Op. cit.*

²⁷⁴ Petit, J-G. 1990, *Op. cit.*, p. 43.

²⁷⁵ *Ibid.* p. 44.

²⁷⁶ *Ibid.* p. 43, Citation de Liancourt.

²⁷⁷ *Ibid.* p. 45.

²⁷⁸ *Ibid.* p. 46, Citation de Beccaria « *Ayez des lois douces et ne pardonnez jamais* »

Jusqu'alors la prison constituait une grâce. Elle remplaçait le bague, les galères ou la peine de mort pour les femmes délinquantes, les criminels malades ou vieux.

Au début du XIX^{ème} siècle, on continue à réfléchir à la séparation des mendiants et des criminels. La prison pénale s'étant érigée selon le modèle du dépôt de mendicité, cette séparation semble plus compliquée à penser que celle d'avec l'asile et l'aliéné. On souhaite renvoyer vers les hôpitaux tous les mendiants et infirmes, pour laisser en prison seulement ceux qui sont condamnés²⁷⁹. Cette séparation rationnelle des populations se voit empêchée, étant conditionnée par des moyens financiers. Pour séparer, il faut construire de nouveaux locaux.

Dans la réalité, la situation du fou ne s'éloigne pas vraiment de celle du pauvre marginal, qu'il soit valide ou pas, ni de celle du délinquant. Mais par le fait de lui donner un statut de malade, il semble s'éloigner des populations à juger. La catégorisation des populations « *flottantes* », qui se caractérisent d'abord par leur rapport au travail semble beaucoup plus complexe. De plus, la prison pénale ayant comme inspiration une « *solution esclavagiste* », se caractérise par la privation de liberté et la mise au travail, tout d'abord destinée aux pauvres²⁸⁰.

Mais au-delà de la difficulté de séparer rationnellement les populations, il y a la raison commune ou, comme le dit Castel²⁸¹, une « *l'étiologie sociale générale* ». Ceux qui gouvernent s'accordent sur cette origine commune et sur les moyens d'y remédier : l'enfermement, que ce soit pour l'assistance ou la correction. L'enfermement devient un instrument de gouvernement et donc de gestion.

3.3.2. Institutionnaliser les catégories

Le Code pénal de 1810 viendra donner une couleur plus sévère à la pénalité, la vision bien trop philanthropique de l'ancien code est dénoncée. Le nouveau code aggrave singulièrement les peines surtout pour les infractions liées à la propriété et à l'autorité publique. Selon Petit²⁸², il s'agit d'une nouvelle pénalité – une pénalité d'intimidation, inspirée par l'utilitarisme de Bentham. Au-delà des crimes politiques, toute une population proche de la délinquance

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 46.

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 160, citation de Braudel

²⁸¹ CASTEL, R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Les Editions de minuit, 1977, p. 148.

²⁸² PETIT, J-G. *Op. cit.*, p. 128.

continue à être enfermée en prison ou en dépôt de mendicité : ce sont des « *gens sans aveu et non domiciliés, filles publiques, cochers de fiacre ... [...] les mauvais maris et les filles de famille ayant eu des enfants hors mariage* »²⁸³. Le traitement différencié entre riches et pauvres est, à cette époque, déjà bien documenté et tenu pour évidence.

Quant à l'infirmité, la fin du XVIII^{ème} siècle apporte aussi de nombreux changements. L'égalité des citoyens donne la possibilité d'envisager la notion « *d'éducabilité* », selon laquelle tout homme a en lui la possibilité de s'élever de sa condition. Les figures telles que Pinel pour les fous qui deviennent curables, l'Abbé de l'Épée pour l'éducation des sourds, Valentin Haüy qui assure l'apprentissage des aveugles, Itard qui cherche à comprendre l'enfant sauvage, mais aussi l'apparition des techniques d'orthopédie, s'inspirent directement de l'idée d'un possible redressement. Même si les mélanges de populations persistent dans les dépôts de mendicité, par exemple, des institutions spécialisées par type d'infirmité commencent à voir le jour. Les années 1820-1830 marquent la période d'une véritable « *frénésie orthopédique* »²⁸⁴. L'idée d'un champ commun trouve ces germes à cette période²⁸⁵.

Les pratiques qui se développent lient des méthodes orthopédiques et pédagogiques. Les différentes infirmités, portées le plus souvent par les populations issues des classes laborieuses, sont toujours constitutives d'une déviance. Toutefois, Stiker le rappelle, les infirmes sont moins surveillés et exclus que les fous et les criminels²⁸⁶.

Pour le fou et le criminel, bien qu'appartenant à la même classe dangereuse, la séparation esquissée en 1790 perdure. Le nouveau code pénal de 1810 introduit la notion d'irresponsabilité pénale. La loi de 1838²⁸⁷ crée véritablement l'asile et, de ce fait, les figures de l'aliéné et des aliénistes, ainsi que les méthodes propres d'intervention. L'irresponsabilité pénale signe la séparation entre le fou incapable et le criminel responsable. Elle départage les champs d'action et leurs justifications, mais aussi les métiers et les institutions qui leurs sont liés.

Petit à petit, non seulement les institutions, mais aussi les différentes catégories d'indésirables, semblent se distinguer clairement les unes des autres. Castel, dans son ouvrage « *L'Ordre psychiatrique* » montre bien comment l'asile en tant « *qu'institution totalitaire* » arrive à assurer son maintien à la fois par la perpétuation des manières d'enfermement et par

²⁸³ *Ibid.*, p. 129.

²⁸⁴ BRICARD, I. *Saintes ou pouliches : L'éducation des jeunes filles au XIXe siècle*, Paris : Albin Michel, 1985.

²⁸⁵ STIKER, 2013, *Op. cit.*, p. 118.

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 120.

²⁸⁷ Loi du 30 juin 1838 sur l'enfermement des aliénés, dite « Loi des aliénés »

l'innovation. Ceci nous semble valable pour les autres institutions : la prison pénale et les institutions de prise en charge de l'infirmité.

Selon Castel²⁸⁸, les institutions totalitaires se caractérisent par trois mécanismes : le mode de recrutement des populations où « *il s'agit toujours d'opérer une ponction au sein d'une masse de déviants ou de marginaux* » ; les techniques disciplinaires comme « *l'apprentissage de la régularité, de l'obéissance et du travail* » ; enfin, la finalité de ces institutions cherchent toutes « *à annuler ou réduire la distance que certains comportements entretiennent aux normes dominantes...* »²⁸⁹.

La naissance de l'asile a été rendue possible, parce que le corps médical a su donner des justifications précises à ces trois mécanismes. Il s'agit d'abord de repérer non plus un fou, mais un malade, d'ajuster les traitements, toujours disciplinaires mais appuyés d'une justification médicale, et, enfin, de poursuivre une finalité précise, la guérison. L'enfermement a besoin d'être justifié par la science et aussi par la morale. Il est nécessaire pour le bien même de l'enfermé. Les caractéristiques des populations, les nosographies, sont de plus en plus élaborées et détaillées. Une précision qui mène à une augmentation de la population des aliénés.

De la même manière, peut-être moins connue, une science pénitentiaire se développe au cours du XIX^{ème} siècle qui prend, comme pour les infirmes ou les fous, des racines au XVIII^{ème} siècle²⁹⁰. Les caractéristiques des détenus sont désormais regardées de l'intérieur de cette science. Le prisonnier, en lien direct avec le délinquant, apparaît déjà comme une catégorie en soi. L'établissement d'un code pénal qui précise les actes et les comportements punissables donne l'instrument précis de recrutement de la population pénale. La rationalisation des peines prend la population pénale pour un objet en soi. Il s'agit d'une préoccupation tout à fait contemporaine : on réfléchit déjà à la fonction de la peine et on envisage, par exemple, l'introduction de l'école en prison²⁹¹.

A cette époque, la question de la prison passionne les esprits, car « *sa finalité est élevée* »²⁹². Elle pourrait être la solution, à la fois, à la question sociale et à la question pénale. La technique disciplinaire est clairement énoncée : c'est le « *recyclage des délinquants dans des prisons très*

²⁸⁸ CASTEL, R. 1977, *Op. cit.*, p. 96-97.

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 96-97.

²⁹⁰ PETIT, J-G. 1990, *Op. cit.*, p.198.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 192.

²⁹² *Ibid.*, p. 200.

sévères »²⁹³. Le regard se porte donc sur l'individu, le détenu, qu'il s'agit de scruter, de comprendre et de transformer par la souffrance morale et physique.

Cette vision suscite des contestations d'abord dans les prisons. Les détenus considèrent que les philanthropes leur demandent un changement impossible, ils comparent même la cruauté du traitement disciplinaire aux activités des criminels endurcis²⁹⁴. Et même si « *les techniciens de comportement* »²⁹⁵ n'ont pas autant de pouvoir que leur donne Foucault, la logique de transformation est clairement présente et revendiquée. La science pénitentiaire naissante, les mouvements contestataires des prisonniers et la justification disciplinaire de la prison, aboutissent à créer et rendre autonome la catégorie du « *criminel-prisonnier* »²⁹⁶. S'ajoute à cela la représentation sociale d'une criminalité organisée, faisant partie d'une contre-société. La catégorie du prisonnier est donc naturalisée : « *les criminels commencent à être considérés comme « une classe spécifique », distincte de celle des autres individus, et une image sociale négative généralisée et stéréotypée émerge à leur égard* »²⁹⁷.

Des catégories descriptives d'une expérience, le fou, l'infirme et le délinquant deviennent dans les représentations des catégories ontologiques, qui leur confèrent une essence. Cela ne veut pas dire que ces catégories sont homogènes. Plusieurs groupes existent au sein de la catégorie du prisonnier. Les aspects hétérogènes commencent à être traités comme les sous-catégories. Le code pénal réprime mendicité et vagabondage. Il ne s'agit donc plus de questionner ces présences en prison, les mendiants devenant tout simplement une sous-catégorie. Comme pour l'aliéné, l'action de la police, de plus en plus efficace et précise, entraîne l'accroissement du nombre de mendiants et de vagabonds en prison²⁹⁸.

Dès cette époque, apparaissent les thèmes propres à la prison et toujours actuels : les classifications des populations, le système des quartiers, la dénonciation des conditions d'enfermement. Ces classifications ne se font pas pour la beauté du geste : on connaît déjà les effets de l'enfermement et on cherche à protéger certaines catégories, à surveiller plus

²⁹³ *Ibid.*, p. 200.

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ FOUCAULT, M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard, 1973.

²⁹⁶ PETIT, J-G. 1990, *Op. cit.*

²⁹⁷ DEBUYST, Ch., DIGNEFFE, F., LABADIE, J-M., PIRES, A. 2008, *Op. cit.*, p. 67.

²⁹⁸ PETIT, J-G. 1990, *Op. cit.*, p. 278 « *leur nombre se multiplie presque par 10 en 25 ans passant de 966 en 1826 à 9411 en 1852* »

particulièrement d'autres²⁹⁹. Les thèmes de l'insalubrité des prisons, de la mortalité, du suicide et de la folie pénitentiaire sont toujours présents dans les débats³⁰⁰.

La théorie du criminel-né³⁰¹ fini d'achever les possibles mélanges entre le criminel et les autres types de marginalité, en l'inaugurant comme un homme à part. Dans le même mouvement, par la recherche d'une raison biologique de ses actes, cette théorie le rapproche du fou et de l'infirme. Une « *médecine du crime* » va naître, pour construire une image du « *criminel-malade* »³⁰² ou plutôt du criminel comme un malade. Cette image se répand vite et restera vivace pendant longtemps. Lorsqu'on constate dans les prisons en Angleterre le « *nombre élevés de malades ou de sujets présentant des insuffisance physiques ou mentales* », se renforce l'idée de l'existence d'une « *catégorie sociale* » à part³⁰³. La prison est en partie envisagée comme un hôpital où « *les médecins travaillent en première ligne* »³⁰⁴. Pendant longtemps, des études s'appliquent à prouver les liens entre la criminalité et le développement mental ou psychique³⁰⁵.

L'éducation est une doctrine philosophique et morale qui marque la période des Lumières. On croit à la possible adaptation des aveugles et sourds, à la rééducation de l'infirme, du traitement moral du fou. L'amélioration du détenu semble être postulée comme mission de la prison et comme justification de son existence. Les deux catégories, ceux que l'on appelle aujourd'hui handicapés et prisonniers, sont séparés et gérés par différentes institutions, chacune développant ses propres méthodes, métiers et codes. Mais elles doivent subir le même mouvement général, celui de l'enfermement, du redressement et de la réadaptation.

Les théories scientifiques prolifèrent en cherchant à donner forme et à rendre cohérents des groupes de marginalité différentes³⁰⁶. Une théorie « *scientifique* » tentera de ressembler le fou, le criminel, le pauvre et l'infirme, sous le terme de « *dégénéré* » en expliquant les raisons d'un écart à la norme par le milieu social et l'hérédité. Sous la vision d'une tare venant du milieu, on explique la criminalité, la pauvreté, la déficience et les liens entre elles. Cette vision mettra les

²⁹⁹ *Ibid.*, p. 257.

³⁰⁰ *Ibid.*, p. 234.

³⁰¹ DEBUYST, Ch., DIGNEFFE, F., LABADIE, J-M., PIRES, A. 2008, *Op. cit.*, p. 87.

³⁰² RENNEVILLE, M. *La médecine du crime. Essai sur l'émergence d'un regard médical sur la criminalité en France (1785-1885)*. Lille : Presses universitaires du Septentrion, 1997.

³⁰³ DEBUYST, Ch., DIHNEFFE, F., LABADIE, J-M., PIRES, A. *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. La rationalité pénale et la naissance de la criminologie*. Volume 2, Bruxelles : Larcier, 2008, p. 482.

³⁰⁴ DEBUYST, Ch., DIHNEFFE, F., LABADIE, J-M., PIRES, A. 2008, Volume 2, *Op. cit.*, p. 482.

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 506.

³⁰⁶ VIAL, M., HUGON, A-M. Anormalité, débilite, inadaptation, handicap socio-culturel, fragilité : une histoire sans cesse recommencée ? *Spécificités*, 2009/vol. 2, no. 1, p. 21-32.

bases d'une médecine sociale, présente dans les quartiers pauvres, auprès des infirmes ou dans les cours de justice³⁰⁷. Finalement, plus que de réunir les catégories de criminel et d'handicapé, la théorie de la dégénérescence les sépare totalement. Chaque institution la prendra à son compte et à partir de sa propre vision. Aucune ambiguïté n'existe quant aux contours entre la médecine et la justice³⁰⁸.

³⁰⁷ STIKER, 2013, *Op. cit.*, p. 127.

³⁰⁸ EBERSOLD, 1992, *Op. cit.*, p. 111; PINELL, P. Champ médical et processus de spécialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157.

3.4. Gestion des risques et protection sociale

La solidarité comme vision politique prend ses racines au XIX^{ème} siècle et se déploie pendant le XX^{ème} siècle. Le concept de contrat social ne semble plus pouvoir donner du sens et maintenir les relations entre Etat et citoyens. Selon Donzelot, « *L'exigence absolue de justice s'est effacée au profit de querelles sur la relativité des chances dont bénéficient les uns, des risques qu'encourent d'autres* »³⁰⁹. C'est la notion de solidarité avec l'invention du droit social et la vision des interdépendances et des négociations entre groupes sociaux et individus, qui vient « *colmater les brèches laissées par le contrat social* »³¹⁰. C'est un nouveau rapport qui se joue entre l'Etat et l'individu, concernant également l'individu « *marginal* ».

Lors de ce siècle, des groupes sociaux se forment et donnent naissance à des catégories d'action publique. Il ne s'agit plus seulement de gérer la population, il faut l'envisager dans des relations d'interdépendance. La « *solidarité organique* » s'impose par rapport à la « *solidarité mécanique* »³¹¹.

Même si les institutions fonctionnent indépendamment, les différents types de populations marginalisées sont pensées ensemble. On utilise le terme d'« *inadaptation* » aux normes sociales et d'« *exclusion* », quant à la réponse sociale. Les statistiques qui se développent à cette époque contribuent à l'institutionnalisation de la catégorie des « *inadaptés* » et « *exclus* ».

La réforme morale du criminel devient le mandat principal de la prison. Au tout début du XX^{ème} siècle, l'administration pénitentiaire est attachée au Ministère de l'Intérieur, tout comme les écoles des sourds et aveugles, laissant apparaître qu'il s'agit toujours dans les deux cas – de l'infirmité et de la criminalité – de maintenir l'ordre social. L'administration pénitentiaire passe du côté de la Justice. Dans ce passage, se joue la séparation des pouvoirs et la distinction entre deux phases du processus pénal – l'enquête d'abord, le jugement et la sanction ensuite. Quant aux écoles des enfants « *anormaux* », c'est le passage de l'assistance vers l'éducation, quand celles-ci sont rattachées au Ministère de l'Instruction publique.

Les guerres qui jalonnent la première moitié du XX^{ème} siècle feront apparaître des nouvelles visions de la prison mais aussi de l'individu et de la protection sociale.

³⁰⁹ DONZELOT, J. *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*. Paris : Seuil, 1994, p. 11.

³¹⁰ *Ibid.*, p. 11.

³¹¹ DURKHEIM, E. *De la Division du travail social*. Paris : PUF, 2013.

3.4.1. La « réforme de la prison » ou la « réforme du prisonnier » ?

En ce début du XX^{ème} siècle, les prisons sont peuplées de nouvelles populations, liées aux guerres. Cette situation donne à voir la prison comme outil de gestion politique. Un des directeurs de l'administration pénitentiaire, Paul Amor, lui-même ancien détenu politique, propose des changements centrés sur « *la réforme du prisonnier* », traduits par l'instauration des régimes progressifs en fonction de l'évolution du comportement des prisonniers. La prise de conscience que la plupart des incarcérés sont socialement très démunis mène à la création de services sociaux puis éducatifs dans les prisons³¹².

Le début des années 1970 est un moment de grandes mutineries dans les prisons. C'est une époque où les premiers discours sécuritaires se font entendre, tout comme les premiers discours autour des droits civiques. Une suite d'émeutes éclate dans certaines prisons³¹³. Un embrasement s'ensuit qui fait prendre conscience à la société des conditions de vie dans les prisons et de la privation totale de droits des détenus. La prison devient un lieu d'intérêt et d'études. On constate, une fois de plus, les profils très marginalisés des personnes enfermées. A la suite de cette prise de conscience une autre réforme a lieu : la réforme pénitentiaire de 1975. Cette réforme permet des assouplissements des conditions de détention en accordant des droits et une possibilité d'aménagement des peines. Cette réforme est immédiatement dénoncée, à la fois comme trop libérale, avec le discours sur les « *prisons quatre étoiles* », et comme insuffisamment opérante pour les droits des prisonniers.

Les années 1980 verront des changements pénaux importants. De nouveaux délits apparaissent ou commencent à être plus lourdement sanctionnés : les infractions à la législation des stupéfiants et les délits sexuels. Les deux font apparaître rapidement un « *enfermement de malades* ».

Lorsqu'il s'agit des infractions à la législation des stupéfiants, parler de malades revient à dire que la plupart des incarcérés ont eux-mêmes des pratiques toxicomaniaques et souffrent donc

³¹² VIMONT, J-C. Les missions des assistantes sociales dans la Réforme pénitentiaire après 1945, Criminocorpus [En ligne], Varia, mis en ligne le 02 juillet 2012, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2005>.

³¹³ Voir exposition de Yannick Leu « *LES MUTINERIES DE L'ÉTÉ 1974 ET LA RÉFORME DE 1975* », [en ligne] <https://criminocorpus.org/fr/expositions/prisons/histoire-des-prisons-de-lille/articles/mutineries-de-1974-et-reforme-de-1975>.

d'addictions. Ils sont aussi plus vulnérables aux maladies infectieuses ou psychiatriques. Leur présence en détention ne va pas de soi et demande de nouvelles formes de gestion. De plus, ce type d'infraction cible des populations choisies, très désocialisées et/ou les « *jeunes de banlieue* ». Cette dernière catégorie semble cristalliser aujourd'hui le renouvellement de la question sociale.

Pour les « *délinquants sexuels* », ou auteur d'infraction à caractère sexuel (AICS) selon la nomination consacrée, c'est la catégorie de « *pédophile* » qui concentre toute l'attention. Il s'agit de comprendre un comportement qui n'apparaît pas comme rationnel, lié à des pulsions difficiles à maîtriser, et donc vu en termes de pathologie. La prison doit être pour eux, à la fois la sanction, mais aussi et surtout un lieu de traitement. Leurs profils, plus âgés et plus intégrés socialement, les fragilisent au sein des prisons et nécessitent aussi des révisions dans les manières de gérer la détention. Ces deux types de populations, avec ce qu'elles suggèrent de vulnérabilité et de nécessité de soins, contribuent au retour de la représentation de la prison-hôpital.

Officiellement, c'est à partir de 1944 que les soins en prison sont envisagés, par la création d'infirmières au sein de chaque établissement³¹⁴. Ces infirmières sont attachées à la prison et les personnels médicaux qui y travaillent sont recrutés par l'administration pénitentiaire. A partir des années 1960, face à la conscience de l'incarcération des personnes ayant des problèmes mentaux tout comme des effets pathogènes de la détention, sont créées les premières unités psychiatriques en prison, précédant la création des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Ces premières unités vont devoir faire face aux tentatives d'instrumentalisation de la psychiatrie pour la gestion des prisons. Aujourd'hui, le lien, en termes de vases communicants, entre la fermeture des grands asiles, l'enfermement pénitentiaire et l'ouverture des SMPR semble être établi³¹⁵.

Une seconde réforme de la santé en prison aura lieu en 1994. Par cette réforme, la santé hospitalière entre en prison, la « *médecine pénitentiaire* » n'existe plus. Pour certains sociologues, cette réforme relève d'un impensé, montrant précisément toute la difficulté qu'ont

³¹⁴ MOREAU, F. La santé dans les prisons françaises, In : *Pouvoirs* 2010/n°135.

³¹⁵ BELLANGER, H. Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986, Criminocorpus [En ligne], *Savoirs, politiques et pratiques de l'exécution des peines en France au XXe siècle*, Communications, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2730> ; GUIGNARD, L., GUILLEMAIN, H. « Les fous en prison ? », *La Vie des idées* [En ligne] 2 décembre 2008, consulté le 4 novembre 2019. <http://www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html>

eu les deux institutions à travailler ensemble dans le quotidien³¹⁶. Mais vu à un autre niveau, elle apporte de nouveaux droits aux personnes détenues, sur leur corps et surtout l'obligation d'une égalisation des pratiques, autrement dit d'être soignés comme à l'extérieur de la prison³¹⁷.

Au cours des années 2000, ont été ouvert les premières Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)³¹⁸ et Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)³¹⁹, des unités de soin attachées et installées au sein d'un hôpital, devant permettre de meilleurs soins aux personnes détenues.

C'est en 1995 que l'irresponsabilité pénale va être revue et sa charge diminuée. Il ne s'agira plus de constater une « *démence* » comme dans l'ancien article 64 du Code pénal de 1810, mot pouvant décrire plusieurs cas de figures. En effet, l'article 64 du Code pénal de 1810 postulait qu'il n'y a « *ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ». L'irresponsabilité pénale est un concept ancien, hérité du droit romain, mais rarement pratiqué et jamais évident à mettre en place³²⁰. Dans tous les cas, prononcer une irresponsabilité pénale sur l'intention de l'acte revient à considérer une personne comme non coupable, parce que ne pouvant pas répondre de ses actes. Ceci n'exclut jamais, bien au contraire, de l'enfermement qui devient non plus pénal mais médical. Celui-ci, s'il n'est pas judiciaire peut, par ailleurs, être beaucoup plus long qu'une peine puisqu'il est le plus souvent à vie. Guignard³²¹ montre que la construction et la mise en pratique de la doctrine de l'irresponsabilité pénale pour cause de démence n'a pas été facile.

Dans l'article 122-1 du Code pénal de 1995, il est question de déterminer des niveaux d'abolition ou d'altération du discernement au moment de l'infraction. Ce changement, souvent évoqué comme la raison de l'incarcération des « *malades mentaux* », vient seulement acter une évolution sociale. Depuis les années 1950, le prononcé de l'irresponsabilité pénale est en nette

³¹⁶ LECHIEN, M-H. L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 136-137, 2001, p. 15-26.

³¹⁷ PERROT, M. *Les ombres de l'histoire. Crime et châtime*nt au XIX^e siècle. Paris, Flammarion, 2001.

³¹⁸ Unité hospitalière spécialement aménagée, à destination des personnes ayant des problématiques psychiatriques.

³¹⁹ Unité hospitalière sécurisée interrégionale, à destination des personnes ayant des problématiques somatiques.

³²⁰ GUIGNARD, L. La genèse de l'article 64 du code pénal, *Criminocorpus* [En ligne], Folie et justice de l'Antiquité à l'époque contemporaine, Articles, mis en ligne le 22 avril 2016, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3215>

³²¹ GUIGNARD, L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX^e siècle, entre classicisme et défense sociale, *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], XXXIV^e Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/champpenal/368>

diminution³²². Plusieurs raisons sont évoquées. Des raisons d'organisation, notamment la diminution de places en asile qui va accompagner la refonte de la psychiatrie en France. Des raisons philosophiques, une nouvelle vision de l'homme et donc une nouvelle vision de la responsabilité. La responsabilité est vue comme l'ultime reconnaissance de son autonomie et de sa dignité. Enfin, une vision plus libérale de la société, où la sécurité devient un droit de chaque citoyen. Il faut donc sanctionner ceux qui contreviennent à ce principe³²³.

Les années 1990 sont marquées par la construction massive de nouvelles prisons, dans des programmes appelés « 13 000 » et « 4000 », noms qui font référence au nombre de nouvelles places. La gestion public-privé signe le retour des entreprises privées en prison et, inexorablement, de nouvelles logiques de gestion³²⁴.

Plus récemment, en suivant une évolution sociétale, les hommes et femmes emprisonné.e.s se sont vus doté.e.s de plus de droits, notamment, en tant qu'usager.e.s du service public pénitentiaire – de contester une décision de l'administration pénitentiaire, d'être assisté.e par un avocat lors d'une procédure disciplinaire, de créer des collectifs³²⁵. Et plus trivialement, porter ses propres vêtements, lire la presse et regarder la télévision, avoir des repas en fonction de son régime alimentaire. Des mécanismes de contrôle apparaissent et se multiplient³²⁶ surveillant le respect des droits des prisonniers.

Tout au long du XX^{ème} siècle, on tente de réformer, amender, reclasser, améliorer, éduquer et réinsérer le prisonnier. L'école va entrer de plein droit en prison, ainsi que les éducateurs et travailleurs sociaux, qui deviendront à la fin du siècle des conseillers d'insertion et probation. Le métier de surveillant s'apprend et affirme ses spécificités³²⁷.

Les réflexions sur la pénalité se développent. On étudie les profils des victimes et des criminels. On observe également les processus d'étiquetage, les déterminismes socio-économiques liés au

³²² PROTAIS, C. Le malade mental criminel, dangerosité et victime : pour une sociohistoire du mouvement de responsabilisation du malade mental, *Histoire, médecine et santé*, n°3, Printemps 2013.

³²³ *Ibid.*

³²⁴ AKRICH, M, CALLON, M. 2004, *Op. cit.*

³²⁵ ROSTAING, C. Processus de judiciarisation carcérale : le droit en prison, une ressource pour les acteurs ? *Droit et société*, vol. 67, no. 3, 2007, p. 577-595. ; CHANTRAINE, G., KAMINSKI, D. La politique des droits en prison, *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Séminaire Innovations Pénales, mis en ligne le 27 septembre 2007, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/champpenal/2581>

³²⁶ PETIT, J-G. 1990, *Op. cit*

³²⁷ CARLIER, Ch. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours, *Criminocorpus* [En ligne], Varia, mis en ligne le 14 février 2009, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/246>

milieu, ainsi que les liens entre les changements sociétaux et criminalité. Entre la mobilisation politique de la question sécuritaire, les mécanismes de contrôle de la prison et l'augmentation des normes juridiques, une nouvelle pénalité se dessine. C'est une pénalité de masse, tout en étant basée sur le principe d'individualisation de la peine.

Enfin, la relation ambiguë déjà constatée par Petit³²⁸ face aux populations enfermées continue à persister. La société réclame plus de sécurité et plus d'enfermement tout en demandant moins de souffrance pour les détenus et de meilleures conditions de vie. Il paraît inconcevable de priver de droits élémentaires une personne, même si c'est pour qu'il puisse mieux « *payer sa dette* ». Dans le même temps, la peine est régulièrement exigée, chargée désormais de permettre aux victimes de se reconstruire.

Si la peine de prison devient une catégorie d'action publique qui vise à protéger la société et réinsérer les détenus, protéger la dignité des reclus est devenue une exigence³²⁹. Il s'agit donc aujourd'hui d'infliger une peine avec tout ce que cela suppose « *d'infamant* », tout en respectant la « *dignité* » des personnes.

3.4.2. Le handicap – réadapter les personnes ou aménager leur environnement ?

A la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, l'infirmité est clairement différenciée de la pauvreté. Jusqu'ici, les lois regroupaient une catégorie générique « *les malades pauvres* » comme dans la Loi du 15 juillet 1893 sur les soins gratuits pour tous les malades pauvres³³⁰. Les fous sont une catégorie à part et avec l'asile une nouvelle relation a été créée : celle de la « *tutelle* »³³¹. Selon Castel, la relation de tutelle aménage un point aveugle du contrat social : comment se comporter avec ceux qui créent du désordre, mais ne peuvent être tenus pour responsables ?

³²⁸ PETIT, J-G. 1990, *Op. cit*

³²⁹ FERNANDEZ, F. L'ordre et la peine. L'ambivalence morale du régime des agents pénitentiaires. In : SYKES, G. (Traduction augmentée sous la direction de Kaminski, D. et Mary, Ph.) *La société des captifs. Une étude d'une prison de sécurité maximale*. Bruxelles : Larcier, 2019.

³³⁰ Loi du 15 juillet 1893 ASSISTANCE MEDICALE GRATUITE.

³³¹ CASTEL, R. 1977, *Op. cit.*, p.34.

La loi de 1905³³² porte assistance aux « *vieillards, infirmes et incurables privés de ressources* » et leur donne droit au secours. La nation a donc une obligation envers ceux qui ont déjà travaillé ou qui se trouvent dans l'incapacité de travailler. Dans l'assistance, se trouve une relation vue comme une « *dette* » de l'Etat envers ses citoyens, même si celle-ci est souvent remise en question³³³.

Parallèlement avec les réformes législatives, depuis le XX^{ème} siècle, chez les professionnels et les praticiens (médecins, instituteurs) prolifèrent déjà les tentatives de définir, nommer et classer les déficiences³³⁴. Un regard scientifique et objectivant est posé sur les corps différents.

Quant aux prises en charge, des oppositions idéologiques sont déjà en place – par exemple, lors du passage du Ministère de l'Intérieur au Ministère de l'Instruction Publique – entre l'assistance et les mesures éducatives. Ce conflit exprime parfaitement ce qui est en train de se jouer : une vision dans laquelle la différence condamne à la ségrégation et préjuge de l'impossibilité de vie dans la communauté, contre une nouvelle vision selon laquelle il est possible d'être éduqué. Le XX^{ème} siècle sera porteur d'une autre vision de l'homme où le manque et le déficit apparaissent comme signes d'inadaptation³³⁵. Dans un article consacré aux manières de nommer les déficiences, Stiker décrit ce que comporte l'inadaptation :

*« Sous le terme inadapté sont compris, dans la nomenclature, les malades (physiques et psychiques), les déficients (physiques, sensoriels ou intellectuels), les caractériels (caractère, moralité, comportement). Toute difficulté avérée d'un enfant ou d'un adolescent le place dans la catégorie d'inadapté, laquelle est le générique d'une imposante série d'espèces. L'action qui correspond à cette nomenclature se définit par des institutions spécialisées, rééducatrices, correctives, lesquelles seront légalement organisées dans un décret de mars 1956. »*³³⁶

L'inadaptation, sujet essentiel de cette époque, signe donc « *tout écart à la norme mais aussi tout manque de performance* »³³⁷. C'est à cette époque – Stiker la situe autour des années 1950,

³³² Loi du 14 juillet 1905 d'assistance aux vieillards, aux infirmes, aux incurables.

³³³ BEC, C. *La sécurité sociale. Une institution de la démocratie*, Paris : Gallimard, 2014.

³³⁴ WACJMAN, C. Le processus historique de construction des classifications, In : JEAGER, M. (dir) *Usagers ou citoyens ?* Paris : Dunod, 2011. ; PINELL, P., ZAFIROPOULOS, M. 1978, *Op. cit.* ; VIAL, M., HUGON, A-M. 2009, *Op. cit.*

³³⁵ STIKER, H-J. Comment nommer les déficiences ? *Ethnologie française*, 2009/n°39, p. 463-470.

³³⁶ *Ibid.* p. 466.

³³⁷ *Ibid.* p. 467.

qu'apparaît le vocabulaire du handicap. Ce nouveau vocabulaire fait apparaître une « *figure neuve de l'infirmité* »³³⁸.

La catégorie du handicap recompose l'opposition curable-incurable en mettant en place la rééducation, tout en légitimant sa prise en charge³³⁹. Les différentes techniques de *normalisation* – rééducation, réadaptation, orthopédie, cherchent à rendre les personnes à la fois conformes et performantes. Le champ de l'inadaptation est large et nous pouvons retrouver ici les hommes et les femmes incarcéré.e.s. Les techniques de réadaptation qui vont se former dans le champ médical, proposées par la médecine sociale, vont constituer le champ du handicap et le délimiter, ainsi que celui de l'inadaptation sociale³⁴⁰.

En France, le champ médico-social, se constitue autour des différents types d'inadaptations, de séparation des populations et de prises en charge très spécialisées. Le champ du handicap se développe autour de ces deux mouvements : séparation avec les inadaptations sociales pour faire valoir une communauté et, à l'intérieur de cette communauté, une séparation par déficience. Ce dernier point conduit au développement des savoirs spécifiques et des métiers nouveaux. Ces nouveaux métiers, à leur tour, peuvent contribuer à la recomposition des critères de choix sur les populations³⁴¹.

Jusqu'ici, les infirmités physiques et la folie ont été abordées séparément, en suivant le processus historique. Dès les années 1950-1960, la psychiatrie est bien constituée et les pratiques asilaires remises en question. A cette époque déjà, traiter la maladie mentale comme infirmité ou handicap psychique est une vision courante, tant le traitement de « *réadaptation* » qu'envisagent les psychiatres se rapproche de la vision du handicap³⁴².

Dans les années 1960-1970, le discours de la « *désinstitutionnalisation* » prend de plus en plus d'ampleur et fera de la psychiatrie une question politique. L'enfermement est devenu l'équivalent d'une peine et difficilement concevable dans le cadre du soin. Cela donnera un mouvement de grande ampleur à l'intérieur même de la psychiatrie, avec un renouvellement des pratiques et des appuis conceptuels qui les sous-tendent. Ce mouvement se matérialise en pratique par la sectorisation ou la création d'une psychiatrie de secteur. Les grands asiles sont

³³⁸ *Ibid.* p. 467.

³³⁹ EBERSOLD, 1992, *Op. cit.*, p. 113.

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 114.

³⁴¹ CHAUVIERE, M. *Enfance inadaptée, l'héritage de Vichy*, Paris : L'Harmattan, 2009.

³⁴² HENKES, N. *La politique du handicap psychique. Familles, psychiatres et Etat face à la chronicité des maladies mentales des années 1960 aux années 1970*, Rapport de recherche.

fermés, le nombre de lits prévus pour la psychiatrie chute. Les hospitalisations répondent à des situations d'urgence et sont de préférence de courte durée. Le modèle vers lequel tend la psychiatrie est celui du suivi à l'extérieur et ambulatoire.

La question de la responsabilité refait surface en psychiatrie, notamment comme ligne thérapeutique. En effet, jusqu'ici, la non-responsabilité était signe de non-culpabilité, mais surtout d'incapacité, renvoyant le fou irresponsable à l'extérieur d'une humanité capable de répondre de soi-même.

A cette époque, quelques témoignages d'anciens internés³⁴³, qui demanderont à être reconnus responsables pénalement et de rejoindre plutôt la prison que l'asile, font apparaître l'enfermement psychiatrique comme plus redoutable que la prison. L'enfermement s'affirme dans les représentations, tout d'abord, comme une mesure pénale non appropriée pour les malades psychiatriques.

Au début du XX^{ème} siècle, naissent aussi les associations de personnes handicapées ou de leurs parents. Ces associations voient le jour autour des déficiences particulières. Elles vont progressivement créer un maillage territorial d'établissements et de services pour les personnes concernées. Elles vont aussi participer aux nouvelles définitions des déficiences, aux orientations des traitements et au traitement politique du handicap.

³⁴³ PONCELA, P. Le droit pénal en folie ou l'impossible vérité, *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1986/n° 1.

3.5. Le handicap, une question politique

La dimension politique semble évidente lorsqu'on parle de la prison. On envisage des questions de justice, de lien social et de sécurité. Au contraire, la dimension politique du handicap est moins évidente pour les non avertis. Elle est plus facilement envisageable en termes d'émotions – compassion, appréhension, dégoût. Mais ces émotions, moins faciles à envisager dans leur dimension politique, interrogent tout autant le lien social. A l'inverse, la prison mobilise tout autant des discours émotionnels sous couverture de rationalité. Au cours du XX^{ème} siècle, militants, chercheurs et politiques ont réussi à mettre en avant la dimension politique qui traverse la question des déficiences.

Pendant ce siècle, et notamment après la seconde guerre mondiale, le concept de handicap s'affirme dans une histoire complexe. La multiplication des accidentés du travail et des blessés de guerre fait envisager les déficiences non plus comme une question individuelle mais collective. La responsabilité collective est mise en jeu et le risque est socialisé. Avec l'émergence de l'Etat-Providence et des droits sociaux émergent aussi de nouvelles façons d'envisager ces populations. L'assistance est remplacée par l'assurance sociale, et par les pratiques de rééducation et de réadaptation cherchant à compenser les infirmités³⁴⁴.

La terminologie du handicap convoque une vision de l'égalité ou plutôt de l'égalisation. Si le handicap est dans le sport ce qui pèse et empêche pour donner une chance égale à tous de gagner, dans les politiques sociales, le handicap sera ce qui doit être compensé – par une allocation financière, par un séjour hospitalier, par des prothèses ou par une place dans un centre spécialisé.

Ce terme réussit finalement à réunir tous les types de déficiences, bien que diverses (motrices, sensorielles, mentales, psychiques ou cognitives, dues à des maladies invalidantes). Mais ce concept réussit aussi le pari d'une vision globale indépendante de l'apparition des déficiences : de naissance ou acquises, dans le travail ou dans un accident domestique. La gravité d'une déficience, qui pouvait poser question jusque-là, est approchée par différents taux de handicap donnant lieu à différentes compensations.

³⁴⁴ WINANCE, M. La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001, *Dynamis*, 2008/vol. 28.

Ainsi, celui qui jusqu'ici était invalide ou infirme, ou bien fou ou idiot, obtient un statut, de personne handicapée ou en situation de handicap. Dans ce statut, se mêlent donc le juridique, l'administratif et le médical. Ce statut ne signe plus la marginalisation mais la normalisation³⁴⁵. Autrement dit, c'est dans un rapport inégal aux « *valides* » et aux institutions (école, famille, travail) que le handicap se rend visible. En effet, la possibilité de réadapter signe le passage de l'infirmité vue comme rigidité et impossibilité d'évolution et le handicap comme une possible adaptation³⁴⁶.

L'histoire du concept du handicap relie donc les évolutions politiques en termes de droits, les évolutions médicales et le développement des techniques de réadaptation. Mais cette histoire est tout aussi le résultat des mobilisations collectives des personnes handicapées. A partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, on observe un second essor de la santé publique, après un premier pic pendant les campagnes contre la tuberculose et la poliomyélite. Ce mouvement fait suite à l'hygiénisme et conceptualise le lien entre état de santé et environnement. L'environnement est envisagé autant dans sa dimension physique que sociale.

Deux grands processus sont à l'œuvre dans le monde occidental, la transition démographique et la transition épidémiologique. Ces transitions se caractérisent par des changements profonds dans la structure de la population : baisse de la mortalité, augmentation de l'espérance de vie, maîtrise de la mortalité, apparition des maladies chroniques. Les transitions démographique et épidémiologique impliquent de naître, survivre et vivre plus longtemps avec les conséquences de certaines maladies.

La santé devient « *un capital* » et doit être une ressource, mais aussi « *l'affaire de tous* ». Elle doit se voir garantie par les Etats et doit se trouver dans toutes les lois³⁴⁷. Une vision transversale est donc à l'œuvre. Cette vision, environnementale et épidémiologiste, propose de considérer l'environnement immédiat (géographique, social) dans l'évolution des maladies, mais aussi dans la gestion de leurs conséquences. « *Les conditions de vie* » deviennent une responsabilité sociale et font apparaître les inégalités de santé comme une composante importante des inégalités sociales. La santé, surtout lorsqu'elle est abimée, devient une cause légitime de mobilisation des personnes malades. Des réglementations nouvelles font suite aux revendications des malades, ainsi qu'un nouveau droit, relatif à la santé, apparaît.

³⁴⁵ EBERSOLD, 1992, *Op. cit.*, p.124.

³⁴⁶ *Ibid.*

³⁴⁷ Charte d'Ottawa, Conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, OMS.

Les mouvements de personnes handicapées se constituent depuis le début du XX^{ème} siècle. Pendant les années 1970, ces mouvements sont particulièrement forts aux Etats-Unis et s'inscrivent dans un mouvement plus général, celui des droits civiques. Les personnes handicapées ont la parole et la rendent légitime parce qu'elles sont dépositaires de leurs propres expériences, puis de recherches scientifiques et de réflexion théoriques devenues légitimes. Elles proposent de changer le regard sur le handicap. La vision tragique qui implique fatalité et faute est récusée, de même que la posture de simples objets d'intervention.

Ce qui est refusé est communément appelé le « *modèle médical du handicap* ». Les mouvements sociaux évoqués proposent une vision du handicap qui se situe dans l'interaction avec l'environnement. Cette vision n'inscrit plus le problème dans l'individu, qu'il s'agissait de soigner, réadapter ou rééduquer. C'est une vision sociopolitique qui est proposée : mettre en lumière les mécanismes sociaux qui créent un désavantage. Ainsi, dans cette nouvelle vision, lorsqu'est construit un bâtiment ou établie une institution, l'ensemble de la société fait l'impasse sur la présence de personnes ayant des déficiences. Autrement dit, la société – entièrement construite par et pour les valides sans prendre en compte les corps et les comportements différents – produit le désavantage.

Adapter la société et non plus les individus, telle est la nouvelle vision débattue à l'échelle internationale. Ces revendications politiques sont prises en compte par des organismes mondiaux, tels que l'ONU, par exemple, avec la Déclaration des droits des personnes handicapées dès 1975³⁴⁸. Dans ce texte, ce n'est plus la compensation, mécanisme attaché à la personne, qui est revendiquée mais l'accessibilité et la possibilité de participation sociale. L'accessibilité et la participation sociale sont considérées comme faisant partie des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

En France, en 1975, une première loi - *Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées* - instaure une politique générale relative au handicap, s'inscrivant dans tous les domaines de la vie, et pas uniquement le travail. Ce texte ne donne pas de définition du handicap, celle-ci étant de la responsabilité des Commissions techniques d'orientation et reclassements professionnels (COTOREP) et des Commissions

³⁴⁸ Déclaration des droits des personnes handicapées, Proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 décembre 1975 [résolution 3447]

Départementales de l'Education Spéciale (CDES). Les membres de ces commissions utilisent un document, le guide-barème, pour établir s'il y a incapacité et le taux de celle-ci.

La loi de 1975 promeut les droits des personnes handicapées et l'intégration sociale, même si cette impulsion peine à les faire sortir des institutions spécialisées. Cette loi se base tout autant sur une politique catégorielle, avec tout ce que ceci implique d'étiquetage et de prise en charge spécialisée.

Au niveau international les visions environnementale et épidémiologiste ouvrent d'autres perspectives à la compréhension du handicap. L'OMS établit des classifications – d'abord des causes de la mort, ensuite des maladies. Ces classifications sont utilisées par les pouvoirs publics en termes d'élaboration des politiques sanitaires et sociales.

Adoptée en 1976 et officiellement publiée en 1980, la Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages (appelée CIH) se propose de devenir une référence de la manière de penser le handicap. La CIH est initiée par le Dr. Wood, pour qui la classification des maladies d'alors ne pouvait pas saisir l'expérience des personnes qui vivaient avec une maladie. Jusqu'ici les classifications cherchaient à mettre en ordre les maladies. La classification du Dr. Wood met à jour les conséquences des maladies.

Il propose un modèle qui enrichit les classifications des maladies et qui décompose le handicap en trois phénomènes liés : **déficiences – incapacités – désavantages sociaux**³⁴⁹. Dans ce modèle, il propose de différencier « *trois niveaux d'expérience* »³⁵⁰ et de voir comme découlant l'un de l'autre les aspects organiques (défiance psychologique, physiologique, anatomique), l'aspect fonctionnel (la réduction partielle ou complète d'une capacité) et l'aspect du handicap (le désavantage porté sur une insertion sociale, scolaire et professionnelle) visible dans le fait de ne pas pouvoir tenir un rôle « *normal* »³⁵¹. Son schéma se présente ainsi :

Encadré 1 Classification internationale des handicaps

MALADIE - TROUBLE (intrinsèque)	DÉFICIENCE- (extériorisée)	INCAPACITÉ- (objectivée)	DÉSAVANTAGE (socialisée)
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

³⁴⁹ BARRAL, C. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens, *Contraste*, 2007/n°27.

³⁵⁰ *Ibid.*

³⁵¹ *Ibid.*

Ce modèle envisage le handicap comme une déviation par rapport à une norme. Il va dans un sens linéaire, une maladie qui crée la déficience, qui cause une incapacité et qui provoque un désavantage. Ce modèle reste centré sur l'individu, dans lequel se trouve la cause du problème. Il s'agit encore de soigner, réadapter et rééduquer les individus pour leur intégration, sans envisager une action sur l'environnement. Il est rapidement dénoncé par les associations de personnes handicapées.

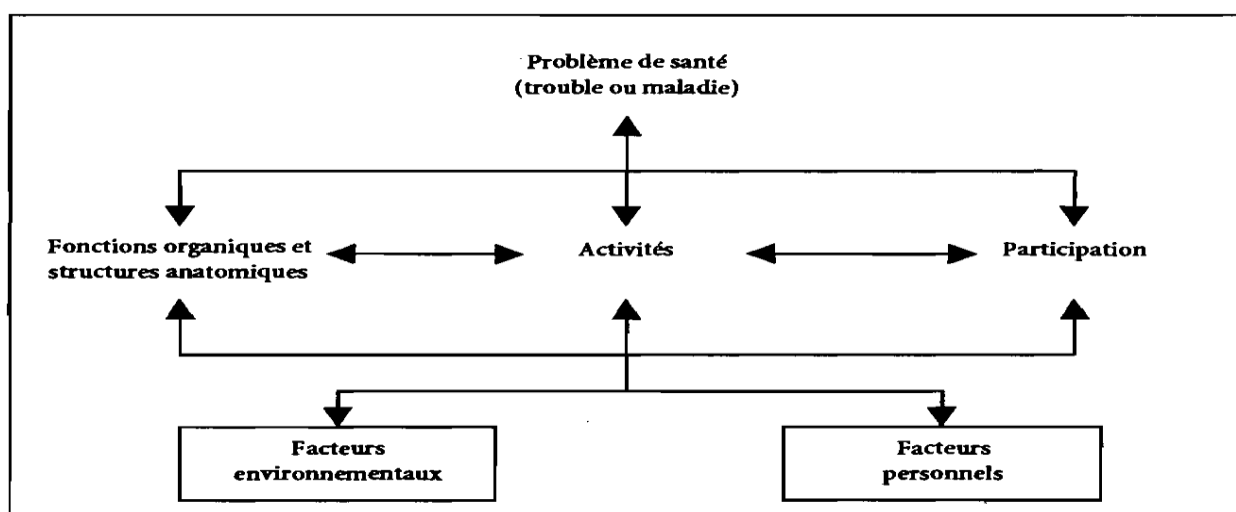
En 2001, sera publiée la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé³⁵² (appelée CIH-2 ou CIF). Les discussions regroupent cette fois-ci des personnes handicapées, des chercheurs, et des représentants des pouvoirs publics. Elle propose un modèle qui inclut les dimensions biologiques, psychologiques et sociales, c'est-à-dire une vision « *bio-psycho-sociale* » du fonctionnement humain et de la participation. Le handicap ne se manifeste plus dans l'impossibilité de tenir un rôle considéré comme normal mais dans la « *restriction de participation* » d'une personne à la vie sociale. Cette restriction n'est plus imputée aux personnes, mais se produit dans l'interaction avec l'environnement.

Cette nouvelle vision est représentée comme un processus et n'est plus vue comme la « *conséquence d'une maladie* ». En effet, le nouveau modèle, présent ci-dessous, entend donner une vision plus complexe du fonctionnement humain, comme l'ensemble des interactions entre « *facteurs personnels* », « *facteurs environnementaux* », « *problème de santé* » et « *fonctions organiques* » pour accomplir différentes « *activités* » liées à la « *participation*. »

³⁵²Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf;jsessionid=71C9E746529C80AAB8469B4585F4DA7A?sequence=1

Encadré 2 Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé



Pour faire suite aux évolutions internationales³⁵³, la France vote une nouvelle loi le 11 février 2005.

Outre l'introduction d'une définition faisant la part belle à une vision centrée sur l'altération de longue durée et substantielle, cette loi introduit des changements importants. Elle affirme le droit à la compensation, la non-discrimination et à l'accessibilité. Les Maisons Départementales des Personnes handicapées sont créées dans l'optique de constituer un guichet unique qui renseigne, accompagne et évalue les dossiers des personnes demandant une reconnaissance de handicap. Véritables « magistratures sociales »³⁵⁴, les MDPH accueillent et débattent autour d'un projet de vie établi par les demandeurs. Lorsqu'une personne est atteinte d'un handicap après l'âge de 60 ans, elle n'est plus considérée comme handicapée, mais en perte d'autonomie et bénéficie du système prévu pour les personnes âgées : système de pension de retraite et d'allocation personnalisée à l'autonomie. La reconnaissance du handicap est donc à la fois médicale et juridico-administrative.

La compensation du handicap peut être de plusieurs natures. Tout d'abord, l'allocation d'adulte handicapé (AAH) vient compenser la perte de revenus ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) compense les frais d'éducation et de soin nécessaires pour un enfant ayant

³⁵³ La réforme de la loi a été initiée en 1996, après la décennie ONU des personnes handicapées mais avant la CIF.

³⁵⁴ BUREAU, M.-C., LIMA, L., RIST, B., TROMBERT, Ch. La traduction de la demande d'aide sociale : le cas du handicap et de l'insertion des jeunes. *Revue française d'administration publique*, ENA, 2013, p. 175-188.

un handicap. Ces allocations dépendent d'un taux d'incapacité, à partir de 50% ou 80%, selon les cas. Les autres compensations sont fournies par la prestation de compensation du handicap (PCH) qui prend en compte les aides humaines (aidants ou auxiliaires), les aides techniques (prothèses, orthèses, fauteuils roulants, ordinateurs etc.), les aménagements (du logement, de la voiture, du poste de travail etc.), les aides animalières et d'autres aides spécifiques. Notons que les allocations et la compensation du handicap s'appliquent en milieu pénitentiaire.

Le principe d'accessibilité fait partie de la loi de 2005. La loi prévoit « *une accessibilité généralisée* », autrement dit, pour tous les types de handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, polyhandicap). De plus, il s'agit d'envisager « *la chaîne de déplacements* » comme une chaîne permettant des déplacements fluides de toute personne présentant une déficience. Bien évidemment, les prisons comme tous les établissements recevant du public (ERP) ont des obligations et doivent se rendre accessibles. Les nouvelles constructions devraient l'être au moment de leur livraison et les anciennes, 10 ans après le vote. En outre, la loi de 2005 impose une « *obligation de résultats* » avec des sanctions sévères prévues, mais jusqu'ici non appliquées. Plus de 10 ans après, le constat est que les préconisations de la loi ne se sont pas traduites dans la société française.

Le handicap est devenu un véritable sujet de société, ainsi qu'un objet scientifique légitime notamment en sciences humaines et sociales, éloigné de la vision médicale. Ces nouvelles recherches tendent à démontrer que l'existence de la déficience et les processus d'exclusion constituent des interrogations légitimes à l'ordre social et ses évolutions.

Nombreux paradigmes existent pour étudier cette question. Certains voient le handicap comme faisant partie d'un système d'oppressions, d'autre comme un stigmat, mais aussi comme une situation liminale. Il peut être considéré comme une construction sociale ou en termes de situation, « *le handicap de situation* »³⁵⁵ ou expression plus contemporaine, la « *situation de handicap* ». Cette tournure à visée performative tend à dire et à faire en le disant que le handicap n'est pas une catégorie ontologique mais dépendante des situations. La tournure est aujourd'hui largement utilisée pour décrire d'autres phénomènes : il existe des situations de pauvreté, de vulnérabilité et de dépendance. Le handicap est vu également comme un processus qui se produit dans la vie de tous les jours³⁵⁶. Dans tous les cas, le handicap semble s'affirmer comme

³⁵⁵ MINAIRE, P. Le handicap en porte-à-faux, *Prospective et Santé*, 1983/26, p. 39-46.

³⁵⁶ FOUGEYROLLAS, P., ROY, K. Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 1996/45 (3), p. 31-54.

un fait social total³⁵⁷, dans ce qu'il engage la société entière pour la réponse qu'elle donne au corps déficient.

Ces dernières décennies, si le monde pénitentiaire a eu tendance à renforcer la responsabilité individuelle, le champ du handicap a progressivement déplacé la responsabilité vers l'environnement et donc la société. De manière plus ancienne, la criminalisation et la déficience ont été deux phénomènes considérés comme ontologiques, conférant aux personnes qui en sont les porteurs des qualités particulières, souvent liées à la faute et au péché. A la suite de la Révolution Française, les deux phénomènes semblent se constituer dans une relation avec les institutions sociales qui les traitent.

Enfin, une nouvelle vision de l'homme semble apparaître, où il n'est plus entièrement responsable de ses actes, mais plutôt de ce qu'il éprouve, de sa manière de se comporter et de son adhésion aux valeurs sociales. Ce ne sont plus seulement les actes qui semblent importants mais les comportements. Les catégories se constituent dans l'action et dépendent de la capacité des personnes à se saisir des dispositifs mis à leur disposition. La question de la responsabilité se pose d'une nouvelle manière : l'homme est-il capable d'agir sur lui-même ?

Tous ces passages d'une vision à une autre de la relation entre un individu marginal et la société ne sont jamais définitifs. Lorsqu'on se centre sur une seule institution, il est possible de détecter les linéarités. Mais quand, ce qui est notre cas, il s'agit de comprendre comment évoluent les deux, la linéarité disparaît et les relations découvrent tous les sédiments dont elles sont constituées.

Dans ce mouvement, il est possible d'entrevoir la complexité des différentes techniques que les institutions utilisent et en quoi elles témoignent des sédiments anciens. En effet, traiter les hommes implique leur évaluation tout autant que les tentatives de soin, d'éducation, de réparation, de pénitence et de sanction. Ce que Michel Foucault avait appelé « *les disciplines* », nous l'appelons des relations de traitement, parce que les pratiques sont diffuses et multiples. Elles sont constituées de discours scientifiques, politiques, militants et se composent dans la pratique des préconisations, des lois, des normes sociales et des doctrines professionnelles. Chaque métier reprend à son compte et recompose les différentes composantes des relations de traitement. Nous verrons ces recompositions dans le chapitre suivant, par l'analyse des articulations contemporaines, sur le plan juridique, de la prison et du handicap.

³⁵⁷ BLANC, A. *Le handicap ou le désordre des apparences*, Paris : Armand Colin, 2006.

Synthèse du chapitre 3

Ce chapitre retrace la construction historique de la frontière capable-incapable. Il analyse les processus historiques de transformation des normativités et les reconfigurations de l'action publique qui en découlent.

Dans l'Antiquité, toute différence apparaît comme infraction, mais aussi comme une menace de contagion. Les efforts sont ainsi centrés sur la purification de la société en éliminant tout élément menaçant.

De nombreux changements économiques, sociaux et religieux font du début du Moyen Age un moment charnière. Il s'agira ainsi de commencer à envisager des techniques de gestion des désordres. La séparation, déjà amorcée, entre « bons » et « mauvais » pauvres, s'affirme autour du corps et de la capacité au travail. Vers la fin du Moyen Age, apparaissent, dans un même mouvement, la question sociale et la question pénale. Elles semblent être liées. Ainsi, l'enfermement de toutes les populations qui créent des désordres s'affirme comme instrument légitime.

La Révolution Française est porteuse du rêve de rationalisation. L'enfermement tend à être rationalisé et les populations à être séparées. Débute alors l'institutionnalisation de catégories différenciées – l'aliéné, le malade, le pauvre, le criminel, etc., qui va se poursuivre les siècles suivants. Des sciences naissent et s'affirment, chacune délimitant sa population et élaborant des techniques propres : l'orthopédie, le travail social, la science pénitentiaire, la psychiatrie, l'éducation des sourds, des aveugles, etc. La criminalité et la déficience ont été deux phénomènes considérés comme ontologiques, conférant aux personnes qui en sont les porteuses des qualités particulières, souvent liées à la faute et au péché. A la suite de la Révolution Française, les deux phénomènes semblent se constituer dans une relation avec les institutions sociales qui les traitent.

Au XIXème siècle, les mélanges ne sont plus acceptés et les aspects hétérogènes commencent à être traités en tant que sous-catégories. Les populations différentes sont alors vues dans une perspective de gestion des risques et nécessitant une protection sociale. Les deux catégories, aujourd'hui relatives au handicap et à la détention, sont séparées et gérées par différentes institutions, chacune développant ses propres méthodes, métiers et codes. Dans le même temps,

elles doivent subir le même mouvement général, celui de l'enfermement à des fins de redressement et de réadaptation.

Le champ du handicap se développe selon des logiques distinctes. Tout d'abord, nous pouvons observer un premier mouvement séparant le champ des inadaptations sociales pour faire valoir une communauté et, à l'intérieur de celle-ci, une séparation par déficience. C'est dans un rapport inégal aux « *valides* » et aux institutions (école, famille, travail) que le handicap se rend visible. Une seconde logique voit le champ du handicap s'institutionnaliser à partir d'une ambition intégrative portée par l'avènement d'un secteur spécifiquement dédié à la réadaptation des populations.

Au XXème siècle, les déterminants sociaux de la pauvreté et de l'inadaptation sont redéfinis, faisant de la question sociale un enjeu politique et scientifique. Ainsi, on s'interroge sur la responsabilité de la société dans la criminalité et le traitement des personnes détenues, mais aussi dans la production du handicap. Ce renversement permet de penser l'individualisation des prises en charge par l'accès aux droits individuels. Mais au fil des années, ce mouvement contribue à la responsabilisation grandissante des personnes. Les catégories sont moins figées. Elles se constituent dans l'action et dépendent de la capacité des personnes à se saisir des dispositifs. La question de la responsabilité se pose d'une nouvelle manière : l'homme est-il capable d'agir sur lui-même ?

4. Le « handicap en prison » : enjeux juridiques et scientifiques

Ce chapitre est issu d'un travail sur un certain nombre de documents. Avant de débiter l'enquête de terrain, nous avons effectué un travail documentaire portant sur des lois nationales et internationales, des conventions, des rapports nationaux et internationaux, des enquêtes, des recherches, des arrêts juridiques des tribunaux et des cours, des plaidoyers d'associations, des articles de la presse quotidienne ou spécialisée, etc.

Les raisons de ce travail sont doubles : rechercher d'abord ce qui était écrit sur une question peu étudiée et utiliser le temps assez long avant de pouvoir débiter la recherche sur le terrain. Ce travail avait une troisième utilité, se familiariser avec le milieu carcéral, repérer les établissements et établir les premières pistes pour la recherche de terrain.

Une masse importante de documents (plus de 200) a ainsi été consultée, allant d'une circulaire d'une page à un rapport de recherche conséquent. En tout, plus de 5000 pages. Ainsi, un corpus documentaire a été constitué avec comme thématique tout ce qui touche, de près ou de loin, à la question du handicap et de la prison. Des documents qui traitent ce sujet dans d'autres pays ont été aussi consultés, mais ne font que très rarement partie de ce corpus. En lisant et relisant ces divers documents, des mots, des phrases et des registres de la langue ont commencé à apparaître et nous avons cherché à les comparer et les comprendre.

L'analyse de ces documents n'est pas juridique. Le corpus a été envisagé en tant que corpus documentaire, décrivant des pratiques sociales. Une analyse du discours a permis de repérer les registres dans lesquels se situaient ces textes.

A travers les mots utilisés, les conjugaisons et les formes pour décrire ou désigner les pratiques, trois registres se sont dessinés. Ces registres donnent lieu à trois sous-chapitres. Le premier registre est celui que nous avons appelé « *construire l'ordre pénitentiaire* ». Il est composé de lois, de notes, de recommandations et de préconisations d'organismes officiels. Le langage est souvent prescriptif et exprime la manière idéale dont les choses devraient se passer. Dans ce registre, est évoqué un certain nombre de normes, qui peuvent apparaître comme contradictoires, mais dont la conflictualité n'est jamais posée par les parties prenantes.

Le second registre s'appelle « *jurisprudence et éthique carcérale* ». Le terme d'éthique indique des principes, ainsi que des manières d'être. Ce registre est beaucoup plus normatif, puisqu'il s'agit souvent de juger les pratiques existantes mais aussi d'édicter la supériorité de certaines normes et d'indiquer des manières à les mettre en pratique. Il se compose de trois sous-parties. Le « *principe de dignité* » est présent notamment dans les arrêts de jugement de la Cour Européenne des droits de l'homme (CEDH) qui s'exprime sur les droits de l'homme et les libertés fondamentales. Le « *principe d'égalité* » se retrouve souvent dans des rapports d'associations militantes. Il est plus souvent tourné vers le respect des droits individuels et les discriminations. Le « *principe d'efficacité* » est un sous-registre composé de manuels à l'usage des professionnels pénitentiaires et utilise un style pratique pour montrer comment convertir des valeurs abstraites en pratiques quotidiennes.

Enfin, le dernier sous-chapitre développe un troisième registre qui se caractérise par le fait de « *questionner l'ordre pénitentiaire* ». Il est composé d'enquêtes, de recherches mais aussi de rapports. Le commun entre ces documents est l'interrogation sur l'univers carcéral et ses populations : qui sont les personnes détenues fragiles, malades ou handicapées ? comment expliquer leurs parcours ? qui sont les professionnel.le.s et comment elles ou ils travaillent ? quelles sont les contradictions de l'univers carcéral ?

Chaque groupe de ce corpus a été ensuite étudié par une analyse de contenu. Le principe était le « *codage axial* »³⁵⁸, autrement dit autour de catégories préconstruites et assez larges telles que handicap, santé, maladie, âge, mais aussi soin, protection, sanction, besoin, aménagement. Cette analyse a permis de comprendre comment se construisent ces notions.

La consultation et l'analyse de ces documents a permis de comprendre le contexte, saturé de droit, dans lequel évoluent les acteurs pénitentiaires. La prison, dernier maillon de la chaîne pénale, est régie un nombre important de documents législatifs nationaux : la Loi pénitentiaire, le Code pénal et le Code de procédure pénale. Les Règles minimas pour le traitement des personnes détenues³⁵⁹ et les Règles pénitentiaires européennes³⁶⁰ sont des instruments de veille du respect des droits mais aussi de la « *normalisation* »³⁶¹ de la prison.

³⁵⁸ STRAUSS, A., CORBIN, J. L'analyse de données selon la *Grounded theory*. Procédures de codage et critères d'évaluation. In : CEFAL, D (éd) *L'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 2003.

³⁵⁹ Ces règles peuvent être consultées sur le site internet de l'ONU. <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/TreatmentOfPrisoners.aspx>

³⁶⁰ Consultables sur le site internet du Conseil de l'Europe. <https://rm.coe.int/16806ab9b6>

³⁶¹ Le terme de normalisation désigne le processus de rapprochement des conditions de vie en prison de celles à l'extérieur, en recourant le plus possible au « *droit commun* ».

Quant au droit du handicap, tout en étant un droit visant une population spécifique, il préconise une plus grande accessibilité des dispositifs du droit commun. De la même manière que pour la prison, les droits des personnes handicapées sont garantis par plusieurs documents législatifs, nationaux comme la loi du 11 février 2005 déjà mentionnée et internationaux tels que la Convention relative aux droits des personnes handicapées de 2006.

Les droits des prisonniers et des personnes handicapées sont garantis par la Convention européenne des droits de l'homme³⁶² et la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants³⁶³. Les deux documents sont basés sur l'esprit des droits fondamentaux.

³⁶² Consultable sur le site internet du Conseil de l'Europe.

https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf

³⁶³ Consultable sur le site internet du Conseil de l'Europe. <https://rm.coe.int/16806dbaa6>

4.1. Construire l'ordre pénitentiaire

4.1.1. La « *personne handicapée détenue* » construite par la pratique du droit

Le déplacement dans la façon de penser le handicap a donné lieu à de nombreux changements législatifs. Si on accepte que la raison du handicap ne soit plus seulement dans les personnes, les processus de rééducation et réadaptation ne sont plus les seules actions envisagées. La priorité est aujourd'hui donnée aux droits, qui garantissent la participation sociale³⁶⁴. L'environnement inaccessible devient un obstacle pour les personnes et une infraction à leurs droits fondamentaux.

En universalisant la question de l'accessibilité, on assiste à des recompositions catégorielles. Toutes les institutions sont aujourd'hui tenues de se rendre accessibles pour leurs publics. Elles doivent permettre un meilleur accès au droit commun à toutes les personnes, y compris celles qui possèdent des particularités. La différence doit être acceptée et les discriminations sont prohibées. En France, la prison n'échappe pas à ces évolutions, et doit se rendre accessible comme tout autre établissement recevant du public, mais elle doit aussi organiser la mise en place des compensations du handicap³⁶⁵.

La loi pénitentiaire de 2009 prévoit que la prise en charge pénitentiaire tienne compte de « *l'âge, l'état de santé, le handicap et la personnalité de la personne détenue* ». Selon la législation, la prison doit pouvoir recevoir des personnes handicapées et leur assurer des conditions de détention dignes³⁶⁶. Les déficiences n'excluent pas du système carcéral, sauf dans de très rares cas : *irresponsabilité pénale* et *suspension de peine*. Le premier est un dispositif pénal qui exclut du jugement. Le second a une visée humanitaire et est destiné aux personnes, même condamnées, dont l'état de santé est incompatible avec les conditions de détention³⁶⁷.

³⁶⁴ EBERSOLD, S. L'accessibilité ou la solidarité reconfigurée ? *Vie sociale*, 2019/27.

³⁶⁵ Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées ; Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

³⁶⁶ La récente loi de programmation de la justice dans son volet pénitentiaire ne mentionne plus le handicap. Uniquement la santé mentale est abordée.

³⁶⁷ Ces cas, appelés « *suspension de peine pour raison médicale* » restent relativement rares et posent nombreuses questions à l'Administration pénitentiaire. Pour plus d'informations, voir les rapports du Groupe de travail Santé Justice, notamment « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale » de 2013. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_aménagement_suspensions_peine_raison_medic.pdf

La question des droits est présente également à l'intérieur de la prison³⁶⁸. La prison, « *institution totale* »³⁶⁹ par définition, garde des caractéristiques propres par rapport à d'autres institutions, notamment lorsqu'on l'envisage comme un « *dispositif guerrier défensif* »³⁷⁰. Même si elle vise le traitement des personnes, elles sont enfermées pour être sanctionnées. La peine de prison se matérialise donc d'abord par ses effets coercitifs. Les prisonniers sont, *de facto*, privés de certains droits fondamentaux, tels que la liberté et l'égalité avec les autres citoyens. La composante afflictive de la peine³⁷¹ supplante les autres composantes.

4.1.1.1. Privés de liberté et dotés de droits : une aporie ?

Cependant, la prison n'est pas un lieu de non-droit, une peine n'est pas seulement afflictive. Elle vise aussi une réhabilitation. La mission de « *relèvement* » des personnes apparaît inconcevable sans « *humaniser* »³⁷² la peine. C'est l'objectif de traitement des personnes qui légitime la prison. Depuis la fin du XIX^{ème} siècle et surtout les années après-guerre du XX^{ème} siècle, les détenus obtiennent lentement des droits. La peine de prison est aujourd'hui strictement encadrée. Elle inclut notamment le « *bien-être* » des prisonniers. Cette exigence, qui peut paraître contradictoire, se retrouve dans de nombreux documents, notamment celui-ci d'une ONG, consultante auprès de l'ONU :

*« Lorsque l'État prive une personne de liberté, il lui incombe de veiller sur elle. L'objectif premier de la protection des détenus est d'assurer leur sécurité. L'obligation de soins comprend aussi l'obligation de garantir le bien-être des détenus. »*³⁷³

Cette citation met en lumière les évolutions des manières de penser l'enfermement. En enfermant une personne, l'État, représenté par ses administrations, s'engage aussi dans une relation de devoir. En échange de leur liberté perdue, la protection et le soin sont dues aux prisonniers.

³⁶⁸ LANDREVILLE, P. Les détenus et les droits de l'homme. *Criminologie*, 1976/9 (1-2), p. 107-117.

³⁶⁹ GOFFMAN, E. 1968, *Op. cit.*

³⁷⁰ CHAUVENET, A. 1998, *Op. cit.*, p. 91.

³⁷¹ LARRADE, J-M. Les droits des personnes incarcérées : entre punition et réhabilitation, *CRDF*, 2003/n°2, p. 62-76.

³⁷² BOUAGGA, Y. *Humaniser la peine ? Enquête sur les pratiques et usages du droit en maison d'arrêt*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2015.

³⁷³ Penal Reform International, *Pratique de la prison. Du bon usage des règles pénitentiaires internationales*, La Haye, 2005, p. 22. <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/man-2005-making-standards-work-fr.pdf>

Avec l'avènement de nombreuses instances de contrôle, nationales - Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Défenseur des droits (DDD), Observatoire international des prisons (OIP) et internationales - Comité européen de prévention contre la torture (CPT) Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), Règles pénitentiaires européennes (RPE), le respect des droits des détenus apparaît comme une façon de concilier le paradoxe inhérent à la prison. Si le « *mythe fondateur de la prison* »³⁷⁴ est celui de la réhabilitation du détenu, la détention est surtout faite de privations et de pratiques sécuritaires. Ainsi, entre « *humanisation de la peine* » et « *normalisation de la prison* » se renouvellent des questions anciennes : « *comment punir sans faire souffrir ?* », « *quel sens pour la prison ?* ».

La « *normalisation carcérale* »³⁷⁵ envisage les droits des détenus non pas en opposition à l'institution mais comme ressource pour la gestion de la prison et pour la réinsertion des détenus. Il s'agit de rapprocher les conditions de vie en prison autant que possible aux celles de la vie à l'extérieur, mais aussi de « *normaliser* » les relations entre prisonnier.e.s et professionnel.le.s, surtout surveillant.e.s. Cette doctrine rencontre des résistances internes et externes. Des chercheur.e.s signalent que son application se traduit par un effet inverse de l'effet escompté³⁷⁶. Selon certaines enquêtes, accorder plus de droits en prison, entraîne automatiquement le renforcement de la sécurité. De plus, la capacité de se saisir des droits n'est pas également répartie parmi les personnes détenues ni facilitée par l'institution carcérale³⁷⁷. Ce contexte est défini dans ces termes : « *l'aporie fondamentale qui définit la prison, la contradiction qui oppose la privation de liberté et le droit* »³⁷⁸.

4.1.1.2. Comment appliquer le droit relatif au handicap en prison ?

La Loi de 2005 donne, d'une part des droits particuliers dont les prisonnier.e.s peuvent se saisir pour demander une aide humaine ou technique, une allocation ou un aménagement particulier ; d'autre part, des droits fondamentaux car tout manque de prise en charge approprié est vu

³⁷⁴ FAUGERON, C., LE BOULAIRE, J-M. Prisons, peines de prison et ordre public. *Revue française de sociologie*. 1992, 33-1. p. 3-32.

³⁷⁵ ICARD, V. Vers une conciliation entre sécurité et droit en prison ? Questionner la sécurité dynamique », *Déviance et Société*. 2016/4 (Vol. 40), p. 433-456.

³⁷⁶ CHAUVENET, A., BENGUIGUI, G., ORLIC, F. Les surveillants de prison : le prix de la sécurité. *Revue française de sociologie*, 1993, 34-3. p. 345-366.

³⁷⁷ SALLE, G., CHANTRAINE, G. Le droit emprisonné ? Sociologie des usages sociaux du droit en prison, *Politix*. 2009/n°87, p. 93-117.

³⁷⁸ CHAUVENET, A. Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison, *Déviance et Société*. 2006/vol. 30, no. 3, p. 373-388.

comme une infraction à la Convention européenne des droits de l'Homme. Le plus souvent c'est l'article 3 qui est évoqué et qui postule que « *Nul ne peut être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* »³⁷⁹.

Appliquer la loi implique donc la création des dispositifs spécifiques pour les personnes détenues handicapées. Le traitement digne et égal suppose la mise en place des « *mesures ou aménagements raisonnables* »³⁸⁰. Dans le dispositif carcéral, qui se caractérise à la fois par son architecture d'empêchement et par ses techniques particulières de gestion, ces aménagements apparaissent donc indispensables.

Le Comité des droits des personnes handicapées auprès de l'ONU, dans ses Observations sur les Règles minimas de traitement des détenus préconise « *de garantir le droit à un aménagement raisonnable* » pour les personnes handicapées en prison ainsi qu'un accès égal aux services de santé. Ces observations, basées sur la Convention des droits des personnes handicapées, vont plus loin encore en proposant de respecter les points de l'article 1 de la Convention. Dans l'encadré suivant, se trouve une synthèse de ce document traduite en français et soulignée par nous³⁸¹.

³⁷⁹ L'arrêt de l'affaire Vincent contre la France se trouve sur le site internet de la Cour européenne des droits de l'homme. http://acatparis5.free.fr/telechargement/AFFAIRE_VINCENT_c_FRANCE.pdf

³⁸⁰ Convention des Nations Unis des droits des personnes handicapées.

³⁸¹ Les préconisations concernent - a. Le respect de la dignité inhérente, l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix et l'indépendance des personnes ; b. Non-discrimination ; c. Participation pleine et effective et inclusion dans la société ; d. Respect de la différence et acceptation des personnes handicapées dans le cadre de la diversité humaine et de l'humanité ; e. Égalité des chances ; f. Accessibilité ; g. Égalité entre hommes et femmes ; h. Respect de l'évolution des capacités des enfants handicapés et respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité (article 3 de la Convention des droits des personnes handicapées).

Encadré 3 Préconisations du Comité des personnes handicapées auprès de l'ONU sur les personnes handicapées incarcérées³⁸².

Toute privation de liberté fondée sur le handicap est proscrite. Aucune sanction disciplinaire ne devrait être prise sur la base du handicap. Les conditions de détention ne devraient jamais constituer une souffrance accrue pour les détenus handicapés. Le **refus de l'accommodement raisonnable, le manque d'accessibilité** devraient être considérés comme une **forme de discrimination** et, dans certains cas, **comme une peine et une forme de torture et de mauvais traitements. L'utilisation de la médecine en tant que contrôle social** peut être assimilée à de la torture ou à des mauvais traitements.

L'accessibilité doit tenir compte **non seulement de l'environnement physique mais aussi toutes les formes de communication** afin que les personnes handicapées puissent communiquer avec le personnel pénitentiaire et **accéder, sur un pied d'égalité avec les autres, aux services fournis par la prison**. Les établissements pénitentiaires incitent d'autres détenus à apporter leur soutien aux prisonniers handicapés, sans une surveillance appropriée de ces pratiques. Ces pratiques peuvent produire des situations d'impuissance, d'abandon, d'abus de pouvoir et la violence.

Il est nécessaire **de fournir des services de santé aux personnes handicapées sur un pied d'égalité avec les autres**, afin qu'elles puissent atteindre le niveau de santé le plus élevé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Des conditions de santé inadéquates dans les prisons et les centres de détention peuvent avoir pour conséquence de créer de nouveaux handicaps pour ceux qui existent déjà. **Une identification correcte devrait être donnée à ces conditions et adopter des mesures préventives pour éviter la progression d'un handicap existant** ou d'autres handicaps chez le prisonnier. La réadaptation et la réhabilitation ne sont pas considérées uniquement comme un problème médical, **l'administration pénitentiaire devrait être obligée de mettre en œuvre des mesures appropriées pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver leur indépendance maximale, physique, mentale et sociale, leur aptitude professionnelle et pleine inclusion et participation à tous les aspects de la vie en prison**, sur un pied d'égalité avec les autres. Des programmes de réadaptation et d'adaptation devraient être mis en place pour atteindre ces objectifs. En ce qui concerne **l'isolement cellulaire, il ne devrait jamais être utilisé sur une personne handicapée, en particulier avec un handicap psychosocial ou s'il existe un danger pour la santé de la personne en général**.

Sur la question du droit d'accès à la représentation légale, il convient de prendre en considération les articles 4 et 13 de la CDPH **afin de former les défenseurs publics et privés, les juges, les procureurs et le personnel pénitentiaire aux droits des personnes handicapées et sur la diversité des handicaps afin qu'ils puissent appliquer de manière appropriée les aménagements procéduraux pertinents qui donnent accès de manière adéquate aux personnes handicapées, sur un pied d'égalité avec les autres, aux procédures générales prévues par la législation nationale**. En outre, il faut être conscient des cas où certaines pratiques du système pénal à l'encontre des personnes handicapées devraient être considérées comme une forme de torture et de mauvais traitement. Des organismes indépendants tels que l'ombudsman et d'autres mécanismes d'examen des conditions des détenus devraient disposer d'aménagements procéduraux adéquats et d'un soutien pour l'expression de leur volonté afin de permettre aux personnes handicapées de formuler des plaintes. **Cela devrait inclure des campagnes de sensibilisation auprès du personnel de ces institutions sur les multiples façons dont une personne handicapée peut être vulnérable à la violence et aux abus de pouvoir**. Les entretiens devraient prendre en compte les formats accessibles, y compris l'interprétation en langue des signes et d'autres formes de communication, qui permettent aux personnes ayant différents types de handicap de formuler des plaintes.

³⁸² Cette note se trouve sur le site internet du Haut-Commissariat des Droits de l'Homme auprès des Nations-Unies. <https://ohchr.org/FR/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

Ce résumé retrace toutes les nécessités du système pénitentiaire en termes d'aménagements : cela va du repérage précoce des limitations d'activité, les aménagements divers visant la préservation de l'indépendance des personnes handicapées et la formation des professionnel.le.s. Cette note ne préconise pas l'exclusion des personnes handicapées du milieu carcéral sauf si la raison de l'enfermement est la déficience. Le handicap ne remet pas en cause la peine de prison. La souffrance des personnes handicapées ne devrait pas dépasser celle des autres personnes détenues, elles doivent être traitées « *sur un pied d'égalité* », c'est-à-dire n'être ni privées ni privilégiées par rapport aux autres.

En 2018, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe adoptait une Résolution au sujet des personnes handicapées en prison³⁸³. Cette résolution préconise d'éviter l'incarcération de personnes dont l'état de santé est jugé incompatible avec la détention, mais aussi « *le respect des principes fondamentaux que sont l'égalité de traitement, la non-discrimination, l'aménagement raisonnable et l'accessibilité* ».

Devenus des usagers du service public pénitentiaire, les prisonniers qu'ils aient un handicap ou pas peuvent donc prétendre à la protection, le respect leur dignité, l'égalité de traitement et la participation sociale. Avec l'accès à la médecine hospitalière, ils peuvent revendiquer leur droit aux soins, mais aussi le refus d'être pris dans un contrôle social.

4.1.1.3. Construire l'ordre pénitentiaire

Les changements du droit donnent une nouvelle direction aux autorités carcérales : la nécessité de se concentrer en priorité sur les individus et non pas sur le maintien de l'ordre³⁸⁴. L'idée d'individualiser la peine existe depuis très longtemps, elle est « *la clé de voûte de la pénologie moderne* »³⁸⁵. Elle se compose de deux champs : le jugement doit prendre en compte les circonstances et la personnalité de l'infracteur et la peine doit prendre en compte la personnalité du condamné. Le concept de l'individualisation de la peine n'a jamais été remis en question, alors même qu'il semble difficile à mettre en place. Comme le dit Ottenhof :

³⁸³ Assemblée parlementaire, Conseil de l'Europe, Les détenus handicapés en Europe, [En ligne] 1 juin 2018. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-FR.asp?FileID=24756&lang=FR>

³⁸⁴ Nations Unies, LES DROITS DE L'HOMME ET LES PRISONS. Manuel de formation aux droits de l'homme à l'intention du personnel pénitentiaire, New York et Genève, 2004.

³⁸⁵ OTTENHOF, R. *L'individualisation de la peine*, Toulouse, ERES, 2001, p. 4.

« Le principe s'impose avec une telle évidence qu'il n'a jamais paru devoir être sérieusement remis en cause. La pratique quotidienne comme le résultat des recherches empiriques montrent cependant les limites rencontrées lors de la mise en œuvre du principe. Pour comprendre les raisons d'un tel paradoxe, il convient de revenir aux sources. [...] On constatera, dès lors, que toute la difficulté réside dans la difficile conciliation entre le besoin d'expiation éprouvé par le corps social, et la nécessité de proportionner la peine à la personnalité de l'individu. »³⁸⁶

Concilier vie quotidienne et règles juridiques

L'individualisation de la peine est contenue dans les différentes lois qui régissent la prison et fait partie de la doctrine judiciaire et pénitentiaire. Les particularités des prisonniers telles que l'âge, l'état de santé, le handicap ou la personnalité doivent être prises en compte. La récente *Loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales* porte l'individualisation des peines dans son titre. Elle introduit de nouveaux droits aux détenus, mais aussi de nombreux assouplissements pour la meilleure application des droits déjà existants. Cette loi assouplit notamment la procédure de la suspension de peine pour raison médicale.

La vie quotidienne en prison, comme dans chaque institution, ne correspond que très imparfaitement aux lois qui la régissent et aux missions officiellement énoncées. Lors des conversations informelles, les surveillant.e.s gradé.e.s ayant une expérience professionnelle conséquente moquent le désarroi de leurs jeunes collègues *« qui arrivent le code pénal dans une poche et le code de la procédure pénale dans l'autre »*. Les savoirs acquis lors de la formation leur semblent peu pertinents pour le travail quotidien en prison. Mais tous reconnaissent que *« rien ne peut te préparer à la prison, tant que tu n'es pas rentré tu ne sais pas ce que c'est »*, avant d'ajouter non sans une certaine malice *« le choc carcéral chez les surveillants existe aussi, mais là, du coup ça intéresse moins les sociologues »*.

Les différents organismes de contrôle ont beau préconiser des pratiques moins braquées sur l'ordre et plus sur le bien-être des individus, le dispositif carcéral impose toujours la primauté du *« maintien de l'ordre »*. Aucun personnel pénitentiaire n'est évalué sur le bien-être des personnes détenues dont il a la charge. Les professionnel.le.s pénitentiaires sont évalué.e.s tant

³⁸⁶ *Ibid.*, p.5.

de manière interne (par leur administration et leur collègues) qu'externe (par le système judiciaire ou médiatique) sur des critères tels que le nombre d'évasions, les incidents, les agressions, les émeutes en détention et, depuis peu, sur le nombre des suicides des prisonniers. Ces objectifs mènent nécessairement à un renforcement des dispositifs et procédures de surveillance.

La vie quotidienne en prison est régie par un règlement intérieur, fourni aux prisonniers à leur entrée. Celui-ci édicte leurs droits et leurs devoirs. Les procédures disciplinaires ne relèvent plus de décisions internes aux établissements mais sont judiciairisées, le droit disciplinaire en prison se rapprochant fortement du droit pénal³⁸⁷. Autrement dit, les prisonniers ayant dérogé au règlement intérieur n'ont pas de sanctions administratives mais des sanctions qui s'apparentent à celles prononcées par le droit pénal. Par exemple, pendant une certaine période, ils sont exclus du travail ou au contraire obligés d'effectuer un travail d'intérêt général, perdent leurs droits de participer aux « activités », sont transférés dans d'autres établissements, la période passée à l'extérieur de leurs cellules est réduite, ou bien encore, ils sont enfermés dans un quartier disciplinaire.

Liens entre vulnérabilité et sanction ?

Une personne handicapée peut, par sa présence, bouleverser les rituels carcéraux et apparaître comme ayant transgressé certaines règles. Parler du handicap en prison revient souvent à parler de sanction. Les acteurs pénitentiaires, évoquent la fréquence des sanctions disciplinaires³⁸⁸, comme un signe évident de troubles psychiques. A une époque pas si lointaine, « *les prisonniers en crise* » trouvaient une place légitime dans le quartier disciplinaire.

Un rapport du Sénat sur les conditions de détention, parle du quartier disciplinaire du Fleury-Mérogis en 2000 : « *Pour les détenus au comportement dangereux, ou en état de crise, les surveillants peuvent recourir à une bombe anesthésiante. Cet usage est qualifié d'exceptionnel par le personnel de direction* »³⁸⁹. La présence au sein d'un quartier disciplinaire des personnes

³⁸⁷ HERZOG-EVANS, M. *La gestion du comportement du détenu. Essai de droit pénitentiaire*. Paris : L'Harmattan, 1998. ; HERZOG-EVANS, M. Les particularités du droit pénitentiaire, *Cahiers de la sécurité intérieure*, 1998, p. 19-34.

³⁸⁸ Le quartier disciplinaire est la sanction la plus lourde, se caractérisant par un enfermement et un isolement très stricts au sein de la prison.

³⁸⁹ Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 2, visites et auditions), ce rapport est consultable sur le site internet du Sénat. <https://www.senat.fr/rap/199-4492/199-4492.html>

« *en état de crise* » n'est pas remise en question, alors même que cette prison dispose d'une unité de soins psychiatriques.

L'impossibilité de sortir de sa cellule dans le cas d'une déficience motrice peut aussi s'apparenter à une sanction disciplinaire. En effet, l'isolement est utilisé en prison pour protéger les personnes qui apparaissent particulièrement vulnérables, notamment celles qui ont un comportement jugé « *inadapté* ».

Le cas de Monsieur Y nous a permis d'envisager la vulnérabilité comme un phénomène qui crée un certain désordre en prison. Le Défenseur des droits a adressé en 2013³⁹⁰ au Ministère de la Justice et à l'Administration pénitentiaire une note au sujet de la détention d'une personne sourde. Monsieur Y est sourd et n'utilise pas la langue des signes, il a été placé en détention et ses demandes de mise en liberté ont été rejetées. Ne pouvant pas communiquer au sein de la détention, il a été placé en quartier d'isolement. Selon la saisine de l'OIP : « *en raison du tapage qu'il aurait fait en cognant pendant plusieurs heures sur la porte, tentant de communiquer le malaise lié à sa détention et ses grandes difficultés de communiquer et se faire comprendre par les personnels* »³⁹¹.

Le comportement de Monsieur Y le rend particulièrement vulnérable. Il trouble l'ordre de la détention et s'expose ainsi aux mauvais traitements de la part des autres détenus. Le protéger, c'est d'abord maintenir l'ordre et donc l'isoler. A l'issue de l'intervention du Défenseur des droits, Monsieur Y a été libéré.

Nous avons interrogé des représentants des associations de personnes sourdes, de défense des droits fondamentaux mais aussi de veille sur les conditions de détention sur le cas de Monsieur Y. Il est apparu que c'est un extraordinaire concours de circonstances qui a fait de ce cas une véritable « *affaire* »³⁹². Autrement dit, les liens entre ces associations ont permis de « *monter en généralité* »³⁹³ en posant une problématique qui lie le handicap à la détention. Sans cela, la question pénitentiaire était vue seulement par le prisme pénal et gestionnaire, la question de la déficience seulement par le prisme du droit du handicap. L'action commune entre les associations, se basant sur la jurisprudence de la CEDH et sur la législation nationale

³⁹⁰ Défenseur des droits, 2013. https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=8083

³⁹¹ *Ibid.*, p. 4.

³⁹² Le concept « affaire » est utilisé ici dans le sens de la sociologie pragmatique, Voir LEMIEUX, C. *La sociologie pragmatique*, Paris : La Découverte, 2018.

³⁹³ La montée en généralité est vue comme la politisation d'un cas particulier, Voir LEMIEUX, C. *Op. cit.*

pénitentiaire et de handicap a réussi à construire une question légitime. En effet, le Défenseur des droits, en se saisissant de ce cas précis a étendu la question à tous les types de handicap.

A la suite de la note du Défenseur des droits, la capacité des personnes à se saisir de leurs droits est mise en jeu, tout comme la capacité de l'administration pénitentiaire à mettre en place les dispositifs qui rendent ces droits effectifs. Les deux sont dépendants de la connaissance des deux types de législation : pénitentiaire et du handicap.

Les interconnexions entre le champ pénitentiaire et d'autres champs d'action publique sont anciennes. La législation de santé publique et de protection sociale s'applique en prison. Les lois sur les droits des malades et sur les droits des usagers ont également des répercussions sur les prises en charge en prison. Le droit à la formation et aux études, comme au travail, existe. Depuis 1987, l'obligation de travail des détenus est devenue un droit au travail. En conséquence, une multitude d'acteurs et d'actrices interviennent en prison. Sans pour autant être des professionnels du monde carcéral, ils apportent des logiques nouvelles et redéfinissent certaines normes.

4.1.1.4. La redéfinition du handicap par le milieu carcéral

La loi de 2005 a été prise en compte dans un document rédigé conjointement par le Ministère de la santé et le Ministère de la Justice, *Le guide méthodologique de prise en en charge sanitaire des personnes détenues*. La définition que la loi de 2005 donne du handicap est citée et les dispositifs de prise en charge sont inventoriés. Les établissements pénitentiaires sont invités à établir des conventions avec des services médico-sociaux pour que ces derniers puissent intervenir à l'intérieur des prisons. A la lecture du *Guide méthodologique*, ainsi que de certaines conventions, nous avons pu remarquer que la représentation institutionnalisée du handicap en prison est envisagée essentiellement sous l'angle de la dépendance.

Les professionnel.le.s de médecine qui travaillent en détention, sont souvent cantonné.e.s au service médical. Celui-ci, attaché à l'hôpital de proximité, est destiné aux consultations et aux soins ambulatoires. Les seuls moments où ces professionnel.le.s circulent en détention, c'est pour la distribution des médicaments. Les détenus malades sont donc soignés comme s'ils vivaient à l'extérieur. Les prisonniers dépendants ne peuvent pas être pris en charge par les métiers au sein de la prison. C'est alors que l'entrée du médico-social a été envisagé : il s'agit d'aide-ménagères, auxiliaires de vie, infirmières libérales ou plus rarement aides médico-

psychologique qui viennent effectuer la toilette, le lever du lit, le ménage et toutes les autres aides à la vie quotidienne des détenus malades. C'est la grille AGGIR³⁹⁴, habituellement utilisée dans le cadre de la perte d'autonomie due à l'âge qui apparaît comme la référence. Le milieu pénitentiaire redéfinit ainsi le handicap³⁹⁵ pour pouvoir l'intégrer aux pratiques professionnelles endogènes. Ainsi, l'ordre pénitentiaire se construit par l'introduction de nouvelles normes et par leur intégration aux référentiels déjà existants.

³⁹⁴ Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources, grille qui évalue le niveau d'autonomie des personnes âgées.

³⁹⁵ Nous avons pu consulter trois conventions signées entre établissement pénitentiaire et association d'aides-soignants. Elles ne sont pas exposées en annexe, les acteurs n'ayant pas donné leur accord.

4.2. Jurisprudence et éthique carcérale

La question du handicap en prison est envisagée de deux manières dans le droit européen. Elle figure en tant que droits des personnes handicapées et en tant que droits des personnes détenues. Dans les deux cas, les droits des personnes sont particulièrement surveillés, puisque considérés comme étant exposés à des violations spécifiques.

4.2.1. Le principe de dignité ou l'enfermement comme responsabilité sociale

L'inadaptation de la prison pour la prise en charge d'un handicap a été plusieurs fois portée devant la justice. A partir d'un corpus documentaire composé d'arrêts de justice et des rapports de certains organismes de veille, nous avons constaté que la question du handicap en prison s'est présentée le plus souvent comme « *un traitement inhumain et dégradant* » dû aux conditions de la détention.

Le principe de dignité apparaît notamment dans les rapports du Comité européen pour la prévention de la torture et les peines ou traitements inhumains et dégradants. Dans ces rapports, les personnes détenues avec une maladie psychiatrique, les détenus âgés ou malades sont considérés comme présentant des fragilités particulières au sein des lieux de détention. Ces fragilités peuvent faire de la détention un traitement inhumain. Le comité s'attache à révéler les traitements qui peuvent porter atteinte à la dignité humaine. Dans un rapport de 1992 nous trouvons déjà ce paragraphe :

*« Des exemples typiques sont [les] détenus qui présentent un **pronostic fatal à court terme**, ceux qui souffrent d'une affection grave dont le traitement ne peut être conduit correctement dans les conditions de la détention ainsi que ceux **qui sont sévèrement handicapés ou d'un grand âge**. La détention continue de telles personnes en milieu pénitentiaire peut créer une situation humainement intolérable. »*³⁹⁶

³⁹⁶ 3eme rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992 du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), p.21. <https://rm.coe.int/1680696aa0>

Pour la CEDH, lorsqu'elle étudie les situations de prisonniers ayant des problèmes de santé ou un handicap, il s'agit de savoir si leur souffrance excède la souffrance inévitable et inhérente à la détention. Ainsi, il est souvent recommandé :

« Les États doivent s'assurer que tout prisonnier est détenu dans le respect de la dignité humaine, qu'il n'est pas soumis à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que sa santé n'est pas compromise. »³⁹⁷

Et on rappelle aux autorités pénitentiaires que *« l'incarcération appelle dans certains cas une protection accrue des personnes vulnérables »³⁹⁸*. Dans le cas où un dépassement de la souffrance est constaté, on considère qu'il y a violation de l'article 3 de la CEDH. La mesure de la souffrance n'est bien évidemment pas décrite. Mais les critères qui ont permis la Cour d'affirmer que le niveau de souffrance a été dépassé sont généralement le manque de soins, les soins inadaptés et la non prise en compte de l'état de santé des personnes³⁹⁹.

La mesure de la souffrance pose une question morale inhérente à la détention – comment connaître le niveau de la souffrance légitime pour une peine ? Les vulnérabilités des prisonniers, qu'elles soient physiques ou mentales, ravivent cette question et la rappellent au quotidien à l'administration pénitentiaire.

Avant d'étudier certains recours, des remarques s'imposent. Ces jugements ne sont en rien significatifs des situations réelles dans les prisons européennes. Tout d'abord, peu de personnes portent des recours devant des administrations internationales. Celles qui le font peuvent être représentatives d'une certaine catégorie de personnes possédant les ressources nécessaires pour mener des actions en justice au long cours. D'autre part, avant d'arriver devant la justice européenne, plusieurs recours nationaux sont possibles. Dans certains pays, ces recours sont peut-être plus facilement acceptés et ne donnent pas lieu à des poursuites devant la CEDH. Au contraire, dans certains Etats, les démarches peuvent être particulièrement compliquées voire

³⁹⁷ LIBERTÉS FONDAMENTALES - DROITS DE L'HOMME, Conditions de détention d'un prisonnier lourdement handicapé. Voir sur le site internet : <https://actu.dalloz-etudiant.fr/>

³⁹⁸ *Ibid.*

³⁹⁹ Les Fiches thématique : Détention et santé mentale :

https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Detention_mental_health_FRA.pdf, Droits des détenus en matière de santé : https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_FRA.pdf, Les personnes handicapées et la Convention Européenne des droits de l'homme : https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Disabled_FRA.pdf se trouvent sur le site internet de la Cour. Toutes les citations des procès sont issues de ces fiches thématiques. Certaines expressions sont soulignées par nous.

impossibles pour les détenus. Néanmoins, cette analyse nous permet d'envisager les thématiques qui reviennent de manière régulière.

La CEDH sépare les différents recours en catégories. Celles qui nous intéressent font l'objet de trois fiches thématiques : *Handicap et détention*, *Problèmes de santé et détention* avec une sous-partie concernant les personnes âgées et/ou malades et, enfin, *La maladie mentale en détention*.

Selon les mots utilisés pour décrire les cas, mais aussi selon le raisonnement développé par la Cour, nous avons établi trois groupes un peu différents : les cas de l'infirmité physique caractérisée par la paralysie ou l'amputation d'un ou plusieurs membres ; les cas de la maladie invalidante qui se traduit par la perte d'autonomie et des soins palliatifs, avec éventuellement le décès en détention ; enfin, les déficiences pouvant perturber la communication (mentale, psychique, cognitive, surdité-mutité). Nous n'avons pas rencontré, dans les arrêts de la CEDH, le cas d'aveugle ou malvoyant, cette déficience est apparue comme associée à une maladie invalidante.

4.2.1.1. Le handicap moteur – la prise en compte des besoins spécifiques et la reconnaissance de la dignité

Lorsqu'il s'agit du handicap physique dû à la paralysie ou le manque d'un ou plusieurs membres, la figure qui apparaît est celle du prisonnier se déplaçant en fauteuil roulant. C'est la figure la plus fréquente dans les recours sans qu'elle soit représentative de la situation globale du handicap en prison. En effet, c'est l'expression du handicap dans sa vision la plus commune et accessible rapidement à la perception. Dans ce type de handicap, aucun doute n'existe quant à l'absence de lien entre la déficience et l'infraction. Cette dernière n'est pratiquement jamais évoquée.

Pour porter un recours, plusieurs démarches sont nécessaires et le prisonnier ou ses proches doivent avoir la possibilité de s'en saisir : ils doivent pouvoir formuler la question des mauvais traitements dans des termes juridiquement codifiés mais aussi réunir un certain nombre de documents et persévérer dans les démarches. Les recours auprès de la CEDH se font lorsque les recours nationaux sont épuisés et peuvent durer longtemps. Cela implique non seulement une certaine sécurité financière, mais aussi la capacité d'affronter une administration de l'Etat, au sein de laquelle on vit au quotidien.

Ces trois raisons font à notre avis « *le succès* » des procès, quand il s'agit de handicap moteur. Au-delà de la visibilité immédiate de l'infirmité physique, c'est l'image tout aussi évidente des difficultés qui peuvent être rencontrées en prison. Il apparaît rapidement clair que de telles déficiences peuvent tout d'abord rendre impossibles la sortie de la cellule⁴⁰⁰ mais aussi la prise des repas quand on est amputé des deux bras, le transfert entre le lit et le fauteuil roulant, ainsi que le passage aux toilettes ou l'hygiène personnelle sans aide extérieure.

L'accomplissement des besoins minimaux de la vie quotidienne est hors de portée lorsqu'on a de telles déficiences. Dans un espace de promiscuité, l'exposition d'une impuissance à la vue de tous peut constituer une dégradation supplémentaire. Avant même d'envisager l'accès aux services de la prison, ce type de déficience pose la question du maintien de la dignité. La Cour a évoqué ainsi comme un traitement inhumain le fait « *de se trouver privé de certains besoins minimaux pour mener une vie civilisée (tels que dormir dans un lit ou pouvoir se rendre aux toilettes aussi souvent que nécessaire et sans avoir à dépendre de l'aide d'inconnus)* »⁴⁰¹.

Le cas de Monsieur Vincent est assez connu en France. A ce titre, il est assez richement documenté et interprété, tant par l'OIP que par des juristes spécialisés dans le droit pénitentiaire. Monsieur Vincent est paraplégique suite à un accident. Il se déplace en fauteuil roulant et son état de santé semble être, par ailleurs, assez bon. Depuis le début de son incarcération, il fait plusieurs demandes d'aménagements de sa détention. Il est donc transféré dans plusieurs établissements, les conditions d'accessibilité n'étant jamais satisfaisantes. Il déclare que dans certains établissements, pour entrer et sortir de sa cellule, il était obligé de quitter son fauteuil et de se « *traîner* » par terre ou d'être porté, tandis que son fauteuil était démonté et remonté pour la sortie de la cellule. Dans son cas, la Cour concluait que :

« Rien ne prouvait l'existence d'une intention d'humilier ou de rabaisser le requérant. Toutefois, la Cour a estimé que la détention d'une personne handicapée dans un établissement où elle ne peut se déplacer et en particulier quitter sa cellule par ses propres moyens constitue un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention. » (Vincent contre France 24 octobre 2006)

Le maintien même en détention dans ces conditions est jugé comme une infraction à la Convention des droits de l'homme.

⁴⁰⁰ Pour des raisons de sécurité les portes ne sont jamais assez larges pour permettre le passage d'un fauteuil roulant standard.

⁴⁰¹ Fiche thématique : Les personnes handicapées et la Convention européenne des droits de l'homme, *Op. cit.*

Dans le cas de Monsieur Arutyunyan, diabétique et malvoyant, se déplaçant en fauteuil roulant, nécessitant des interventions médicales très rapprochées notamment pour des hémodialyses, celui-ci a été placé dans une cellule au quatrième étage alors que le service médical se trouvait au premier, dans un bâtiment sans ascenseur. Il devait ainsi monter et descendre quatre étages dans des conditions assez difficiles :

« *La Cour a conclu à la **violation de l'article 3** (interdiction des traitements inhumains ou dégradants) de la Convention, estimant que les autorités internes n'avaient pas traité le requérant d'une manière appropriée à son handicap et offrant des conditions de sécurité adéquates, et qu'elles l'avaient privé d'un accès effectif aux soins, à la promenade et à l'air libre.* » (Arutyunyan contre Russie, 10 janvier 2012)⁴⁰²

Il y est facile à constater un certain déplacement de la problématique. Si dans le cas de *Vincent contre France*, c'est la détention en soi qui constitue une infraction, six ans plus tard, dans l'arrêt *Arutyunyan contre Russie*, c'est le *traitement inadéquat* qui pose problème.

Cette coupure devient plus importante dans les cas qui suivent. On parle en termes de *besoins spéciaux* dans le cas de *Grimailovs contre Lettonie*. Il s'agit d'un détenu ayant un implant métallique dans le dos et se déplaçant en fauteuil roulant, dépendant de ses codétenus pour tous les actes de la vie quotidienne. La Cour raisonne de la manière suivante :

« *Or, l'obligation pour l'État d'assurer des conditions adéquates de détention comprend celle de répondre aux besoins spéciaux des détenus ayant un handicap physique, et il ne peut pas s'exonérer de cette obligation en transférant la responsabilité aux détenus. Compte tenu du handicap physique du requérant et, en particulier, de l'impossibilité dans laquelle il s'était trouvé d'accéder sans assistance aux différents lieux de la prison – dont les sanitaires – et du fait qu'il n'avait été organisé aucune assistance à sa mobilité dans la prison ou pour ses activités quotidiennes, les conditions de détention du requérant avaient donc atteint le seuil de gravité requis pour constituer un traitement dégradant.* » (Grimailovs contre Lettonie 25 juin 2013)⁴⁰³

La détention ne constitue plus automatiquement un lieu incompatible pour des personnes handicapées mais les Etats sont obligés de mettre en place des équipements spécifiques pour ce

⁴⁰² Fiche thématique : Les personnes handicapées et la Convention européenne des droits de l'homme, *Op. cit.*, p. 4.

⁴⁰³ Fiche thématique : Les personnes handicapées et la Convention européenne des droits de l'homme, *Op. cit.*, p. 5.

type de population. La Cour a affirmé finalement cette impression avec l'arrêt *Helhal contre France*. Ce prisonnier est paraplégique à la suite d'un accident et incontinent. La décision de la Cour est la suivante :

« Elle a jugé en particulier que, si le maintien en détention n'était pas en soi constitutif d'un traitement inhumain ou dégradant compte tenu du handicap du requérant, l'insuffisance des soins de rééducation qui lui avaient été dispensés et l'inadaptation des locaux à son handicap étaient en revanche contraires à l'article 3 de la Convention. » (Helhal contre France 19 février 2015)⁴⁰⁴

Dans cet arrêt, ce n'est plus la détention qui pose problème, mais l'inadaptation de la prison à prendre en charge des cas nécessitant des soins de rééducation, notamment de kinésithérapie et le manque d'aménagement des lieux. La détention se voit alors chargée d'une nouvelle tâche : répondre aux besoins fonctionnels des personnes sanctionnées.

4.2.1.2. Les maladies invalidantes et les traitements humanitaires

Le second type de recours relève des personnes détenues ayant des problèmes de santé invalidants. Ces arrêts nous intéressent à deux titres. Premièrement, il s'agit des maladies donnant lieu à une reconnaissance du handicap, tels que le diabète, le cancer ou la sclérose. Deuxièmement, ils donnent à voir, en creux, comment les conditions de détention agissent sur les détenus. La question de la maladie devient un révélateur des effets invalidants de la détention. Dans ces recours, c'est encore l'article 3 qui est le plus souvent évoqué. Pour que la CEDH reconnaisse la violation de cet article, il ne suffit pas seulement que la maladie soit grave. Il faut démontrer qu'elle est incompatible avec les conditions de détention. Cette incompatibilité traduit souvent l'absence de soins ou les soins inadéquats. Les lacunes de soins sont vues comme pouvant contribuer à une dégradation de la santé. Or, selon la Cour, la détention ne devrait pas provoquer une dégradation de la santé.

En prenant le contrepied des arguments de type criminologique, souvent évoqués dans les jurisprudences nationales, la nature de l'infraction et la non-reconnaissance de la culpabilité ou bien le comportement en détention, la Cour préconise « *des mesures humanitaires, notamment*

⁴⁰⁴ Fiche thématique : Les personnes handicapées et la Convention européenne des droits de l'homme, *Op. cit.*, p. 6.

quand il est question du maintien en détention des personnes dont la pathologie est durablement incompatible avec la vie carcérale »⁴⁰⁵. En effet, dans certains arrêts de jugements de tribunaux français, le maintien d'une personne très malade en prison est justifié par les juges par la gravité des faits pour lesquels elle a été condamnée ou le fait qu'elle ne montre pas un sentiment de culpabilité.

Dans certains arrêts, la Cour va plus loin dans l'interprétation de la souffrance, qui se rapproche donc à un traitement inhumain. Dans l'arrêt *Tekin Yıldız contre Turquie*⁴⁰⁶, elle mentionne que « *la souffrance ainsi causée au requérant allait au-delà de celle que comportent inévitablement une détention et le traitement d'un détenu tel que le syndrome en question* ». Il s'agit ici du syndrome Wernicke-Korsakoff ⁴⁰⁷ développé à la suite d'une longue grève de la faim en détention.

Conditions de détention et état de santé se reflètent l'un l'autre. Selon la Cour, la détention ne doit pas ajouter une souffrance supérieure à la maladie, la maladie de son côté ne doit pas augmenter les effets négatifs de la détention. La maladie interroge la capacité à la détention comme dans l'extrait suivant :

*« Selon la Cour, l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique constituent désormais des situations pour lesquelles **la capacité à la détention est posée au regard de l'article 3 de la Convention. Bien qu'il n'y ait pas d'obligation générale de libérer un détenu en raison de son état de santé, cette disposition impose aux États de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration des soins médicaux requis. Par ailleurs, la Cour rappelle que les modalités d'exécution des mesures prises ne doivent pas soumettre le détenu à une détresse ou une épreuve d'une intensité excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention.** »*
(Mouisel contre France, 14 novembre 2002)⁴⁰⁸

Lorsqu'on parle de mesures humanitaires, la question de l'aptitude ou la capacité de subir une peine se pose. C'est la reformulation juridique d'une question médicale. Dans le cas des problèmes de santé invalidants, la Cour semble se prononcer de la même manière que pour les questions du handicap physique, c'est-à-dire en reconnaissant la violation de l'article 3. Il

⁴⁰⁵ Fiche thématique : Droits des détenus en matière de santé, *Op. cit.*, p. 1.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 2.

⁴⁰⁷ Ce syndrome se caractérise par un état confusionnel aigu et une amnésie

⁴⁰⁸ Fiche thématique : Droits des détenus en matière de santé, *Op. cit.*, p. 1.

apparaît que c'est exclusivement dans le cas où le pronostic vital est engagé qu'une démarche humanitaire, de libération conditionnelle est préconisée. C'est notamment le cas Dorneanu, détenu avec un cancer de prostate métastatique. Bien qu'en phase terminale, il n'a pas pu bénéficier d'une suspension de peine et est décédé en détention.

*« La Cour a relevé en particulier que les autorités n'avaient pas tenu compte des réalités imposées par le cas personnel du requérant et qu'elles n'avaient pas examiné **l'aptitude concrète de l'intéressé à demeurer incarcéré**. De ce fait, les décisions des autorités nationales montraient que les procédures avaient été appliquées **en privilégiant les formalités plutôt que les considérations humanitaires**, empêchant ainsi le requérant, alors mourant, **de vivre ses derniers jours dans la dignité**. » (Dorneanu contre Roumanie, 28 novembre 2017)⁴⁰⁹*

La mort en prison est rendue visible et de plus en plus dérangeante. Elle devient une problématique prégnante au sein de la détention, légitimant un traitement humanitaire.

4.2.1.3. Les troubles de la communication et le maintien en détention

En troisième lieu, nous avons donc évoqué les déficiences qui impliquent des difficultés de communication : les déficiences intellectuelles, neurologiques ou psychiques, ainsi que la surdité semblent poser le même type de problème. Ces problèmes se caractérisent par l'incompréhension des règles, l'isolement et parfois le harcèlement qui en découle. Dans ces cas, ce n'est plus incompatibilité avec les conditions de la détention qui apparaît en premier mais bien la nécessité pour les autorités carcérales de mettre en place des mesures particulières.

Le cas de Monsieur Rivière est assez emblématique de la situation des prisonniers étiquetés comme psychotiques et ayant des lourdes peines. Ce dernier a été d'abord condamné à la peine de mort, puis en appel à la réclusion criminelle à la perpétuité, avec une période de sureté de 15 ans⁴¹⁰. Son parcours pénitentiaire, ponctué par des transferts constants d'établissement en établissement, est signalé « *sans incident* », avant qu'il ne débute les démarches pour une libération conditionnelle à la fin de la période de sureté.

⁴⁰⁹ *Ibid.*, p. 11.

⁴¹⁰ Période de sureté – pendant la période de sureté aucune permission de sortie ni libération conditionnelle ne peuvent être envisagées.

A la suite des premiers refus de libération conditionnelle, on apprend qu'il est psychotique, ayant des troubles du comportement suicidaire. S'ensuivent des hospitalisations d'office. Les experts psychiatres chargés de l'examiner constatent une pathologie psychiatrique chronique développée en prison. À la suite de leurs recommandations, et malgré le bon comportement en détention du prisonnier, la commission chargée⁴¹¹ de son dossier se prononce défavorablement à une sortie. La raison donnée est l'instabilité du projet de sortie en lien avec la pathologie psychiatrique. Monsieur Rivière fera appel à cette décision. La réponse négative de la Juridiction d'application des peines expose les choses ainsi :

« Le projet de libération conditionnelle n'offre pas les garanties nécessaires, compte tenu de son évolution psychiatrique décrite par les experts et de la nécessité soulignée par ceux-ci d'élaborer un projet en lien avec le secteur psychiatrique du lieu d'accueil envisagé. » (Rivière contre France, 11 juillet 2006)⁴¹²

Monsieur Rivière entame, sans résultat, les démarches de prise charge en psychiatrie à sa sortie. Dans ce cas, le raisonnement de la CEDH est le suivant :

*« La Cour a estimé que le maintien du requérant en détention, sans encadrement médical approprié, avait constitué un traitement inhumain et dégradant, en violation de l'article 3 de la Convention. Elle a notamment observé qu'un prisonnier souffrant de graves problèmes mentaux et présentant des risques suicidaires **appelait des mesures particulièrement adaptées**, quelle que soit la gravité des faits pour lesquels il avait été condamné. »* (Rivière contre France, 11 juillet 2006)⁴¹³

Les mentions de la maladie mentale du requérant interviennent seulement lorsque ses démarches pour une libération conditionnelle se voient refusées. De toute évidence, la « *gravité des faits* » prend le pas sur sa maladie. La Cour ne statue pas sur la possibilité de permissions ou de libération conditionnelle, alors même qu'elle est saisie sur ces deux sujets, mais sur le suivi médical non approprié en prison. Si elle conclut à la violation de l'article 3, ce n'est pas le maintien en détention qui en est la cause mais l'absence des mesures « *particulièrement adaptées* ».

⁴¹¹ CAP – commission d'application des peines, constituée de représentants du SPIP, de la direction de l'établissement, du Procureur et le Juge d'application des peines.

⁴¹² Fiche thématique : Détention et santé mentale, *Op. cit.*, p. 10.

⁴¹³ *Ibid.*, p. 11.

Les mêmes conclusions sont observables dans le cas de *Dybeku contre Albanie*. Celui-ci a un diagnostic de schizophrénie paranoïaque et était régulièrement hospitalisé en psychiatrie avant son incarcération. Incarcéré à la suite d'une condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité, il a vécu dans une prison ordinaire et avait été traité par l'administration pénitentiaire comme un détenu ordinaire. Son père a porté plainte pour un traitement médical inapproprié entraînant une détérioration de sa santé. La Cour statue :

« La reconnaissance par le gouvernement albanais du fait que l'intéressé était traité sur le même pied que les autres détenus malgré la particularité de son état de santé montrait également que ce pays ne s'était pas conformé aux recommandations du Conseil de l'Europe sur le traitement des prisonniers atteints de maladies mentales. »
(*Dybeku contre Albanie*, 18 décembre 2007)⁴¹⁴

Les recommandations du Conseil de l'Europe, dans les *Règles pénitentiaires européennes*, préconisent en effet un traitement spécifique et des établissements spécifiques pour les malades mentaux incarcérés. On le voit, le traitement sur un pied d'égalité des malades mentaux est considéré comme une infraction aux règles communautaires. Mais la reconnaissance de la maladie mentale et le traitement de celle-ci contribuent à une suspicion de la part des autorités, susceptibles d'allonger l'enfermement, en transformant la peine en séjour en psychiatrie comme dans le cas Rivière précédemment évoqué.

Dans le cas des handicaps qui perturbent la communication, les mots de la Cour changent. La vulnérabilité de ces personnes est de plus en plus mise en avant, avec l'obligation des autorités de les protéger. Leur état est jugé incompatible avec des sanctions disciplinaires et nécessitant la mise en place des « *mesures raisonnables* », faisant ainsi référence à la Convention des droits des personnes handicapées.

Z.H., sourd-muet, a une déficience intellectuelle et ne sait ni lire ni écrire. Il n'utilise pas la langue des signes. En détention provisoire pendant 3 mois, il a été assigné à résidence en attendant sa condamnation compte tenu des difficultés qu'il éprouvait en détention. En effet, il a été considéré que les mesures prises par les autorités carcérales – affectation dans une cellule avec un proche, cellule à proximité immédiate du bureau des gardiens, aide par d'autres détenus et une implication de la mère de Z.H., n'étaient pas suffisantes. La Cour s'est prononcée de la manière suivante :

⁴¹⁴ *Ibid.*, p. 2.

« Compte tenu des **multiples handicaps** dont souffrait le requérant, elle n'était notamment pas convaincue que l'on puisse considérer qu'il avait obtenu les informations requises pour lui permettre de contester sa détention. La Cour a jugé en outre regrettable que les autorités n'aient pas réellement pris des « **mesures raisonnables** » – notion semblable à celle d « **aménagement raisonnable** » figurant dans les articles 2, 13 et 14 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées – pour tenir compte de l'état du requérant, en particulier en lui fournissant l'assistance d'un avocat ou d'une autre personne compétente. » (Z.H. c. Hongrie 8 novembre 2011)⁴¹⁵

Dans ce cas, c'est le cumul de handicaps qui prime sur le reste, ainsi que l'absence « d'aménagements raisonnables ».

Dans un cas similaire, *Abele contre Lettonie*, une personne sourde et muette, déclarée « invalide » mais sans handicap associé, introduit les notions d'espace suffisant et d'appareillage. Ce dernier a été détenu dans une cellule de type dortoir et l'espace personnel dont il disposait était inférieur à 3m². Selon lui, sa surdité le rendait beaucoup plus vulnérable que d'autres dans cet espace réduit, l'exposant au harcèlement, au manque de communication et à l'isolement. Il avait même formulé des demandes d'affectation dans des prisons avec des régimes plus sévères mais où il aurait eu un espace de vie supérieur à 3m². Dans ce cas, handicap et détention semblent s'aggraver l'un l'autre.

« La Cour a considéré que lorsque les autorités décident de placer et maintenir une personne handicapée en détention, ils devraient mettre en place des mesures spécifiques (*special care*) pour garantir autant que possible les conditions correspondant aux **besoins particuliers résultant de leur handicap**. » (*Abele contre Lettonie*, 5 octobre 2017)⁴¹⁶

Ces documents montrent les évolutions du raisonnement de la Cour. Elle se saisit de plus en plus du vocabulaire lié au handicap alors que les premiers arrêts sur le sujet étaient basés principalement sur des problématiques pénitentiaires. Handicap et enfermement pénal apparaissent, au début, incompatibles. Avec le temps, ce qui pose un problème est la non-adaptation des lieux, les soins inadaptés, l'absence de rééducation ou des mesures spécifiques.

⁴¹⁵ *Ibid.*, p. 4.

⁴¹⁶ Fiche thématique : Personnes handicapées et CEDH, *Op. cit.*, p. 4.

A travers ces quelques exemples, se dessine le cadre légal, moral et normatif de la question du handicap en prison. Selon les mots utilisés et le raisonnement développé par la Cour, trois types de problématiques se détachent : la problématique de la *dignité* comme possibilité d'avoir une vie civilisée et donc de la dépendance aux autres pour la vie quotidienne dans le cas des handicaps moteurs, la problématique de la *souffrance* dans le cas des maladies invalidantes et celle de la *vulnérabilité* dans les handicaps liés à la communication.

La Cour semble préconiser différentes façons de faire pour chaque problématique : aménagement des locaux pour les handicaps moteurs, mesures humanitaires pour les maladies invalidantes et mesures appropriées pour les handicaps liés à la communication. Malgré ces différences, la norme de l'enfermement comme responsabilité des autorités s'affirme de plus en plus à travers de la notion de *besoins particuliers*.

Si l'on considère que la CEDH se constitue comme le créateur d'une norme éthique, le signal envoyé aux systèmes judiciaires et carcéraux des pays membres est assez clair. Une prison doit pouvoir accueillir tous les types de populations, sauf les malades en fin de vie. La dignité et les droits particuliers doivent être respectés par une réponse appropriée aux besoins spécifiques. Les professionnels doivent être formés aux questions du handicap. Ainsi, la peine devient accessible à tous à partir du moment où le taux de souffrance inévitable à toute détention n'est pas dépassé.

4.2.2. Principe d'égalité et droits individuels

Un récent rapport de Human Rights Watch (HRW), « Double peine. Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France »⁴¹⁷, porte sur l'enfermement des personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Le rapport se base sur des enquêtes françaises, des entretiens avec des professionnels pénitentiaires et des acteurs des mécanismes de veille et de contrôle. On signale le nombre important de personnes ayant des troubles psychiques dans les prisons françaises. L'explication de cette surreprésentation est une inégalité devant la justice pour les prévenus souffrant de troubles psychiques.

⁴¹⁷ Human Rights Watch, 2016, *Op. cit.*

En effet, le code pénal du 1995 a introduit « *l'altération du discernement* » comme « *circonstance atténuante* » sans donner de définition plus précise. Selon les auteurs du rapport, dans la pratique, cette ambiguïté se traduit par des jugements traitant la maladie mentale comme « *circonstance aggravante* », appelant à des peines plus sévères et notamment des peines de prison plus longues. Voici donc une première discrimination dont seraient victimes certains prisonniers :

« Si effectivement les personnes atteintes de troubles psychiatriques ont fait l'objet de sanctions plus sévères du fait de leur handicap et de leur dangerosité perçue et non sur la base de critères objectifs applicables à toutes les personnes jugées coupables d'une infraction pénale, ceci constitue une discrimination fondée sur le handicap qui est proscrite par le droit international des droits humains. »⁴¹⁸

La loi du 15 août 2014 dite « *Loi Taubira* » a tenté d'apporter une réponse à cette problématique en réduisant automatiquement d'un tiers la peine aux condamnés atteints de pathologies psychiatriques. Nous ne savons pas si cela s'est traduit par un changement des pratiques de jugement.

Selon le même rapport, certaines personnes détenues subissent des traitements inégaux au sein même de la détention. En effet, le concept de « mesures » ou « aménagements raisonnables » utilisés par la CEDH ne semble pas se traduire dans les pratiques concrètes. Stigmatisation, isolement et difficile voire impossible accès aux services de la prison, caractériseraient la situation de nombreuses personnes en détention. L'offre de soin en santé mentale est considérée comme inadaptée par les auteurs du rapport. Le double statut, de patient et de détenu, poserait de sérieux problèmes que ce soit en détention ou lors d'une hospitalisation en psychiatrie. L'isolement⁴¹⁹ des personnes malades apparaît comme la forme privilégiée de leur gestion. Cela est valable à la fois en détention, parce que la personne est malade et nécessite protection, et en psychiatrie puisqu'il s'agit d'une personne détenue, potentiellement dangereuse. L'existence des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est saluée dans le rapport, mais l'offre de place y apparaît comme insuffisante.

Les auteurs considèrent que les lacunes d'aménagements raisonnables renforcent le handicap en prison. Les professionnels pénitentiaires ont signalé les difficultés principales de leur travail :

⁴¹⁸ *Ibid.*, p. 2.

⁴¹⁹ Dans le sens de placement en quartier ou en cellule d'isolement.

manque de formation au handicap et un dialogue souvent impossible avec les services médicaux. La sortie, anticipée ou en fin de peine, des prisonnier.e.s psychiatisé.e.s semble poser tout autant de difficultés, leur passé criminel les rendant peu désirables par un secteur médico-social déjà saturé. Le rapport signale que la situation des femmes est d'autant plus préoccupante que leur nombre est faible. Les femmes représentent entre 3 et 4 % de la population carcérale et peu de structures et des dispositifs de prise en charge leur sont destinés.

En outre, u rapport plus récent de Human Rights Watch évoque la situation en Australie⁴²⁰. Selon ce rapport, 50% des détenus dans les prisons australiennes sont handicapés alors que ce taux est de 18% en population générale. A la lecture de ce rapport, décrivant des situations d'abus, de violences, de négligence et d'isolement, on est d'abord étonnée de constater un certain mélange. En effet, on évoque à la fois les personnes handicapées en général, des personnes appartenant aux minorités ethniques, tout en mettant en avant le handicap « psychosocial ». La notion de handicap psychosocial est une notion souvent utilisée par des organismes internationaux, qui ne fait pas partie de la législation française. Si, dans son acception restreinte, elle renvoie aux troubles mentaux, la définition du handicap psychosocial est souvent élargie pour prendre en compte les difficultés sociales dues au milieu dans lequel on vit.

Le rapport signale donc que les minorités ethniques, aborigènes et habitants du détroit de Torres, sont surreprésentées en prison tout en étant une population durement touchée par des handicaps psychosociaux. Le handicap psychosocial semble avoir des liens particuliers avec l'exclusion sociale et la prise en charge plus fréquente par des organismes de contrôle social (psychiatrie, écoles spécialisées, centres de redressement, etc.). En ce sens, il exprime les limites, sociales et culturelles, quant aux différences de comportement. Les membres des minorités ethniques ou les groupes sociaux dominés sont plus souvent affiliés et/ou étiquetés comme ayant des déficiences, notamment psychiques. Ils vivent très tôt en dehors de leur domicile, ont un moindre accès aux services et les supports sociaux. Le rapport signale également que les membres des minorités ethniques ayant un handicap sont incarcérés le plus souvent pour des délits mineurs (petits vols ou trafics, troubles à l'ordre public ou délits au code de la route). Le rapport du HRW rappelle en outre que dans les prisons canadiennes, les populations Autochtones ayant un handicap psychosocial sont aussi surreprésentées.

⁴²⁰ Human Right Watch, *Abuses Against People with Disabilities in Prisons in Australia*, 2018. <https://www.hrw.org/news/2018/02/06/australia-prisoners-disabilities-neglected-abused>

Les constats de ce rapport nous font supposer une vision du handicap, notamment psychosocial, en fonction d'un comportement non conforme à plusieurs normes sociales et qui pourrait être responsable d'une double catégorisation pénale et médicale signe d'une position sociale inférieure. En ce sens, l'enfermement pénal des personnes handicapées comme ne remplissant pas les normes comportementales appropriées peut être envisagé. Ceci semble être le cas en Australie. Cet enfermement qui présente en soi une discrimination n'est pas interrogée dans le rapport, l'objectif étant de connaître la situation à l'intérieur des prisons.

Le rapport donne une image assez complète de toutes les inégalités que peuvent subir les personnes handicapées en prison. Les auteurs signalent d'abord le manque d'identification du handicap en prison. L'identification d'une déficience dépend de la possibilité du détenu qui en est le porteur de la faire valoir auprès des autorités, avec tout ce que cela suppose de non-conscience de son handicap ou de peur de la stigmatisation.

En conséquence, tout comportement, notamment dans les handicaps que nous avons appelé de communication, est interprété dans un sens « disciplinaire ». Il est vu comme une opposition à l'autorité et la réponse donnée est en termes de sanction. Malgré la conscience aigüe de la plupart des professionnels de la vulnérabilité d'une très grande partie de la population, dont ils s'occupent, aucun dispositif n'envisage leur présence – ni matériel (sanitaires, cellules, cuisine par exemple) ni social (pratiques adaptées). A cela s'ajoute le défaut de protection des personnes handicapées. Elles apparaissent dans le rapport comme la cible de diverses violences - sexuelles, physiques ou verbales – tant de la part des personnels que des autres détenus, notamment ceux chargés par l'administration de prendre soin d'eux. Selon ce rapport, en Australie, comme en France, les professionnels ne cessent de signaler un manque de formation quant aux situations de handicap.

Un rapport anglais, un peu plus ancien, signale les mêmes types de difficultés présentées par les détenus ayant des troubles de l'apprentissage⁴²¹. Le groupe étudié était avant son incarcération le plus souvent sans emploi. Un tiers a reçu de l'aide lors des entretiens avec la police et une grande partie déclare ne pas avoir compris pourquoi ils étaient en prison. En détention, leur situation était tout aussi difficile, avec un manque de compréhension des procédures quotidiennes et des formalités administratives. Enfin, le rapport conclut à une discrimination par le handicap non seulement en prison mais sur toute la chaîne pénale.

⁴²¹ TALBOT, J. *NO ONE KNOWS. Identifying and supporting prisoners with learning difficulties and learning disabilities : the views of prison staff*, 2007.

Dans cette série de rapports, nous avons également ajouté les rapports des mécanismes de veille et de contrôle nationaux, tels que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)⁴²² et le Défenseur des droits (DDD)⁴²³. Ils s'inscrivent surtout dans un discours égalitaire et antidiscriminatoire. Les personnes détenues handicapées doivent pouvoir bénéficier de toutes les possibilités offertes aux autres prisonniers : travail, activité, vie familiale, etc. Lorsque cela est impossible à mettre en place, ils peuvent demander une libération.

4.2.3. Principe d'efficacité

Nous avons établi l'existence de ce principe en nous basons sur les rapports de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime⁴²⁴ et les rapports de Penal Reform International⁴²⁵. Ces rapports donnent souvent des indications sur les façons de traduire les principes généraux contenus dans les lois et les réglementations, dans des situations concrètes en prenant en compte leurs difficultés pratiques. Il s'agit de donner des règles de gestion de l'espace et des populations, mais aussi de pratiques de « *mise en conformité* » des prisons avec la législation. Ce sont des véritables manuels de traduction des valeurs et normes générales dans des pratiques quotidiennes et de gestion.

Autrement dit, il s'agit d'une opérationnalisation des valeurs et normes abstraites. Un des rapports de Penal Reform International (PRI) s'intitule même « *Pratiques de la prison. Du bon usage des règles pénitentiaires internationales* »⁴²⁶. Nous ne parlerons pas ici d'entrepreneurs de morale mais plutôt d'une « *opérationnalisation de morale* ».

Certains de ces rapports ont l'apparence de manuels et jouent le rôle de *handbook* à destination des professionnels pénitentiaires. Dans un de ces manuels à l'intention des directeurs de prison l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), après avoir affirmé le « *rôle*

⁴²² Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2011, 2012, consultables sur le site internet du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. <http://www.cgpl.fr/rapports-et-recommandations/rapports-annuels>

⁴²³ Défenseur des droits 2000-2013, consultables sur le site internet du Défenseur des droits. <http://www.apres-tout.org/IMG/pdf/RAPPORT-Defenseurdesdroits-Actionaupresdespersonnesdetenues>

⁴²⁴ Outils de formation de base et programme d'étude à l'intention des directeurs de prison, fondés sur les normes et règles internationales ONU, Office contre la drogue et le crime, 2011. <https://www.unodc.org/unodc/fr/>

⁴²⁵ Consultables sur le site internet. <https://www.penalreform.org>

⁴²⁶ *Pratiques de la prison. Du bon usage des règles pénitentiaires internationales*, 2005, 2013. <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013>

essentiel de la prison dans la société » mais pas prioritaire en tant que politique publique, il est établi que :

« La mesure dans laquelle le système de justice pénale en général et l'emprisonnement en particulier sont considérés **comme une réponse à des problèmes sociaux** est souvent le fruit d'attitudes publiques qui peuvent avoir un impact profond sur l'usage qui est fait des prisons dans un pays donné. »⁴²⁷

La prison apparaît comme une réponse aux problèmes sociaux, un réceptacle des marginalités non gérées par les autres politiques publiques. Une des caractéristiques premières de la population carcérale sont les difficultés sociales qu'elle subit. A l'instar d'autres rapports, notamment ceux du Comité contre la torture, le manuel établit la catégorie des « *détenus vulnérables comme les jeunes, les femmes, les détenus handicapés, les détenus malades mentaux, les détenus malades, et les détenus en attente de procès* »⁴²⁸. Une plus grande attention quant aux besoins spécifiques de ces populations est préconisée. A cette liste, s'ajoutent aussi les condamnés à des peines de mort ou à la perpétuité, les personnes âgées et les étrangers, les homosexuels ou les toxicomanes mais aussi ceux qui se sont rendus coupables de crimes « *odieux tels que le viol et le meurtre d'enfants* »⁴²⁹.

Dans le but de respecter les normes internationales, il est envisagé la création de quartiers spécialement aménagés. Cette gestion de l'espace vise à la fois la protection – une des missions de la prison « *assurer la sécurité à l'intérieur de l'établissement* »⁴³⁰, mais aussi la possibilité de mettre en place des mesures spécifiques. Le devoir d'assistance de l'institution pénitentiaire est mis en avant, c'est-à-dire maintenir en vie et assurer le bien-être des enfermés. De plus, le principe de non-discrimination est posé avec le respect de la différence et la nécessité d'un traitement différencié des populations vulnérables en fonction de leurs besoins spécifiques. D'ailleurs, le rapport préconise des formations à destination des professionnels pénitentiaires quant aux traitements différenciés de certains groupes minoritaires, pour pouvoir tenir un discours cohérent face au groupe majoritaire.

Le soin et les pratiques thérapeutiques destinés aux prisonniers sont envisagés dans deux sens : comme une aide préalable à la resocialisation mais aussi comme l'accès à un droit,

⁴²⁷ *Manuel à l'intention des directeurs de prison*. New York, 2011, Série de manuels sur la justice pénale, p.13. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Handbook/Prison_leaders.

⁴²⁸ *Ibid.*, p. 67.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 87.

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 133.

indépendamment des tentatives de resocialisation. Les auteurs développent une démarche didactique pour montrer la nécessité de mettre en œuvre l'accès aux droits. Un exemple est ainsi donné avec la guérison d'un handicap paralysant : le traitement de ce handicap aurait des conséquences positives pour la réinsertion de son porteur mais ce traitement devrait être mis en place même sans ces considérations, en tant qu'accès à un droit. Cet accès indépendant à toute tentative de réintégration est préconisé en vertu du « *principe de la primauté du droit* »⁴³¹ comme un principe de normalisation.

Le principe d'efficacité cherche à combiner l'exigence de préserver la dignité et l'égalité des personnes incarcérées tout en respectant les missions de la prison, la sécurité et la resocialisation. « *Trouver un équilibre entre Sécurité et Dignité en milieu carcéral : un cadre pour un monitoring préventif* »⁴³², voici le titre d'un autre rapport du Penal Reform International. Le titre même annonce que concilier dignité et sécurité ne va pas de soi. De nouvelles pratiques doivent être élaborées. Le concept de « *sécurité dynamique* » est présenté. Il s'agit d'un concept pénitentiaire qui permet de penser ensemble sécurité et dignité. Il préconise des relations « *positives entre les personnels et les détenus ainsi qu'un traitement équitable [et] des activités utiles pouvant contribuer à leur réinsertion future au sein de la société* »⁴³³.

Le *Manuel de gestion des incidents en prison* de l'ONU préconise même « *une relation positive, fondée sur la dignité et le respect mutuel, et ce conformément aux principes internationaux relatifs aux droits humains et à l'application régulière de la loi* »⁴³⁴. Ce manuel dénonce les pratiques d'isolement pour protection, notamment à destination des personnes handicapées et des minorités sexuelles. Les auteurs attirent l'attention sur le fait que les personnes les plus vulnérables peuvent être exposées à des surveillances accrues pour leur propre sécurité. L'isolement et la surveillance démesurée sont ici considérées comme contraires au respect de la dignité. Le manuel ne donne pas d'indications précises pour concilier l'exigence de sécurité avec la dignité sinon que de « *soigneusement examiner* » les nécessités de ces pratiques avant de les mettre en place.

⁴³¹ *Ibid.*, p. 32.

⁴³² Penal Reform International, *Trouver un équilibre entre Sécurité et Dignité en milieu carcéral : un cadre pour un monitoring préventif*, 2013. https://www.apr.ch/content/files_res/balancing-security-and-dignity-in-prisons_fr-1.pdf

⁴³³ *Ibid.*, p.6

⁴³⁴ Nations Unies, *Prison Incident Management Handbook*, 2013, p.21.

Ces rapports dessinent ainsi la construction d'une « *population particulière* » à la prison. Cette population se détache du groupe majoritaire. Les professionnels doivent travailler à la fois sur des mesures spécifiques et pour l'égalité de traitement.

4.3. Questionner l'ordre pénitentiaire

Les enquêtes produites par des institutions publiques s'attachent à décrire le système pénitentiaire et les caractéristiques des prisonniers mais elles questionnent aussi le dispositif carcéral. Dans ce corpus, sont également inclus les rapports du Sénat⁴³⁵, de l'Assemblée nationale⁴³⁶, du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)⁴³⁷, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁴³⁸, des recherches menées par l'Institut national d'études démographiques (INED), l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ou l'Institut de veille sanitaire (INVS). Nous avons inclus ici les différentes études, françaises et étrangères sur les questions liées la santé⁴³⁹, la maladie mentale⁴⁴⁰, la déficience⁴⁴¹ et la dépendance⁴⁴² en prison pour comprendre comment sont traitées les questions que la présence du handicap en prison pose.

Dans cette partie relative aux enquêtes, le critère est le questionnement sur la présence des personnes handicapées en prison : Combien sont-elles ? Qui sont-elles ? Ont-elles leur place en prison ? Comment les prendre en charge ? Comment l'administration pénitentiaire peut-elle remplir les missions qui lui incombent ? Les professionnels sont-ils assez formés pour prendre en charge des situations de handicap ?

Les rapports des différents organismes constatent, et c'est souvent le but, les insuffisances et les dysfonctionnements du milieu carcéral : le peu de connaissance de la population carcérale autour de ses caractéristiques médicales ou sociales, le manque de personnels que ce soit

⁴³⁵ Sénat, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, 2000.

<https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44918.html> ; Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? 2010. <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4349.html>

⁴³⁶ *Rapport de l'Assemblée Nationale AU NOM DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE sur la SITUATION dans les PRISONS FRANÇAISES*, 2000. <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-eng>

⁴³⁷ CCNE, *Avis n° 94 La santé et la médecine en prison*, 2006. <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>

⁴³⁸ IGAS, *Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, 2015. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf

⁴³⁹ Programme santé des détenus, ARS Hauts-de-France, 2017. https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Programme_sante_des_detenus

⁴⁴⁰ La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et la Pas-de-Calais, Lille F2RSM Psy, 2017. https://www.prison-insider.com/files/6ee59275/rapport_sante_mentale

⁴⁴¹ VALLAS, R. *Disabled Behind Bars The Mass Incarceration of People With Disabilities in America's Jails and Prisons*, 2016. www.americanprogress.org/issues/criminaljustice/reports/2016/disabled-behind-bars

⁴⁴² ORS Basse-Normandie et al. *Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie*, 2007. <http://www.pieros.org/etude/prison-sante-et-vieillesse-enjeux-et-impacts-de-la-detention-pour-les-personnes-de-plus-de-60-ans-etude-menee-aupres-de-detenus-seniors-en-rhone-alpes-auvergne>

pénitentiaires ou médicaux, la surpopulation, la vétusté de certains établissements, la difficulté de communication entre les administrations, le « *télescopage* » entre enjeux pénitentiaires et médicaux, ainsi que la mise en place très localisée des politiques.

Le cas des personnes âgées et malades ainsi que des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique, est régulièrement évoqué comme posant des difficultés particulières. Dans un rapport de l'Assemblée Nationale⁴⁴³, il apparaît comme une question de « *maitrise des flux* », c'est-à-dire limiter l'incarcération des groupes pour lesquels l'environnement carcéral n'apparaît pas adapté. En font partie les mineurs, les étrangers, les toxicomanes, mais aussi les cas psychiatriques et les détenus âgés ou malades. Il est souligné dans ce rapport que « *la mise en place d'établissements spécialisés apparaît incontournable* », tout comme le « *développement de solutions alternatives à l'incarcération* »⁴⁴⁴.

4.3.1. Première enquête d'ampleur : Handicap, Incapacité, Dépendance, volet Prison⁴⁴⁵

L'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » (HID, 2001) couvre l'ensemble de la population (enfants, adultes, personnes âgées), qu'elle vive en ménage ordinaire ou en établissement. La force de cette enquête est de donner une image très complète des différentes facettes qui composent la vie des personnes – le travail, la santé, la vie familiale, la vie sociale, en lien avec la santé. Un volet de cette enquête a été prévu pour le système carcéral. Les prisonniers échappent souvent à ce type d'investigations d'envergure nationale. On peut noter une exception notable, l'Etude de l'histoire familiale des hommes détenus⁴⁴⁶.

Initialement, nous avons envisagé que le volet Prison de l'enquête HID correspondait à l'émergence du handicap en prison comme question politique. Or, en rencontrant Aline Désesquelles – la responsable de cette enquête à l'époque pour l'INED, il est apparu que ce volet correspondait plutôt à une politique scientifique, propre à l'INED, celle d'enrichir les

⁴⁴³ Rapport de l'Assemblée Nationale AU NOM DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE sur la SITUATION dans les PRISONS FRANÇAISES, 2000, *Op. cit.*

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 236 et 251.

⁴⁴⁵ DESEQUELLES, A. 2005, *Op. cit.*

⁴⁴⁶ CASSAN, F., MARY-PORTAS, F-L., KENSEY, A., AUBIN, S., TOULEMON, L., CLANCHE, F., COMBESSIE, Ph., ROSTAING, C., LONGE, E. L'histoire familiale des hommes détenus, *INSEE Synthèses*. 2002.

connaissances sur des populations peu connues. Cette enquête, menée conjointement par l'INED, l'INSEE et le bureau des études de la DAP, reste encore aujourd'hui très peu connue par les professionnel.le.s, même de la médecine, qui pratiquent en prison.

Pour pouvoir comparer avec la population générale, le questionnaire distribué aux prisonnier.e.s a été très peu modifié. Les personnes détenues ont donc répondu, à peu près, aux mêmes questions que les ménages ordinaires. Les résultats de cette enquête montrent une surreprésentation des déficiences, des limitations d'activité et donc du handicap par rapport à la population générale. Ces résultats n'ont pas étonné les chercheur.e.s qui ont construit l'enquête et notamment ceux et celles qui connaissaient le milieu carcéral. Les profils des prisonnier.e.s laissent supposer une surreprésentation des personnes désavantagées socialement. Le cadre théorique de l'enquête HID est basé sur la CIH, déjà évoquée plus haut⁴⁴⁷.

Selon cette enquête, 3 personnes détenues sur 5 déclarent dès le début de l'entretien rencontrer des difficultés quotidiennes : d'ordre physique, sensoriel, intellectuel ou mental. Une personne détenue sur deux souffre, soit de difficultés de se repérer dans le temps et dans l'espace, soit de troubles du comportement, soit d'au moins une incapacité. 45% de la population carcérale souffrirait, selon l'enquête, d'une déficience intellectuelle ou du psychisme. Ce taux est trois fois plus élevé en prison qu'en population générale.

Les autres déficiences sont aussi surreprésentées en prison, avec un écart moindre. Les déficiences motrices s'élèvent à 11% en prison contre 6% en population générale. Les déficiences viscérales et métaboliques concernent un.e détenu.e sur 5 et ce ratio augmente avec l'âge. Les déficiences sensorielles, auditives et visuelles, concernent aussi un.e détenu.e sur 5. Les déficiences du langage et de la parole touchent encore une population plus élevée en prison qu'à l'extérieur, 5% contre 1%.

Les jeunes détenu.e.s sont plus particulièrement touché.e.s par les déficiences intellectuelles et du psychisme, ce qui laisse supposer un « *effet de sélection* » à l'entrée en prison. Mais les prisonnier.e.s plus âgé.e.s présentent généralement moins de déficiences que les mêmes tranches d'âge à l'extérieur de la prison. D'autre part, les origines des déficiences en prison sont le plus souvent accidentelles, alors qu'en population générale, elles font suite à des maladies ou

⁴⁴⁷ Les déficiences représentent l'aspect lésionnel d'une maladie ou un trouble. Par exemple dans le cas de la maladie du diabète, la déficience serait l'altération d'un organe (jambes, yeux) ; l'incapacité serait l'impossibilité de marcher ou de voir ; et le désavantage par exemple l'impossibilité de se déplacer seul. Si pour avoir un désavantage il faut avoir une déficience, toute déficience ne donne pas obligatoirement lieu à une incapacité ni à un désavantage.

au vieillissement. Ces accidents sont plus rarement liés au travail, qu'à des conduites à risques (addictions, accidents de la route) ou des conduites liées à une activité criminelle (bagarres, rixes, fuites, etc.). Ceci laisse supposer un « *recrutement* » de la population pénale parmi des personnes venant des milieux ayant des rapports au corps, à la santé mais aussi au travail, différents qu'en population générale.

Plusieurs personnes interrogées font le lien entre la prison et une déficience – 28% des détenu.e.s attribuent leur déficience au stress lié à l'incarcération et/ou à la détention. L'incarcération renvoie à la coupure avec le monde extérieur et tout ce que cela suppose comme angoisse et isolement. La détention représente la vie lors de l'enfermement. Le stress peut donner lieu aux conduites hétéro-agressives qu'auto-agressives, habituelles en prison.

Un.e détenu.e sur deux a déclaré au moins une incapacité. Les incapacités physiques⁴⁴⁸ concernent 22,7% des prisonnier.e.s, les incapacités de comportement⁴⁴⁹ sont déclarées par 48,9% des détenu.e.s, les limitations d'activité en raison d'un problème de santé touchent 29%. Au total, 68 % des détenu.e.s ont au moins une déficience, une incapacité, une limitation d'activité ou une reconnaissance d'un taux d'incapacité.

Aline Désesquelles présente une typologie constituée de quatre groupes⁴⁵⁰ :

- Un premier groupe sans déficience ou sans incapacité ;
- Le second groupe se caractérisant par une forte surreprésentation des « *déficiences intellectuelles et du psychisme* ». Il s'agit d'un groupe correspondant au « *détenu moyen* », assez jeune, ayant une peine inférieure à 2 ans et incarcéré en Maison d'arrêt.
- Le troisième groupe est celui où les déficiences motrices sont surreprésentées. Ces déficiences s'expriment en difficultés de déplacement, de toilette, habillement alimentation, mais aussi de manipulation. Les difficultés motrices sont cumulées avec d'autres, telles que « *les déficiences intellectuelles et du psychisme* » et « *les difficultés de comportement et d'orientation* ». Dans ce groupe, se trouve la majorité des personnes ayant une reconnaissance du handicap.
- Dans le quatrième groupe, sont représentés les personnes ayant des déficiences sensorielles. Une grande partie ont des difficultés d'entendre, de voir et de parler.

⁴⁴⁸ Difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation / difficultés d'élimination / difficultés de transfert et/ou de déplacement / difficultés pour voir, entendre et parler / difficultés de souplesse et/ou de manipulation.

⁴⁴⁹ Difficultés d'orientation dans le temps, difficultés d'orientation dans l'espace, difficulté de communication, d'autres problèmes de comportement.

⁴⁵⁰ DESESQUELLES, A. 2005, *Op. cit.*

Souvent ces difficultés sont cumulées avec d'autres, les « *déficiences intellectuelles et du psychisme* » ou « *déficiences viscérales ou du métabolisme* ». C'est le groupe le plus âgé.

Aline Désesquelles pose dans l'article traitant des résultats de l'enquête HID une question importante : comment expliquer la surreprésentation des déficiences et incapacités au sein de la prison ? Elle émet deux hypothèses : « *effet sélection de la prison* » ou « *effet délétère de la détention* ».

La première hypothèse est argumentée par les liens étroits et assez directs entre trajectoire judiciaire et trajectoire de santé, notamment dans les cas des addictions (alcool ou toxicomanie), à la fois cause de violences et de problèmes de santé ou bien liés aux traumatismes lors d'une activité criminelle. Un argument plus indirect est le lien établi entre les milieux défavorisés pouvant se retrouver plus souvent en prison et plus susceptibles de développer des incapacités.

L'auteure atténue néanmoins cette hypothèse après une comparaison par structure sociale (profession) des détenu.e.s handicapé.e.s et des ménages ordinaires. Selon elle, « *La sélection sociale à l'entrée en prison n'explique donc pas ou, pour être plus nuancé, très partiellement la prévalence plus forte des incapacités en prison* »⁴⁵¹.

La seconde hypothèse – un effet délétère de la détention – est aussi assez complexe à étudier. Entre les effets physiques de la détention, les effets sur le comportement et les effets sur la perception de soi et son corps, la détention se révèle difficile à étudier. Toutefois, selon l'auteure, la plupart des incapacités déclarées sont antérieures à l'incarcération en cours. Des analyses complexes démontrent que la longueur de la peine a un effet significatif sur l'augmentation de l'incapacité. Finalement, les déficiences deviendraient des incapacités beaucoup plus fréquemment en prison, faute de prises en charge adaptées avant et pendant l'incarcération.

⁴⁵¹ *Ibid.*, p. 86.

4.3.2. La santé mentale en prison

En 2004, ont été publiés les résultats d'une enquête épidémiologique sur la santé mentale en prison⁴⁵². Cette recherche, commandée par la DAP et basée sur des entretiens menés par des binômes de psychiatre et psychologue, avait une dimension exclusivement psychiatrique. La recherche regroupe plusieurs moyens : des questionnaires basés sur le DSM-IV, des entretiens diagnostics basés sur la nosographie française, des tests de personnalité et de capacité cognitive, une échelle de la sévérité des troubles et des questionnaires portant sur les variables sociodémographiques et les antécédents judiciaires ou familiaux.

La recherche se décline sur trois types de populations : une population carcérale générale – des prévenu.e.s et des condamné.e.s de maisons d'arrêt, de centre de détention et maison centrale, en France Métropolitaine et en DOM, des hommes et des femmes ; des primo-incarcéré.e.s dans des maisons d'arrêt avec un suivi d'évolution des troubles à 9 mois et 1 an ; des condamné.e.s à des longues peines, supérieures à 10 ans.

Par le choix des sous-groupes et la méthode mise en place, on peut supposer une tentative de comprendre les liens entre les antécédents socio-judiciaires, les effets de l'incarcération, les effets de la détention et la présence ou le développement de troubles psychiques. Les résultats étant relativement similaires, nous présentons ici ceux qui concernent la population carcérale générale, sauf mention contraire.

Dans un premier temps, sont présentées les variables sociodémographiques :

- un quart des détenu.e.s vivaient seul.le.s avant l'incarcération, 18% en famille ou chez des proches, 58% étaient en couple,
- la plupart est issue de grandes fratries, composées d'aux moins 5 frères et sœurs,
- 43% n'ont pas de diplôme et 38% ont un CAP ou BEP,
- 7 détenu.e.s sur 10 ont déclaré avoir une activité professionnelle avant leur incarcération et 64% durant au moins 2 ans dans les 5 années précédentes.

⁴⁵² DUBURCQ, A., COULOMB, S., BONTE, J., MARCHAND, C., FAGNANI, F., Pr FALISSARD, B. (Direction scientifique) *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*, CEMKA-EVAL, 2004.

Cette recherche donne accès aussi aux résultats liés à un passé de prises en charge spécifiques :

- Avant l'âge de 18 ans 28% des détenu.e.s ont été suivi.e.s par un juge pour enfants et 22% ont fait l'objet d'une mesure de placement,
- 7,5 % bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Ce taux augmente nettement en Centre de détention à 9,3% mais diminue en Maison Centrale 5,2%,
- Plus d'un tiers des prisonnier.e.s ont consulté pour motif psychiatrique avant l'incarcération et 6 sur 10 ont eu un suivi par un psychologue ou un psychiatre. Un quart n'a pas eu de tel suivi,
- 16% des détenu.e.s ont déjà été hospitalisé.e.s pour raisons psychiatriques. Ce taux est de 10% des incarcéré.e.s en maison centrale, 13% en centre de détention et 18% en maison d'arrêt,
- 6% ont été pris.e.s en charge par un dispositif de lutte contre la toxicomanie et 8% de lutte contre l'alcoolisme,
- Un.e détenu.e sur deux interrogé.e a déjà été incarcéré.e par le passé.

Le passé des prisonnier.e.s a été marqué par des lourds antécédents familiaux :

- 42% ont été séparé.e.s d'au moins un de leurs parents pendant plus de 6 mois au cours de leur enfance,
- 34% ont vécu le décès d'un membre de leur famille proche,
- 28% ont subi des maltraitements de nature physique, psychologique ou sexuelle, ce taux montant à 40% pour les femmes ;
- 28% des personnes détenues interrogées ont des membres de leur famille proche qui ont été condamnés à une peine d'emprisonnement,
- 26% des détenu.e.s ont vécu un autre événement traumatisant⁴⁵³ durant leur enfance.

Quant aux troubles psychiatriques, 8 détenu.e.s sur 10 en présentaient au moins un au moment de l'entretien. Les auteurs de l'étude invitent à une certaine prudence, lors de l'interprétation de ces chiffres. Ils montrent bien un pourcentage élevé de personnes en souffrance psychique mais qui, dans les conditions de la détention, peut ne pas être caractéristique d'un état pathologique.

⁴⁵³ Violence, accidents, divorces ou d'abandons, ont été témoins de violence ou d'un meurtre.

Les états dépressifs et les troubles anxieux sont particulièrement surreprésentés : les syndromes dépressifs actuels s'élèvent à 39% ; l'anxiété généralisée est de 31% ; l'agoraphobie est de 17% en moyenne et passe à 25% pour les primo-incarcérés et à 30% pour les femmes et 29% pour les condamnés à des longues peines.

Les détenu.e.s dépendant.e.s aux substances psychoactives représentent une part importante de la population carcérale 30% à l'alcool et 38% à d'autres substances. En maison d'arrêt, ces taux sont de 38% et 43%.

Les troubles psychotiques sont de 24%. Ce taux augmentant à 50%, un.e détenu.e sur deux, en maison centrale. La personnalité asociale est détectée chez 28% des détenu.e.s et les troubles de la personnalité touchent un peu plus d'un tiers de l'échantillon. Le test des troubles de la personnalité est utilisé pour comprendre et expliquer les troubles psychiatriques chez certains détenus. Finalement, « 35% des détenus sont considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades »⁴⁵⁴.

Les enquêteurs ont remarqué que certains profils sont plus souvent présents dans certains types de prison. Mais ils ont constaté par ailleurs que, dans un même type de prison, les maisons d'arrêt par exemple, les populations peuvent varier, selon l'établissement. Pour les pathologies psychiatriques donc, deux effets conjoints existent : l'effet-institution et l'effet-établissement. Fait intéressant, en centre de détention, la gravité et la fréquence des troubles psychiques semblent moins importantes qu'ailleurs, mais les bénéficiaires de l'AAH sont le plus représentés.

L'enquête de la Drees⁴⁵⁵ sur la santé mentale à l'entrée en prison (dans les établissements ayant un Service Médico-Psychologique Régional, SMPR) faisait apparaître que les psychiatres du SMPR détectaient des troubles psychiatriques chez un.e détenu.e.s sur deux. De plus, selon les auteur.e.s : « la prévalence des troubles paraît augmenter avec la durée de condamnation et l'existence d'antécédents judiciaires »⁴⁵⁶. Une grande partie des détenu.e.s, 1 sur 5, a déjà été suivie en psychiatrie avant l'incarcération.

Selon l'enquête de la Drees, les prisonnier.e.s ayant des troubles psychiques présentent des différences à la fois avec le reste de la population carcérale mais aussi avec les patient.e.s en

⁴⁵⁴ *Ibid.*, p.26.

⁴⁵⁵ MOUQUET, M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003, *Études et Résultats (Drees)* 2005/37 ; COLDEFY, M. La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, *Études et Résultats (Drees)* 2005/427

⁴⁵⁶ MOUQUET, M-C., *Op. cit.*

psychiatrie. Ils et elles sont plus souvent incarcéré.e.s, et ce pour des atteintes aux personnes. Ils/elles ont moins souvent un emploi avant l’incarcération. Par rapport aux patient.e.s en psychiatrie, ils/elles ont plus souvent des troubles de la personnalité et notamment des troubles sexuels et des dépendances aux produits psychoactifs.

Cette étude dessine quatre types de profils de détenu.e.s :

- Primo-incarcéré.e.s dans une affaire criminelle souffrant de troubles névrotiques ou de l’humeur. Il s’agit de personnes relativement bien intégrées avant l’incarcération et dont les troubles apparaissent comme réaction à la détention.
- Des problèmes psychiques liés à la consommation de substances toxiques, avec un suivi en psychiatrie, avec un emprisonnement pour des affaires correctionnelles. Il s’agit du groupe le plus marginalisé – sans emploi et souvent sans domicile.
- Des condamné.e.s à des longues peines pour atteinte aux personnes, souffrant de troubles de la personnalité et du comportement et de troubles de l’identité sexuelle. Il s’agit d’un groupe plus âgé, relativement bien intégré et rarement suivi en psychiatrie avant l’incarcération.
- Des détenu.e.s, dont 40% sont mineur.e.s, ayant des courtes peines et des troubles émotionnels et du comportement apparus dès l’enfance. Les membres de ce groupe ont été majoritairement déjà incarcérés et/ou vivaient en institution.

Ces deux enquêtes donnent à voir une population carcérale particulièrement fragile et vulnérable. Elles suggèrent, comme beaucoup d’autres, une population dont les caractéristiques s’écarterent de la norme : une population plus jeune et plus malade, ayant des comportements à risque, sous-représentée sur le marché du travail, surreprésentée dans les institutions de contrôle social.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques semblent interroger depuis longtemps les séparations entre médecine et justice. On voit à travers ces recherches l’entremêlement entre problématiques sociales, comportementales, médicales et judiciaires. Les résultats interrogent les liens entre étiologie sociale de la maladie mentale, la cause psychiatrique de la criminalité et la production de pathologies psychiques par l’enfermement.

4.3.3. Vieillesse et perte d'autonomie en prison

Le phénomène du vieillissement en prison commence à être bien documenté. Il semble correspondre à des évolutions sociales et législatives. Le lien le plus régulièrement fait est l'entrée de personnes plus âgées en prison à la suite de l'allongement du délai de prescription dans les crimes sexuels commis sur un mineur. En général c'est le renforcement des mesures face aux délits et crimes sexuels, correspondant à une indignation sociale qui est désigné comme l'origine de l'augmentation des personnes âgées derrière les barreaux. Elles ont plus souvent des peines de prison ferme, et ces peines prononcées à un âge déjà avancé sont plus longues.

L'allongement général des peines est aussi considéré comme un facteur dans l'augmentation des personnes vieillissantes en prison. Plus généralement, la fin des grâces présidentielles collectives qui avaient donné lieu à quelques scandales, mais qui permettaient aux prisonnier.e.s considéré.e.s comme non-dangereux une sortie anticipée, a mené à une bureaucratisation des procédures. Cette bureaucratisation fait peser sur les prisonnier.e.s la responsabilité de leur sortie, qui s'en trouve, de plus en plus, repoussée.

Les personnes vieillissantes semblent poser problème à l'environnement carcéral particulièrement quand elles deviennent dépendantes. La question du vieillissement est aujourd'hui privilégiée par la DAP. Cette question est considérée comme pertinente pour le champ carcéral. Deux grandes recherches ont été récemment financées par le Ministère de la Justice sur la question⁴⁵⁷. Dans un contexte de pathologisation du vieillissement⁴⁵⁸ où le grand âge apparaît comme l'équivalent d'une maladie, les prisonnier.e.s âgé.e.s représentent la figure du malade plutôt que celle du détenu. D'ailleurs, dans les deux recherches, vieillissement et dépendance physique sont étudiés comme équivalents : ce qui met sur un pied d'égalité une personne ayant par exemple 70 ans mais en bon état de santé et un détenu beaucoup plus jeune mais se déplaçant en fauteuil roulant. Une convention entre professionnel.le.s de médecine et chercheur.e.s fait débiter le vieillissement en prison à l'âge de 50 ans.

⁴⁵⁷ TOURAUT, C., DESEQUELLES, A. *La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*, 2015 ; COMBALBERT, N. (éd). *Étude transversale multicentrique de l'état de santé mentale des détenus âgés et de leur prise en charge pénitentiaire*. 2016.

⁴⁵⁸ THOMAS, H. Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse, *Politix*, vol. 72, no. 4, 2005, p. 33-55 ; CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Armand Colin, 2008.

A la lecture de ces deux recherches, on voit le lien entre ces deux problématiques, le corps vieux et le corps dépendant apparaissent comme « *insupportables* » pour les professionnel.le.s pénitentiaires. Ils/elles semblent s'accorder sur le fait que leur présence est une anomalie pour le milieu carcéral. La question que ces recherches étudient est donc une question posée par l'administration pénitentiaire. Il s'agit d'étudier un problème social tel qu'il est construit par le milieu étudié.

Dans « *Etude transversale multicentrique de l'état de santé mentale des détenus âgés et de leur prise en charge pénitentiaire* »⁴⁵⁹, un volet sociologique est consacré aux pratiques et représentations des professionnel.le.s pénitentiaires – surveillant.e.s et conseiller.e.s – face surtout aux détenu.e.s dépendant.e.s. Les auteur.e.s décrivent comment le corps défaillant exacerbe et rend insupportables les contradictions propres aux métiers pénitentiaires. Leur travail est vu sur deux axes, représentant les différentes « *figures* » que peut prendre un détenu. Sur un premier axe, dit « *politique* », celui-ci prend à la fois la forme d'un ennemi et d'un citoyen, ce qui implique d'être à la fois à l'extérieur et à l'intérieur de la société. Sur un axe « *biologique* », ce sont les figures de la menace et de l'usager qui sont en tension. Le corps défaillant du vieux et du dépendant renforce le tiraillement entre ces axes. Cette tension fait dire aux professionnel.le.s que ce corps n'a pas sa place dans l'univers carcéral. Le volet sociologique montre bien les injonctions contradictoires que les professionnel.le.s doivent régler. Ils/elles ne sont pas formé.e.s pour s'occuper de la dépendance des personnes et n'ont pas la main sur les populations qui entrent en prison.

De la même manière, dans la recherche « *La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »* »⁴⁶⁰, il apparaît que ce n'est pas tant l'âge avancé mais la « *différence* » qu'il représente par rapport aux autres détenus, majoritairement très jeunes, qui crée une spécificité. De plus, dans cette recherche, l'âge des personnes est étudié dans son lien avec des représentations criminologiques – l'âge pouvant assez automatiquement faire catégoriser comme délinquants sexuels ; avec les représentations pénales - l'âge avancé étant confondu avec la longueur de la peine ; enfin – l'âge évoque aussi la problématique de la faiblesse et de la mort en prison.

Même si les auteur.e.s nous préviennent de la grande hétérogénéité du groupe des détenu.e.s « *âgé.e.s* », ce groupe semble tout de même posséder des caractéristiques propres. Comme dans

⁴⁵⁹ COMBALBERT, N. 2016, *Op. cit.*

⁴⁶⁰ TOURAUT, C., DESESQUELLES, A. 2015, *Op. cit.*

le rapport précédant, sont évoquées des situations de tension, de contrariété. On parle « *d'enjeux antinomiques* », de « *professionnels désemparés* » que la présence de ces personnes « *âgées* » met en exergue. Les questions de la spécialisation de certains établissements ou quartiers pour gérer les questions de l'âge et de la dépendance est clairement posée. Ces deux rapports démontrent donc que « *le détenu âgé ou malade* » ne correspond pas à l'image de « *détenu* » que les professionnel.le.s mais aussi que les autres prisonnier.e.s se font.

Toutes ces recherches questionnent d'abord l'existence de personnes handicapées au sein des prisons en les posant comme « *différentes* ». Se pose naturellement la question du « *recrutement* » de la population pénale. Vient ensuite la description du traitement des personnes différentes. Enfin, les effets de l'institution pénitentiaire comme producteur de handicap sont également envisagés.

Ces études font donc apparaître des facettes différentes du handicap. La question est rarement vue dans son acception légale, c'est-à-dire en tant qu'une catégorie de l'action publique régie par la loi 2005, qui inclut une diversité de personnes et des cas liés par une « *limitation d'activité* » et une « *restriction de participation* ». Dans la plupart des recherches, c'est le problème que les corps différents posent au milieu carcéral qui guide les investigations. Le plus souvent, ces problématiques sont vues comme venant d'apparaître suite à l'augmentation des populations « *spécifiques* ». Nous préférons penser que, certes, elles font suite aux multiples évolutions sociales et pénales, mais que ces évolutions sont aussi responsables des manières de les percevoir. Ainsi, l'entrée du droit en prison et les exigences de changements organisationnels qui l'accompagnent nous permettent aujourd'hui de construire certaines populations en « *vulnérables* », « *spécifiques* » ou « *particulières* ». Ce sont surtout les questions que ces populations posent aux autorités carcérales mais aussi à la gestion quotidienne qui les érigent en populations « *spécifiques* ». S'agit-il de contradictions inhérentes au milieu pénitentiaire ou de problèmes éthiques générales ? Les nouvelles normativités des politiques publiques définissent de nouvelles populations et font apparaître de nouveaux enjeux professionnels et identitaires.

Synthèse du chapitre 4

Ce chapitre analyse la manière dont l'avènement du droit contribue à instituer la catégorie du handicap en prison. Il montre, à travers des textes législatifs et des recherches (sociologiques, psychologiques, épidémiologiques), la construction de l'ordre pénitentiaire, l'imposition d'une certaine éthique carcérale et les questionnements que ces derniers suscitent.

Dans un premier temps, nous analysons la figure de la personne handicapée détenue construite par le droit. En effet, plusieurs organismes nationaux et internationaux ont émis des jugements et des préconisations sur les manières de traiter ces personnes.

L'étude de la jurisprudence européenne fait apparaître la formation d'une éthique carcérale liée à la prise en compte des droits humains. Ainsi, l'état de santé des personnes et même leur « bien-être » lors de l'enfermement deviennent une responsabilité des Etats. Autre évolution notable, permettant l'institution du handicap en prison : si au début des années 2000, les procès montraient l'enfermement comme incompatible avec le handicap, dix ans plus tard les Etats sont invités à rendre les lieux de détentions accessibles et d'envisager les besoins spécifiques des détenus.

L'injonction à l'accessibilité, analysée partir des textes de jugement, s'organise autour de la reconnaissance des personnes dans leur dignité par : la prise en compte de leurs besoins spécifiques dans le cas du handicap moteur ; la suspension de peine comme traitement humanitaire dans le cas des maladies invalidantes ; les aménagements organisationnels de la détention dans les déficiences qui provoquent des troubles de la communication (surdité, cécité, troubles du comportement, etc.). L'analyse montre que, totalement absente au début des années 2000, la législation liée au handicap commence peu à peu à être citée et prend place à côté de la législation pénitentiaire.

Ainsi, dans les rapports des différents organismes de veille, le principe d'égalité est le plus souvent mis en avant. Ces rapports s'intéressent au respect des droits individuels et démontrent les lacunes existantes en prison, notamment à l'égard de certaines populations déjà discriminées dans la vie (femmes, minorités ethniques, populations autochtones, etc.). Ces mêmes populations semblent être plus durement touchées par le handicap, notamment psychosocial et surreprésentées en prison (à l'exception des femmes). Les effets du handicap et de l'incarcération semblent s'aggraver mutuellement dans ces parcours marginalisés.

Le principe d'efficacité est mis en avant dans les manuels de prise en charge de la population pénitentiaire. Un grand nombre d'ouvrages se propose « d'opérationnaliser » les principes généraux évoqués précédemment. Ainsi, ces ouvrages donnent des indications sur les manières organisationnelles de concilier les valeurs socialement énoncées et les contraintes de la détention.

Enfin, les recherches scientifiques mettent en évidence des questionnements et problématiques plus généraux. Elles s'interrogent sur la surreprésentation de personnes handicapées au sein de la prison comme un « effet de recrutement » ou un « effet pathogène de la prison ». Elles recherchent les déterminismes sociaux dans la conjonction entre l'enfermement et les déficiences relatives au psychisme notamment. Enfin, elles posent la question des liens entre la prise en charge du handicap et les dynamiques professionnelles.

Synthèse de la première partie

Cette première partie, par le fait de se décentrer du milieu pénitentiaire, a permis de construire l'objet handicap en prison, comme un objet mouvant et dépendant des évolutions historiques, des changements relatifs au droit et des nouvelles règles qui régissent les politiques publiques. Ainsi, les quatre chapitres dont est composée cette partie se complètent, en présentant sous différents angles, la manière dont le handicap en prison s'institue. L'ethnographie multi-située l'appréhende en tant qu'objet se construisant dans plusieurs espaces et temporalités, permettant une compréhension des phénomènes qui se jouent au sein des établissements pénitentiaires et dans le vécu des prisonniers (éléments qui sont développés dans la deuxième et la troisième partie).

On voit ainsi se former de nouvelles normativités qui ajoutent et révèlent des contradictions tant pour les professionnel.le.s que pour les personnes détenues. Les définitions de la vulnérabilité et de la responsabilité deviennent flottantes et interrogent de plus en plus la capacité ou non de « *faire face* » et « *d'agir sur soi-même* » et la ligne de démarcation entre capables et incapables. Protection et punition sont des tâches de plus en plus imbriquées et de plus en plus chargées sur le plan normatif et en termes de valeurs. Ces nouvelles normativités sont à la fois plus contraignantes et plus floues. Elles demandent de la souplesse, de la réflexivité, des connaissances et des manières d'être « *spontanées* », tant aux professionnel.le.s qu'aux prisonniers.

Dans ce cadre, le premier chapitre développe l'émergence des catégories d'analyse au fil de la recherche, indissociables de la construction de l'enquête et le cadre conceptuel. La conceptualisation permet de voir que le handicap en prison se produit et s'institue donc dans plusieurs espaces et démontre la nécessité de combiner l'analyse synchronique (chapitre 2) des catégories de l'action publique à une autre diachronique (chapitre 3), ainsi qu'à l'analyse de la constitution des catégories juridiques (chapitre 4) pour mieux saisir l'objet.

Le deuxième chapitre traite donc du handicap et de la peine de prison comme des catégories de l'action publique à une échelle macrosociale et socio-politique. Il s'agit de poser un regard synchronique sur différents phénomènes qui rendent l'objet handicap en prison socialement signifiant, notamment au travers de la notion de « *capacité* ».

Le troisième chapitre traite le handicap et la peine de prison d'une manière diachronique et expose les catégories qui les lient et les opposent. Le regard de l'histoire donne à voir les évolutions de certaines normes sociales et la persistance d'autres. Ainsi, l'analyse montre que la question que personnes détenues et handicapées posent à la société est : « Sont-elles capables d'agir sur elles-mêmes ? ».

Le quatrième chapitre donne accès au traitement juridique de la question du handicap en prison par les organisations internationales de défense des droits, les tribunaux et les Cours de justice, les organismes de veille mais aussi des études scientifiques. Ce chapitre analyse l'actualisation des normes, valeurs et contradictions autour de la question du handicap en prison, le rendant ainsi socialement signifiant.

La partie suivante de cette thèse révèle les pratiques visant à construire un « *nouvel ordre pénitentiaire* » en codifiant certaines populations comme « *spécifiques* » et en établissant de nouvelles conventions sociales.

Deuxième partie. L'ordre pénitentiaire à l'épreuve du handicap

Après avoir vu les composantes contextuelles de la recherche, cette seconde partie nous plonge dans l'univers carcéral. Celui-ci est étudié d'une manière générale. Les différents chapitres sont ainsi centrés sur le travail des professionnel.le.s et leurs catégorisations, mais aussi sur les tentatives de restaurer la relation carcérale perturbée par le handicap.

Cette partie est basée sur les données issues des ethnographies réalisées dans les quatre prisons et notamment les entretiens avec les professionnel.le.s, ainsi que l'observation de leurs pratiques. Nous analysons ces matériaux sous l'angle de la sociologie pragmatique, à travers les interactions et les conventions à l'œuvre.

Le chapitre 5 décrit la manière dont les détenus handicapés perturbent la relation carcérale et la nécessité de passer d'une convention carcérale à une convention plus centrée sur la protection des individus. Le chapitre 6 décrit les régimes d'actions pour restaurer relation carcérale. Le chapitre 8 analyse les configurations qui se forment dans chaque établissement pour normaliser et socialiser le handicap à l'univers pénitentiaire.

5. D'une « convention en renommée » à une « convention de protection »

Ce chapitre montre comment le handicap remet en question, en rendant visibles, les « conventions » qui régissent la vie carcérale. Nous utilisons le mot convention non seulement dans son sens ordinaire, d'habitude ou de norme de comportement, mais surtout dans le sens développé par la théorie des conventions. Une convention est l'accord tacite ou explicite entre tous les acteurs en présence qui régit à la fois les relations qu'ils contractent, leurs appuis moraux et les justifications qu'ils donnent à leurs actions. C'est aussi un cadre interprétatif général, ayant pour base une certaine vision du bien commun. A travers une convention, les acteurs sociaux mesurent et classent les personnes, hiérarchisent aussi les actions et les types de relations.

Dans ce chapitre nous montrons comment le handicap perturbe l'ordre pénitentiaire, à la fois rituel et normatif. Les prisonniers dits handicapés peinent à être intégrés dans la convention carcérale et apparaissent comme des figures illégitimes, invalidant ainsi les pratiques habituelles. Ils obligent l'univers carcéral à adopter une autre convention, la convention « *de protection* ». Ce chapitre, comme les suivants de cette partie, est particulièrement centré sur le monde des professionnels.

5.1. Le handicap comme « épreuve »

Le prisonnier handicapé défie les catégorisations usuelles, que ce soit celles qui relèvent du sens commun, de l'action publique ou celles régissant l'ordre pénitentiaire. Déjà mentionné en méthodologie, la théorie ancrée a permis de débiter l'analyse dès le recueil des données et de pointer l'effort de catégorisation que faisaient les professionnel.le.s pendant les entretiens.

Dès le début du recueil des données, nous avons remarqué une incertitude lorsque nous présentions notre sujet de recherche. Nous avons donc noté et étudié toutes les réactions que ce sujet provoquait avant même la demande d'un entretien. Une moitié des personnes rencontrées annonçait qu'il n'y avait pas ou qu'il ne devait pas y avoir des personnes avec handicap au sein de la prison. Près d'un tiers a expliqué qu'il ne pouvait pas s'agir de handicap lourd, notamment physique. Moins d'un quart a déclaré ne rien avoir à dire, soit par méconnaissance du sujet, soit parce que « *pour être en prison on a quand même quelque chose qui ne va pas, comme un handicap* ».

Pour les professionnel.le.s, initialement, le handicap est considéré, soit comme un état incompatible avec la peine, soit que la gravité doit être une ligne de démarcation, soit comme une « *tare* », un signe de déviance. Lors des conversations qui vont suivre, qu'elles soient informelles ou formalisées en entretien, ces visions seront amendées, affinées et ajustées. Un même professionnel convoquera au fil de l'entretien ses trois catégories.

Parmi les professionnel.le.s interviewé.e.s, un seul (dans une direction interrégionale) a parlé du handicap comme d'un phénomène normal. Ce dernier a évoqué des difficultés et des prises en charge du handicap en général. Les autres professionnel.le.s n'auront de cesse d'évoquer des exemples qui les interrogent ou les perturbent. Nous avons appelé ces descriptions des « *anecdotes* ». Le discours institutionnel autour du handicap n'existant pratiquement pas ou étant rapidement épuisé, il restait aux professionnel.le.s les histoires où leurs pratiques ont été interrogées, voire bousculées par une situation qu'ils/elles décrivaient comme une situation de handicap.

Nous ne donnons pas de définition péjorative du mot anecdote, tout au contraire. L'anecdote⁴⁶¹ est loin d'être une histoire insignifiante puisqu'éloignée des discours construits et généralisant.

⁴⁶¹ RENARD, J-B. De l'intérêt des anecdotes, *Sociétés*, 2011/vol. 114, no. 4, p. 33-40. Jean-Bruno Renard rappelle cette phrase de Nietzsche issue de *La Naissance de la philosophie à l'époque de la tragédie grecque* : « *À l'aide de*

Il s'est agi ici de mettre dans un même ensemble les descriptions des pratiques « *non ordinaires* » en prison qui mettaient en lumière les contradictions qui entourent le traitement du handicap. En effet, nous avons constaté que les « *anecdotes* » racontées venaient mettre en scène non seulement les prisonniers handicapés, mais aussi les relations entre les corps professionnels et surtout les dilemmes éthiques.

Quelques caractéristiques de l'anecdote semblent très importantes : les aspects inédit, exemplaire et relatif aux émotions. La dimension inédite parce qu'il ne s'agit pas de discours habituellement tenus devant des journalistes ou devant une commission officielle. Lors de la description de certains « *cas* », les professionnel.le.s ont cherché à nous montrer la complexité et la difficulté à laquelle ils/elles faisaient face lorsqu'ils/elles avaient à prendre en charge une personne qu'ils/elles considéraient comme handicapée. La dimension émotive, parce qu'elle cherche à susciter une réaction en mettant en scène des faits effrayants ou, au contraire, rassurants tout en montrant l'exceptionnalité de ces cas. La dimension exemplaire, car elle met en jeu des catégories de personnes et des catégories d'action – ces récits se terminent souvent par « *comment faire quand quelqu'un est très malade, mais il est encore potentiellement dangereux ?* » ou « *parfois, pas toujours, protéger la société et défendre un détenu c'est contradictoire* ».

Dans tous les cas, les anecdotes liées au handicap en prison mettaient toujours en scène un moment où les mécanismes habituels se grippent et où il n'y a pas de manière d'agir institutionnalisée. Aucune anecdote ne nous a été racontée pour démontrer l'évidence de la prise en charge du handicap en prison. Même lorsque nous parlions d'un aménagement qui existait depuis une vingtaine d'année, les professionnel.le.s le décrivaient comme « *un bricolage et pas un vrai dispositif* », ainsi que « *choquant* » ou « *inapproprié* », renvoyant à la dimension émotive évoquée du registre de l'anecdote.

La faible généralisation des discours et des pratiques autour du handicap nous a permis d'envisager que ce dernier se construit plus particulièrement dans les interactions interpersonnelles. Le handicap se révélait par le fait d'interroger l'organisation de la vie

trois anecdotes, on peut faire le portrait d'un homme ». Il propose de définir l'anecdote par six caractéristiques : *Un récit (genre narratif), Bref (genre narratif bref, comme la fable, l'histoire drôle...), Relatant un fait ou un propos peu connu (étymologie d'« anecdote », en grec « non publié », « inédit »), Curieux (amusant, surprenant, horrible, émouvant...), Raconté comme vrai (et qui peut être vrai, faux ou douteux), Et exemplaire (c'est-à-dire illustrant un trait de caractère d'un personnage ou les mœurs d'une catégorie de gens ou d'une époque, pour les réprouver ou pour les admirer).*

quotidienne en prison et l'institution carcérale dans ses principes éthiques. Les anecdotes étaient témoin d'une épreuve, comme le dit Cyrille Lemieux en décrivant ce concept :

« Est épreuve, en somme, toute situation au cours de laquelle des acteurs font l'expérience de la vulnérabilité de l'ordre social, du fait même qu'ils éprouvent un doute au sujet de ce qu'est la réalité. »⁴⁶²

Le plus souvent, ces deux plans sont entremêlés autour de ce que nous avons appelé *l'ordre pénitentiaire* et de la *convention carcérale* qui le sous-tend. Dans tout ce que nous venons de décrire, d'un point de vue organisationnel et institutionnel, le handicap semble se détacher de la déficience. En effet, une déficience peut ne pas devenir un handicap si celle-ci ne remet pas en cause l'ordre social. Voici un extrait du journal de terrain décrivant cette situation :

Extrait du journal de terrain « *ça ne perturbe pas la détention* »

Aout 2015, Maison centrale. Lors d'une attente d'un détenu pour l'entretien, je me trouve dans le bureau des surveillant.e.s responsables des parloirs. Nous discutons à bâtons rompus : le temps, les vacances, ma nationalité. Puis, le surveillant me dit :

J'ai pensé à votre étude. Par exemple, je pensais que vous alliez voir Monsieur X, parce que je suis allé l'autre jour en détention et j'ai vu qu'il était en fauteuil roulant. J'ai demandé aux collègues, ils m'ont dit, non ça va, il se débrouille seul, il peut se lever et marcher un peu, il se débrouille tout seul pour son fauteuil, pour entrer et sortir, pas de problème, pour nous il n'est pas handicapé. Il a pas besoin qu'on s'occupe de lui particulièrement, et il trouve quelqu'un pour l'aider s'il va au parloir. Donc, ce n'est pas que c'est pas très grave mais c'est quelque chose qui peut se faire sans trop perturber la détention. Apparemment, quand on lui a parlé de votre étude, il a dit que non, ça ne le concerne pas.

Mais j'ai vu que vous alliez à « l'aile aménagée ». Là-bas, on dit que c'est pour le handicap mais ils ne sont pas tous handicapés. Il y a des vrais. Mais, il y a deux ou trois, c'est des gens, on ne sait pas trop comment faire, ils n'ont pas de handicap mais ils ne survivraient pas longtemps dans une détention normale, entre guillemets. [Il enchaîne ici sur le fait que souvent, ce sont des personnes qui ne veulent pas bouger du lit, qui n'ont aucune hygiène, qui refusent tout alors que physiquement ils sont tout à fait capables. S'ensuit une discussion sur comment on gérait ce type de problèmes dans l'ancien temps et qu'on n'admettait pas le laisser-aller]

⁴⁶² LEMIEUX, C. *La sociologie pragmatique*. Paris : La Découverte, 2018, p. 40.

Lorsque les implications de la déficience peuvent être assumées sans grande difficulté par celui qui en est le porteur, cela ne semble pas relever du handicap pour les professionnel.le.s. Cette conversation extraite du journal de terrain établit clairement une séparation entre une déficience et un handicap. La déficience gérée par les prisonniers ne demande pas à l'institution une remise en question des pratiques. Alors que le handicap, même si les prisonniers dont nous parlons avaient des déficiences, semblait moins important par rapport à la « *perturbation de la détention* » qu'ils provoquaient.

De plus, lorsqu'une situation exige les efforts conjoints de tous les métiers, elle semble devenir « *handicapante* », selon la phrase utilisée par les professionnel.le.s :

« *Quand on ne sait pas comment faire, c'est pas notre métier, on est pas formé, on demande aux médecins, ils disent « secret professionnel », oui on peut le dire que ça devient un handicap.* » (Cheffe de bâtiment, quartier maison d'arrêt « courtes peines », Centre pénitentiaire)

La gravité non pas de la déficience, mais de sa possibilité de perturber l'ordre devient donc « *un handicap* » pour les professionnel.le.s. Le handicap est inscrit, produit et rendu significatif dans les relations institutionnelles ou quotidiennes. Il se présente d'abord à travers le désordre et le trouble mis en exergue par les anecdotes.

5.2. L'ordre rituel et les rôles professionnels

L'ordre rituel décrit ce qui est habituel et commun, attendu et quotidien. Sa perturbation est surtout ressentie par les professionnels car elle remet en cause leur métiers. Dans un premier établissement où nous mettons en place la recherche, le handicap nous a été présenté comme ce qui peut créer du désordre.

« On peut le dire, ces situations, ça nous 'handicape', sans mauvais jeu de mot. Tout simplement parce que nous ne pouvons pas faire notre travail comme d'habitude. » (Responsable du SPIP, Centre pénitentiaire)

Dans les autres prisons, de même, quand on évoque des situations de handicap, c'est pour parler de celles qui enrayent la mécanique carcérale. Bien sûr, tous les désordres en prison ne sont pas le fait des prisonniers handicapés. Au contraire, beaucoup de situations sont prévues et anticipées :

« Avec les mecs qui sont violents ou qui veulent s'imposer, des fois, c'est un règlement de comptes, des conflits entre bandes. Ça, on sait faire. On peut dire, c'est le cœur du métier. Avec un mec en fauteuil ou qui ne comprend pas ce qu'on lui dit, ça, on n'a pas idée comment faire. » (Surveillant gradé, quartier maison d'arrêt « prévenus », Centre pénitentiaire)

Il y a donc un désordre qui fait partie de l'ordre carcéral : les stratégies accompagnées de violence n'étonnent personne en prison. Le métier de surveillant revient à les anticiper, éventuellement les contrecarrer et enfin, les sanctionner. Un autre surveillant gradé nous confie un jour, lorsque nous faisons un bout de chemin ensemble, qu'il aime beaucoup son métier, à cause, justement, de cette dimension conflictuelle :

« Pourquoi j'aime mon métier ? Parce que j'aime les conflits, j'aime les tensions, faire attention, observer, anticiper. Les rapports de force, résoudre les tensions, ça me plaît. Toujours dans l'action, mais pas bêtement. Toujours réfléchir. » (Surveillant gradé, Maison centrale)

Nous percevons, à partir de cet exemple, un sentiment de maîtrise et de contrôle que ce surveillant éprouve dans les « tensions » de son environnement professionnel. Au contraire, à l'évocation de l'aile où vivent les prisonniers considérés comme handicapés, il nous donne la

phrase habituelle : « *Ah, c'est dur, on ne sait pas vraiment comment faire. C'est vraiment compliqué, ces situations, on ne maîtrise pas grand-chose.* »

Dans presque tous les entretiens enregistrés avec des professionnel.le.s appartenant au corps de métier des surveillant.e.s, ces dernier.e.s cherchent à orienter la conversation vers des sujets qu'ils/elles valorisent et maîtrisent mieux : le terrorisme, la radicalisation, le renseignement pénitentiaire, les fouilles, la gestion des conflits et autres questions de criminalité et de sécurité.

Le désordre, il s'agit de le gérer et de le contenir. Il est tout à fait attendu, inhérent à la vie en prison. Ce désordre est réfléchi et théorisé dans la formation des personnels pénitentiaires. Il est aussi constamment évoqué, lors du travail au quotidien. Plusieurs fois, il nous est arrivé de nous trouver dans un bureau au sein de la détention où des surveillant.e.s font et rendent compte de leur travail. A ce moment, ils/elles nous prennent à partie pour nous expliquer et justifier la rationalité de leurs actions.

Pendant ces moments, nous ne parlions jamais directement de handicap et avons consigné ces situations dans le journal de terrain. Leur présence se révèle importante parce qu'elles permettent de comprendre les bases ethnométhodologiques de notre enquête, ancrée dans les pratiques observées et les procédures ordinaires. Les actions quotidiennes sont considérées comme relevant d'un certain ordre et d'une rationalité : elles sont banales, routinières et intelligibles et donc facilement compréhensibles par les autres acteurs⁴⁶³. La présence dans ces bureaux nous a permis d'avoir accès aux pratiques qui instituent constamment l'ordre rituel⁴⁶⁴.

Les professionnel.le.s semblent tout à fait préparé.e.s pour le désordre inhérent à leur travail. Cela fait partie même des apprentissages. L'extrait suivant témoigne de l'apprentissage à sélectionner les phénomènes pertinents :

« C'est vrai qu'on nous apprend quand même des techniques, faire attention, comment se positionner quand on ouvre ou on ferme une porte pour ne pas se faire attaquer, comment parler à quelqu'un qui est énervé, mais si on n'est pas allé en prison, on ne sait rien. C'est ici qu'on apprend, c'est les collègues qui nous disent « celui-là il n'aime pas ça », « celui-ci, ne lui parles pas trop, parce qu'il peut s'énerver ». Mais surtout, c'est les détenus qui vont t'apprendre comment faire, c'est vraiment eux. Petit à petit, tu vas apprendre à voir quand ils sont défoncés, quand ils sont énervés, quand ils vont

⁴⁶³ GARFINKEL, H. Le programme de l'ethnométhodologie. In : DE FORNEL, M. (éd.) *L'ethno-méthodologie – Une sociologie radicale*. La découverte, Paris. 2001, p. 31-55.

⁴⁶⁴ GOFFMAN, E. *Les rites d'interaction*, Paris : Les Éditions de Minuit, 1974.

avoir une crise. Et même, si tu ne remarques rien, c'est là qu'il faut faire attention (rires). On ne sait jamais. » (Surveillant gradé travaillant dans les services administratifs, Maison d'arrêt)

Mais ce désordre intégré contribue à rendre invisible d'autres phénomènes. Comme le dira un peu plus tard ce même surveillant : « *En gros, on est concentré sur ceux qui mettent le bordel. Les autres, on les oublie* ».

L'attente du désordre fait partie donc du métier de surveillant, puisque les fonctions principales qui lui sont attribuées sont le maintien de l'ordre et la sécurité⁴⁶⁵. Même si la réinsertion fait officiellement partie des missions du personnel de la surveillance, la définition de celle-ci reste très floue. Elle est floue dans sa description légale, mais aussi dans les manières de l'enseigner. Selon Guillaume Malochet :

*« Ce qui prime désormais dans la formation des surveillants, c'est la volonté de normaliser les pratiques et les représentations des élèves en les ordonnant à la seule dimension sécuritaire de leur activité. »*⁴⁶⁶

Une fois sur place, les surveillant.e.s apprennent le jeu sur la règle. En effet, leur travail pratique est moins celui de faire respecter les règles que de jouer avec les règles⁴⁶⁷. Un surveillant nous explique :

« Moi j'ai choisi le métier parce que c'est carré, et moi je suis carré-carré. On me donne les ordres le matin et je les suis. Mais ce n'est pas comme ça, quand on arrive, on voit que c'est pas comme ça. C'est un coup à droite, un coup à gauche. Il faut être prêt et il faut improviser. On ne peut pas faire carré. On travaille avec des gens. » (Surveillant responsable de la sécurité, Maison centrale)

Le métier s'apprend dans l'activité et ses ajustements quotidiens, mais aussi et surtout dans les remarques des collègues expérimentés, comme on peut le voir dans l'extrait du journal de terrain qui suit.

⁴⁶⁵ CHAUVENET, A., ORLIC, F., BENGUIGUI, G. *Le monde des surveillants de prison*, Paris : Presses universitaires de France, 1994.

⁴⁶⁶ MALOCHET, G. Les surveillants de prison : marges du travail, travail sur les marges. *Idées économiques et sociales* 2009/4 (N° 158), p. 44.

⁴⁶⁷ BENGUIGUI, G., CHAUVENET, A., ORLIC, F. Les surveillants de prison et la règle, *Déviance et société*, 1994 Vol 18, n° 3, p. 275-295.

Extrait du journal de terrain « *Quand c'est calme, c'est le plus dangereux* »

Novembre 2016, Maison d'arrêt. J'attends un surveillant gradé pour mener un entretien. Je suis dans un bureau où officie le surveillant d'étage, souvent en début de carrière. Il est responsable de l'étage où sont les bureaux, chargé d'appeler les prisonniers qui ont des rendez-vous 'audience' avec des CPIP ou autres. Je rencontre ici un surveillant gradé, responsable du travail, déjà vu en entretien. Il est ici pour avoir des 'audiences' avec des prisonniers qui se sont absentes de leur travail. Nous nous connaissons et discutons un peu de l'enquête. Ensuite, on se pose devant une grille qui nous sépare du reste de la détention et on observe les entrées et les sorties. Le surveillant gradé donne des conseils au plus jeune : « *notre métier, c'est l'attente, patience et observation, c'est le plus important, il faut savoir observer. On ne dirait pas, mais si on a bien observé on est prêts aussi quand ça commence à bouger. Il faut faire attention avec les détenus, il ne faut pas avoir peur, mais il ne faut pas non plus être trop tranquille. Ce n'est pas parce que quelqu'un a l'air inoffensif qu'il n'est pas dangereux. Parfois c'est même les plus dangereux. Mais toujours dire bonjour à tout le monde, de la même manière. Et, ça on le sait, quand c'est calme que c'est le plus dangereux.* » [Il continue en donnant des conseils précis sur les manières d'agir si un prisonnier ne dit pas bonjour, si un autre cherche à discuter etc.]

Ces propos que nous avons entendus fréquemment semblent servir entre personnels de se rendre compte mutuellement de l'activité, des pratiques conformes et de se mettre d'accord sur l'évidence de l'ordre des choses et les manières les plus appropriées pour agir⁴⁶⁸.

Qu'il s'agisse d'empêcher les évasions, les émeutes, les attitudes « *auto ou hétéro-agressives* », selon le vocabulaire de la détention, les surveillant.e.s ont le choix entre différentes attitudes selon les situations : de sanction et/ou de négociation. Le commun demeure l'observation constante du comportement des détenus et l'exigence de gestion de la détention. Par ailleurs, ils/elles nous font remarquer qu'ils/elles se savent aussi observés :

« *Dans notre travail, il faut observer. Mais ne pas oublier. Savoir qu'ils [les détenus] nous observent aussi. Et eux, ils ont le temps, donc, quand on agit, il faut aussi savoir qu'on n'est pas seuls à les observer.* » (Surveillant responsable de la sécurité, Maison centrale)

⁴⁶⁸ GARFINKEL, H. *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : Presses Universitaire de France, 2007. Selon Garfinkel, la possibilité de rendre compte, la « descriptibilité » de son activité est une des bases de la vie en société.

L'« *ordre pénitentiaire* » est donc un certain « *ordre rituel* »⁴⁶⁹. Les acteurs/trices en présence ont des contraintes et doivent se comporter d'une certaine manière. Les rituels de l'interaction, socialement organisés par un ensemble de règles sous-jacentes, sont connus et font sens pour eux. S'y retrouvent toutes les composantes du « *work face* », « *travail de face* » ou « *travail de figuration* »⁴⁷⁰ décrites par Goffman. Dans cet ordre, seule l'interaction de face à face a une importance, les autres dimensions de la personne ne sont pas prises en compte. Comme le dit Goffman dans *Les rites de l'interaction* :

« *Il se peut que le principe fondamental de l'ordre rituel soit la face et non la justice, ce pourquoi l'offenseur reçoit non pas ce qu'il mérite, mais ce qui permet momentanément d'appuyer la ligne d'action où il s'est engagé, et, au-delà, la ligne d'action sur laquelle il a engagé l'interaction.* »⁴⁷¹

Goffman fait la différence entre *l'ordre rituel* et *l'ordre social*. Si, selon l'auteur, l'ordre social est proche de l'univers scolaire où il s'agit de faire ses preuves dans le travail et l'effort et où toutes tricherie et malhonnêteté sont punies, dans l'ordre rituel, ces considérations n'ont plus cours. La base de l'ordre rituel est d'assurer la fluidité de la vie sociale. Par conséquent, l'apparence des acteurs et leur comportement doivent correspondre à des rôles préétablis.

Ainsi, trouver un téléphone⁴⁷² « *à l'intérieur d'une personne* » n'est pas du tout une chose inquiétante en prison. Cela permet d'ailleurs de se dire que les choses sont « *entrées dans l'ordre* », comme le montre l'extrait du journal de terrain qui suit :

Extrait du journal de terrain, « *Les choses sont entrées dans l'ordre* »

Février 2016, Centre pénitentiaire. Réunion « situations de santé » qui a lieu dans les locaux de l'unité sanitaire et qui regroupe personnels médicaux et pénitentiaires. Il s'agit de discuter ensemble sur des situations complexes qu'on pourrait appeler de vulnérabilité.

Cadre de santé : Et Monsieur R. comment il va ? Il a toujours besoin d'un suivi ?

[Monsieur R. avait une surveillance spécifique parce que très « *fragile* » en arrivant en prison. Il était considéré « *à risque de suicide* ». Apparemment, son comportement « *toujours dans la plainte* » le rendait très difficile à vivre pour les autres prisonniers. Il était donc menacé aussi de violences.]

⁴⁶⁹ GOFFMAN, E. *Les Moments et leurs hommes*, Textes réunis et présentés par Yves Winkin, Paris : Points Essais, 2016.

⁴⁷⁰ GOFFMAN, E. *Mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*. Paris : Les éditions de Minuit, 1973, p. 43.

⁴⁷¹ GOFFMAN, E., 1974, *Op. cit.*, p. 41.

⁴⁷² Le téléphone portable est interdit et sa possession est sanctionnée en prison. Dans les faits une grande partie des détenus semblent posséder un téléphone qu'ils ont « fait entrer en prison » de différentes manières, y compris l'introduction dans certains orifices. Ce qui justifie les fouilles à corps après les interrogatoires.

Cheffe de détention : Il me semble qu'il va mieux. J'ai cru voir qu'il avait une sanction disciplinaire.
Chef de bâtiment : Oui, on l'a trouvé avec un téléphone. On peut dire qu'il a pris ses marques. Il est adapté. [Rires]
Cheffe de détention : avec un téléphone à l'intérieur de lui. [Des bruits qui expriment le dégoût de la part des personnels médicaux]
Chef de bâtiment : Oui, en plus, il a répondu à un surveillant. Donc je pense qu'il va mieux. Il s'est adapté à la prison, les choses sont entrées dans l'ordre.

Ce qui fait désordre est plutôt la « *fragilité* » de ce prisonnier qui, ne possédant pas les codes sociaux relatifs à la prison, avait besoin d'être protégé et particulièrement surveillé. Au moment où son comportement prend la couleur du monde pénitentiaire, même s'il s'agit d'un comportement prohibé, il se retrouve situé dans l'ordre rituel.

L'ordre rituel possède donc sa propre normativité. Ceux qui ne font pas le « *travail de figuration* »⁴⁷³, qui consiste à chercher à sauvegarder la face, la sienne et celle des autres, sont les infracteurs de l'ordre rituel en prison. Leur comportement est considéré comme irrationnel et ne rentre pas dans la convention carcérale. Comme le dit Goffman, « *Le souci de sauver la face, surtout la sienne propre, constitue la prise que l'ordre rituel a sur une personne* »⁴⁷⁴.

La vie en prison, ou en tout cas en institution, ajoute une contrainte supplémentaire : les interactions non souhaitées et menaçantes ne peuvent pas être évitées. Alors qu'à l'extérieur :

« *La vie sociale est fluide et ordonnée dans la mesure où les gens se tiennent volontairement éloignés des lieux, des sujets et des moments où ils seraient importuns ou bien rabaissés. Ils coopèrent à sauver la face, estimant qu'il y a beaucoup à gagner à ne rien risquer.* »⁴⁷⁵

Le fait d'être enfermé ajoute une contrainte de plus. Le travail de figuration doit se faire constamment. Dans le cas contraire, cela devient un point de faiblesse liée à l'incapacité à satisfaire aux codes de la prison. Le fait d'accomplir des actions apparemment sans sens dans l'économie des relations pénitentiaires rend d'abord différent et cette différence est assimilée à

⁴⁷³ GOFFMAN, E. 1973, *Op. cit.*, p. 43.

⁴⁷⁴ GOFFMAN, E. 1974, *Op. cit.*, p. 38.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 40.

une situation de handicap. Les actions dont on perçoit les visées stratégiques et tactiques sont fortement valorisées dans un milieu qui fonctionne par « *un système de privilèges* »⁴⁷⁶.

Dans une conversation avec une cheffe de bâtiment, cette dernière affirme :

« Monsieur X, par exemple, que vous allez voir parce qu'il voulait vous voir, il est simplet, il a l'âge mental pas très élevé. Bon, il se trouve qu'il est au QD [quartier disciplinaire], mais il y est souvent. Et on ne sait pas pourquoi. Lui-même ne sait pas pourquoi, il fait des crises. Il ne veut pas réintégrer [entrer dans sa cellule] ou ne veut pas sortir, on sait pas ce qui lui passe par la tête. On lui explique mais il devient violent. Lui, c'est pas du tout la même chose que quelqu'un qui fait entrer des téléphones, drogue ou cherche à organiser [de contestation, une émeute]. Eux, ils savent bien pourquoi ils vont au QD [quartier disciplinaire], et nous aussi, on sait. » (Cheffe de bâtiment, quartier maison d'arrêt, Centre pénitentiaire)

Le handicap est relié à l'incapacité d'agir d'une manière intelligible dans et pour le monde pénitentiaire. Pour le dire autrement, si on accepte, à la suite d'*Asiles*⁴⁷⁷, qu'en hôpital psychiatrique, ce sont les « *adaptations primaires* » et surtout « *secondaires* » qui engagent une personne dans la « *carrière morale du malade mental* », en prison cela semble être également le cas. Il est en effet attendu des prisonniers qu'ils se comportent et qu'ils transgressent l'ordre d'une certaine manière. Sans aller jusqu'à parler d'un « *code du détenu* »⁴⁷⁸, un cadre conventionnel semble régir les conduites et leur donne une couleur morale.

Selon Goffman, il n'y a pas de « *châtiment* »⁴⁷⁹, dans l'ordre rituel. Si sanction il y a, il s'agit le plus souvent de stopper ou de réorienter l'interaction défaillante. Mais, on voit avec le dernier exemple qu'en prison l'effet de l'institution transforme l'infraction à l'ordre rituel en infraction à l'ordre social, en appliquant des sanctions disciplinaires. Dans les entretiens avec les détenus qui ont un traitement pour des troubles psychiques, ce lien est évident. Ainsi, pour mettre en avant l'amélioration de leur état de santé, ils font valoir le fait de ne plus aller « *au mitard* ». En prison, ordre rituel et ordre social semblent se confondre.

⁴⁷⁶ GOFFMAN, E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit, 1968.

⁴⁷⁷ *Ibid.*

⁴⁷⁸ WIEDER, L. Dire le code du détenu. Enquêter sur l'organisation normative d'une institution carcérale. In : CEFAI, D. (éd) *L'engagement ethnographique*. Paris : EHESS, 2010, p. 183-215.

⁴⁷⁹ GOFFMAN, E. 1974, *Op. cit.*

La prison pénale n'est pas un endroit où l'on enferme les personnes parce qu'elles ne respectent pas les conventions sociales habituelles. Au contraire, le « *code* » de la prison suppose des personnes qui manifestent leur opposition délibérée et clairement assumée à un système. Ces personnes ont donc les moyens, physiques et intellectuels pour commettre ces actes.

Lorsqu'un désordre arrive, il est susceptible d'être associé à un handicap. Il bouscule les rites quotidiens, qu'il s'agisse des apparences ou des routines. Lorsqu'on parle du handicap, les professionnels évoquent toutes les populations « *spécifiques* » à la prison : transsexuels ou transgenres, particulièrement vulnérables ou particulièrement dangereux, à risque de suicide ou à risque de se faire agresser, *incontrôlables* ou *pénibles*, prisonniers ayant des troubles psychiques ou mentaux, ceux qui ont besoin d'aides particulières. Une population hétéroclite, mise en catégorie par le fait de brouiller le cérémoniel carcéral. Toutes ces situations sortent de l'ordre rituel et pour cela même, pour nous parler d'eux, les acteurs/trices ont besoin de nous raconter des cas précis, des histoires, des anecdotes⁴⁸⁰.

⁴⁸⁰ BONICCO, C. Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive, *Philonsorbonne* [En ligne], 1 | 2007, mis en ligne le 20 janvier 2013, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/102>

5.3. L'ordre normatif et le rôle du détenu

Les personnes qui ont des déficiences ne se contentent pas de mettre du désordre dans les interactions en face à face. Elles troublent aussi l'ordre pénitentiaire. Si nous avons vu le désordre comme relevant de l'interaction, le trouble ajoute un questionnement identitaire et éthique.

L'irruption du handicap révèle « *l'arrière-plan* »⁴⁸¹ des interactions carcérales. « *L'arrière-plan* »⁴⁸² est une notion souvent utilisée en sociologie des interactions et en ethnométhodologie. Il s'agit, lorsque nous observons une interaction, de prendre en compte tout ce que nous ne voyons pas et qui n'est pas accessible à la compréhension dans les interactions : les représentations et les savoirs incorporés qu'ont les acteurs. « *L'arrière-plan* » ne doit pas être confondu avec la métaphore du « *décor* » ou des « *coulisses* »⁴⁸³ utilisé par Goffman qui décrit les éléments de la scène y compris ceux qui sont invisibles pour le public. « *L'arrière-plan* » est constitué de toutes les connaissances, significations et savoirs qui soutiennent les interactions, sans être évoqués explicitement. Il nous donne accès « *à la connaissance de sens commun des structures sociales* »⁴⁸⁴. Dans le cas de la prison, l'arrière-plan est constitué par la connaissance de l'organisation des différentes juridictions (médicales, judiciaires, sociales) en France, l'état de la criminalité, les procédures bureaucratiques dans leur établissement, les relations hiérarchiques, la connaissance pratique de ce qu'est un vrai détenu et les rapports à établir avec lui, d'une connaissance sur la structure genré du monde. Selon Garfinkel, l'arrière-plan c'est « *Ce Que Chacun De Nous Sait Nécessairement* »⁴⁸⁵ et ce savoir préfigure les rôles à jouer et les attentes envers les autres.

Pour agir, professionnel.le.s et détenus prennent pied sur leurs connaissances des « *profils* » des prisonniers et des relations entre les corps de métier, mais aussi sur des principes éthiques. Nous appelons principes éthiques les systèmes de valeurs professionnelles établies dans des règlements ou codes de déontologie. Les interactions sont donc doublées de significations qui sont formulées seulement lorsqu'un risque existe de « *rupture de définition* »⁴⁸⁶. Les « *arrière-*

⁴⁸¹ GARFINKEL, H. 2007, *Op. cit.*, p. 115 et 120.

⁴⁸² *Ibid.* p. 120.

⁴⁸³ GOFFMAN, E. *Mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris : Les éditions de Minuit, 1973.

⁴⁸⁴ GARFINKEL, H. 2007, *Op. cit.*, p.149.

⁴⁸⁵ *Ibid.* p.120, Les majuscules sont de l'auteur.

⁴⁸⁶ GOFFMAN, E. *Mise en scène de la vie quotidienne. 1. Op. cit.*, p. 21.

plans » servent à projeter des définitions des personnes et donc des situations qui les impliquent. Selon Goffman, les personnes ayant certaines caractéristiques sociales ont à la fois le droit et l'obligation morale de se comporter et de s'attendre à ce que les autres se comportent avec eux en fonction de ces caractéristiques⁴⁸⁷.

Le prisonnier, par exemple, doit présenter une certaine image, non seulement pour lui-même, mais surtout pour ne pas rompre les définitions que se font les professionnel.le.s et les autres détenus d'eux-mêmes. La présence même de personnes qui n'ont rien de l'image de force, de la ruse et de la stratégie questionne donc l'identité des professionnel.le.s et des détenus. L'extrait suivant d'un entretien avec un détenu semble particulièrement parlant.

Extrait du journal de terrain « *Rien que de me voir, c'est comme si je leur vole quelque chose* »

Aout 2015, Maison centrale. Monsieur Vannart est lourdement handicapé. Il est en fauteuil roulant et a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne. Il vit dans une aile aménagée, d'où il ne sort que pour aller à l'infirmerie. Il est aidé par une aide-ménagère qui vient une fois par jour en semaine et quotidiennement par un détenu-aidant. En discutant sur sa vie en prison, il me dit : « *Quand ils me voient [surveillants et détenus], dans mon fauteuil, ils sont comme des chiens enragés, comme des chiens à qui on a arraché quelque chose de la gueule. Sans rien faire, rien que de me voir, c'est comme si je leur vole quelque chose.* »

M. Vannart, par son image même, semble priver les autres détenus et même les surveillant.e.s d'une représentation normative qu'il se donnent. Sa présence au sein de la prison les dérange parce qu'elle les questionne sur l'ordre, qui leur semble naturel, des choses. Mais l'image de ce détenu semble même leur faire violence dans le sens où elle leur volerait la possibilité de maintenir une image d'eux-mêmes, valorisée et valorisante.

De plus, cette présence questionne les relations qu'ils établissent. C'est un moment d'« *expérience de rupture* », selon les mots de Garfinkel, c'est-à-dire un moment pendant lequel la vie sociale perd brusquement sa marche et son apparence naturelles. Garfinkel a utilisé le « *breaching* »⁴⁸⁸ comme méthode presque expérimentale pour rompre volontairement l'ordre quotidien – les routines et le sens donné aux situations de la vie – et ainsi montrer quel est « *l'arrière-plan* » des situations. Il s'agit de révéler quelles sont les « *attentes réciproques* »⁴⁸⁹,

⁴⁸⁷ GOFFMAN, E. *Ibid.*, p. 21.

⁴⁸⁸ GARFINKEL, H. 2007, *Op. cit.*

⁴⁸⁹ *Ibid.*

jamais exprimées car naturalisées, dans chaque situation. En l'occurrence, Monsieur Vannart ne correspond pas aux attentes que l'on peut avoir d'un détenu, perturbe l'ordre rituel et questionne l'ordre normatif. Il le sait :

« Quand on est comme ça, comme moi, on ne peut pas sortir et on ne peut pas parler avec les autres, on les dérange. À tout moment, on les dérange. « Qu'est-ce que tu fais ici ? qu'est-ce que tu fais en prison ? t'as rien à faire ici ? » Ils ont que ça à la bouche. Je ne sors plus, je reste dans la cellule, je regarde par la fenêtre. Comme ça au moins, je suis tranquille et eux aussi, ils sont tranquilles. (Vannart, 66 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Ainsi, la violence avec laquelle la seule image de certains détenus interroge l'ordre rituel les oblige à ajuster leur comportement et leurs attentes pour ne plus constituer « *une gêne* », comme le dit M. Vannart.

La question même de la recherche – le handicap en prison – a comme résultat cette rupture. Ceci nous a permis d'entrevoir de quoi est constitué « *l'arrière-plan* » de la prison, telle qu'elle est pensée et accomplie par les acteurs – professionnels et détenus – dans leurs actions quotidiennes. Parler du handicap constituait en soi une expérience de rupture des définitions et des situations naturalisées et révélait le fond des significations prises pour évidentes dans ce milieu.

5.4. Qu'est-ce que la « convention en renommée » ?

La convention en renommée correspond une convention traditionnelle au sein des prisons. Nous l'avons « découverte » dans les discours des professionnel.le.s, lorsqu'ils/elles signalent « l'impossibilité » de prendre en charge des personnes handicapées dans les prisons.

Vers la fin de la phase exploratoire, nous avons eu des contacts avec un ancien directeur de la DAP. Nous avons transcrit et synthétisé l'échange téléphonique :

Extrait du journal de terrain, novembre 2016 « *La personne handicapée détenue provoque un retournement des représentations* »

Je lui demande un point de vue général sur la question. Il sépare sa réponse en trois phénomènes généraux :

1. L'approche de la question est extrêmement complexe. La représentation psycho-collective des personnes détenues est celle de la faute et de la responsabilité. Le handicap donne une position de victime, de quelqu'un qui est affligé par quelque chose sans que cela soit sa faute. La personne handicapée détenue provoque un retournement des représentations. Elle prend le contre-pied de la caricature et nous oblige à en sortir. Le handicap fait sortir le détenu de sa faute.

2. Le handicap en prison pose de manière brutale la question : comment gère-t-on le handicap dans la société en général ? Dans la société, la personne handicapée a deux types d'appuis : les protections sociales, les lois, mais aussi la solidarité de proximité. En détention, tout est très compliqué. La solidarité doit être appliquée plus que dans la société. Or, ce n'est pas possible. La personne handicapée en prison est une atypie. Elle demande d'appliquer de la solidarité dans un environnement fait de violences et de rapports de force. Le handicap en prison brouille les cartes.

3. Certains détenus sont des manipulateurs – peuvent utiliser cela pour améliorer leur sort. Dans la société, ce n'est pas forcément le cas. De plus, une grande partie des personnes handicapées sont âgées et auteurs de crimes sexuels. Cela vient encore plus opacifier le sujet. Car le délinquant sexuel n'est pas aidé par ses codétenus. D'où la nécessité de dispositifs particuliers pour ces personnes.

Cette discussion comme celles déjà évoquées dans le chapitre 2 avec des représentants des associations de personnes handicapées, permettent de prendre conscience que le champ carcéral et le champ du handicap sont guidés, selon les personnes impliquées, par des conventions sociales différentes et parfois même opposées. Cela se vérifiera dans les entretiens avec les professionnel.le.s et détenus. Le mot de convention n'est bien sûr jamais utilisé lors des

entretiens. Ainsi, on nous parle souvent de « *deux doctrines opposées* », de « *milieux qui n'ont rien à voir* », de « *méthodes qui ne se ressemblent pas* », du handicap en prison « *comme point d'achoppement entre différentes logiques* ».

5.4.1. La sociologie des conventions

Au fil de l'enquête, ces deux conventions se sont dessinées avec précision. Nous utilisons ici le concept de convention dans le sens des *Economies de la grandeur*⁴⁹⁰ élaboré par Boltanski et Thévenot. C'est une théorie complexe issue d'autres disciplines que la sociologie, mais qui se base sur « *l'héritage des philosophes pragmatistes américains (Dewey, James, Peirce) via George Herbert Mead et Erving Goffman* »⁴⁹¹ qui propose de prendre au sérieux le point de vue des acteurs et notamment les « *opérations critiques* » qu'ils effectuent, les justifications qu'ils donnent à leurs actions.

*« L'ouvrage de Luc Boltanski et Laurent Thévenot d'abord nommé Les économies de la grandeur puis De la justification, dans son édition définitive, a proposé les fondements théoriques d'une nouvelle sociologie d'abord centrée sur les opérations de critique et de justification soumises au jugement public et impliquant une épreuve de réalité avec un monde matériel environnant. »*⁴⁹²

Une convention a un sens plus élargi et plus complexe que dans le sens commun. Selon la définition de l'article introductif à un numéro consacré à la sociologie des conventions :

*« Les conventions peuvent être appréhendées comme des cadres interprétatifs mis au point et utilisés par des acteurs afin de procéder à l'évaluation des situations d'action et à leur coordination. [...] [Elles] sont des cadres collectifs sur lesquels les acteurs prennent appui dans leurs conflits et leurs évaluations en public. »*⁴⁹³

Les auteurs de cet article comparent et distinguent les conventions des « *cadres de l'expérience* » goffmaniens. Ces derniers sont attachés à la capacité des acteurs de reconnaître

⁴⁹⁰ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard, 1991.

⁴⁹¹ DIAZ-BONE, R., THEVENOT, L. La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises, *Trivium* [En ligne], 5 | 2010, consulté le 4 novembre 2019, p. 2. <http://journals.openedition.org/trivium/3626>

⁴⁹² *Ibid.*, p. 2.

⁴⁹³ *Ibid.*, p. 4.

les caractéristiques d'un événement et d'adapter leur comportement à une situation. La sociologie des conventions, tout en se basant sur les interactions, la cognition et l'activité de coordination de l'action, se propose de les référer à des formes culturelles « *stabilisées* » et plus générales. Par différence avec les « *cadres de l'expérience* » d'Erving Goffman, une convention est une forme établie collectivement et explicitement dans une société. C'est à partir de plusieurs théories de philosophie politique que les personnes et les événements sont qualifiés et évalués.

Selon les auteurs⁴⁹⁴, par différence avec les économistes, une convention n'est pas seulement la résolution d'un problème organisationnel. Elle n'est pas non plus une manière « *incorporée* »⁴⁹⁵ d'agir, mais une forme de réflexivité et de critique pour « *lire* » et se positionner face à certaines situations : « *ils sont donc à même de juger de l'adéquation des conventions aux situations réelles et de leur mise en œuvre en situation* »⁴⁹⁶.

Les trois notions majeures du paradigme conventionnaliste sont « *l'épreuve* », la « *catégorisation* » et le « *bien commun* ». Dans notre cas, l'épreuve est l'expérience de l'incertitude lorsqu'on est en face d'un prisonnier handicapé. Cette expérience reconfigure les manières de penser et de coopérer. Elle se réfère aux opérations cognitives de classification ou de catégorisation des personnes, mais aussi des opérations morales d'évaluation et de justification, relevant du bien commun.

L'incertitude crée en prison ce que Lorna Rhodes appelle des « *angoisses taxinomiques* »⁴⁹⁷ à propos des prisonniers considérés comme malades mentaux. Les catégorisations propres de deux univers se trouvent brouillées. Enfin, la vision de bien publique est très présente tant dans le monde du handicap que dans celui de la prison avec des notions telles que « *liberté* », « *sécurité* », « *solidarité* », etc. Dans les deux cas, une multitude de théories existent (cf. chapitre 3). Dans les entretiens ou les conversations informelles, des sédiments de ces théories sont toujours à l'œuvre.

En utilisant le cadre conceptuel proposé par Boltanski et Thévenot⁴⁹⁸, dans *De la justification*, et en analysant les discours de prisonniers et de professionnel.le.s, nous avons pu modéliser ces

⁴⁹⁴ *Ibid.*

⁴⁹⁵ *Ibid.*

⁴⁹⁶ *Ibid.*, p. 5.

⁴⁹⁷ RHODES, L. Qui décide ici ? Le comportementalisme dans le système carcéral américain, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1860>

⁴⁹⁸ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. 1991, p. 177.

deux conventions qui, selon les acteurs, s'opposent. Il s'agit de la « *convention en renommée* » qui est une convention typique pour l'univers carcéral et de la « *convention de protection* » considérée comme typique pour le champ du handicap. Or, au vu des dernières évolutions du droit (chapitre 4), l'univers carcéral est tenu à se conformer aussi à une « *convention de protection* ».

Le tableau qui suit montre comment ont été construites les deux conventions.

Tableau 3 Caractéristiques des cadres conventionnels dans l'univers carcéral

Caractéristiques	Convention en renommée	Convention de protection
Principe de justice (ou de grandeur)	Faire sa peine avec dignité	Faire des efforts pour être autonome
Rationalité	Pénale-carcérale	Médico-juridique
Bien commun	Réputation Visibilité Privilèges	Solidarité Droits Savoir revendiquer ses droits
Grandeur (traits valorisés)	Force, puissance, visibilité, stratégie, responsabilité	Adhésion et effort pour correspondre aux valeurs sociales
Petitesse (traits dévalorisés)	Faiblesse, Invisibilité, Ne pas compter dans son milieu	S'opposer aux normes sociales valorisées, Individualisme, Violence
Les épreuves	Le regard de l'autre	Demander et accepter le soin

Nous avons donc caractérisé chaque convention selon six dimensions. Le principe de justice est celui selon lequel on mesure les personnes - si en prison il est important de ne laisser aucun soupçon de dépendance, dans la convention de protection il est important de démontrer des efforts pour être autonome et donc la capacité de rechercher des appuis. La rationalité exprime la logique de traitement – toujours centrée sur la peine pour les prisonniers, et sur les traitements médicaux pour les personnes handicapées. Le bien commun est ce qui est valorisé dans les deux univers – réputation, visibilité et privilèges pour la convention en renommée, solidarité, droit et possibilité de les revendiquer pour la convention de protection. Dans la première convention, il est important d'être fort, puissant et stratégique, dans la seconde il est préférable de montrer son adhésion aux valeurs sociales. L'épreuve qui caractérise la convention carcérale est le regard que les autres portent sur la personne et sa place sur l'échiquier social. Pour la convention de protection c'est plutôt le rapport au soin, à l'aide et à l'assistance qui constituent une épreuve.

Dans le sens de Boltanski et Thévenot, le monde carcéral, dans son quotidien, semble correspondre à « *la cité de l'opinion* »⁴⁹⁹, tandis que la convention autour du handicap a été modélisée à partir de « *la cité civique* »⁵⁰⁰.

Dans la cité de l'opinion, les personnes et les objets sont liés par une convention qui valorise la force et le respect accordé par les autres. Cette convention est inspirée des écrits de Hobbes, pour qui la grandeur principale des personnes, c'est leur renommée. Être connu et respecté, apprendre à se faire respecter apparaît comme une des préoccupations premières en prison. C'est à partir de ce principe que les personnes se jugent et établissent leurs relations.

Dans la *cité civique*, tirée des écrits de Rousseau et son Contrat social, les relations sont subordonnées à quelque chose de plus grand que les hommes - les lois collectives – que tous doivent respecter. Le bien public semble être l'autonomie garantie par les lois.

La directrice d'une prison, où se trouve un dispositif innovant de prise en charge des personnes ayant un handicap psychique ou mental, s'exprime sur la manière de concilier ces deux logiques :

« Dans l'état actuel, il n'est pas possible de mettre en place la loi de 2005, ou si on veut le faire, il faut s'écarter de la doctrine, celle de travailler pour l'autonomie et l'autonomisation des personnes. Nous avons des gens « sous-main de justice », ça veut dire déjà qu'ils ne sont pas autonomes, ils sont détenus. Et après, c'est à la direction de la prison, et à personne d'autre, de décider qui travaille et qui est sanctionné en prison. Et ce n'est pas en fonction du handicap que se prend la décision. C'est vraiment le point d'achoppement. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

L'autonomie en prison ne renvoie pas aux mêmes dimensions que dans le champ du handicap. En prison, est considéré comme autonome celui qui a compris et accepté les « *faits reprochés* », celui qui exécute sa peine d'une manière « *stratégique* » et qui participe *de facto* à l'ordre carcéral. Ainsi, comme le dit un détenu :

« Mon problème, c'est que j'ai été trop dans « je dois faire ma peine, je suis un homme. Je ne me mêle pas trop aux autres, je fais ma peine ». Ça, c'est bien pour le juge, mais

⁴⁹⁹ BOLTANSKI, L. THEVENOT, L. 1991, *Op. cit.*, p. 126.

⁵⁰⁰ *Ibid.*, p. 137.

pas pour la détention. Ils se sont habitués [les professionnel.le.s en détention mais aussi les autres détenus]. Tu ne poses pas de problème, on ne te calcule pas. Ce que j'aurais dû faire, c'est ouvrir ma gueule dès que je suis arrivé, avoir quelques incidents, avoir une réputation. Comme ça, ils te respectent, ils savent que tu es là. Y a des détenus, ils arrivent, ils s'énervent. Ils passent au prétoire, mais après ils ont des droits. Alors que moi, j'ai trop pris sur moi. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Ainsi, dans un monde régi par la « *réputation* », il ne faut pas faire partie des « *oubliés* » ou des « *invisibles* ». La violence est utilisée comme moyen de gestion de sa détention pour obtenir un statut et des droits.

Les prisonniers *invisibles* sont parfois assimilés aux personnes handicapées, tout simplement parce que, dans les systèmes de classements, ils se retrouvent tout en bas ou parfois même hors classement. La citation suivante explique ce processus :

« C'est vrai que ce n'est pas facile pour eux. Mais parfois, le handicap ou la maladie, ça peut leur permettre de passer une détention tranquille. Comme ils ne sont pas trop dedans, ils ne se mêlent pas aux autres, ben, ils n'ont pas de problème. Ça peut devenir des victimes, c'est pour ça aussi qu'il faut les séparer. Après, il y a les psychiatriques, c'est plus compliqué. Eux, c'est clair, avant de savoir qu'il y a un problème il y a quelques sanctions disciplinaires. Après, quand tu sais qu'il est fou, tu fais différemment, tu ne fais pas comme tu fais avec les autres. Tu le mets de côté. »
(Directeur adjoint, Maison d'arrêt)

Ainsi, si on ne peut pas faire partie de l'économie relationnelle en prison, « *on ne te calcule pas* », mais éventuellement « *tu passes une détention tranquille* ». Autrement dit, certaines personnes handicapées ne comptent pas et ne peuvent pas s'inscrire dans cette convention par réputation. Cette impossibilité à s'inscrire dans la convention carcérale est confirmée par un haut cadre de la DAP dans une conversation informelle :

« On ne peut pas faire avec le handicap. Parce que ça demande de donner des privilèges – et nous, ce n'est pas dans notre doctrine de donner des privilèges comme ça. Nous, c'est le principe d'égalité entre les détenus. Et quand un détenu a montré qu'il avait travaillé et compris sa peine, c'est là qu'on peut donner quelque chose. »

Plus trivialement, un surveillant nous explique que « *la base c'est, il faut montrer patte blanche* ». La reconnaissance du handicap renvoie à l'octroi de droits à partir de principes

éloignés de la convention en renommée, qui est en vigueur dans le monde carcéral, au point que cela semble presque impossible à envisager en pratique.

Tout comme le comportement en détention, les actes commis peuvent jouer dans les classements et ainsi contribuer à la place attribuée et donc sur les possibilités d'agir ultérieures. Lors des conversations informelles, des chefs de bâtiments affirment :

« Bien sûr qu'on s'appuie sur les gens de la grande criminalité, du milieu, comme on dit. Leur nom déjà, ça impose le respect. Il suffit de mettre un détenu très agité qui fait beaucoup de bruit dans une cellule à côté d'un « gros profil » et déjà on est plus tranquilles. » (Chef de bâtiment, quartier Maison d'arrêt « Prévenus », Centre pénitentiaire)

La renommée apporte aussi des avantages particuliers et c'est autour d'elle que se crée le système des privilèges.

5.4.2. Un « système de privilèges »

Goffman ne donne pas de définition du système du privilège mais il le décrit comme faisant partie intégrante de toute institution d'enfermement. Ce système est basé sur le règlement officiel et surtout sur les punitions et les faveurs au quotidien⁵⁰¹.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la convention carcérale est remise en question par la question des personnes « atypiques » en détention, qui peuvent avoir des droits spécifiques. Mais cette convention est aussi minée de l'intérieur par la présence d'une population pénale très jeune, turbulente et « sans respect », même si celle-ci est, bien entendu, très fréquente en prison aujourd'hui. Il s'agit de jeunes hommes souvent considérés comme très violents et/ou ayant des troubles du comportement qui ne semblent avoir ni la connaissance ni l'envie de respecter les codes. Leurs comportements, qui ne se basent pas sur la convention en renommée peuvent faire basculer vers un régime de violence⁵⁰². Les prisonniers handicapés, de même, parce qu'ayant

⁵⁰¹ GOFFMAN, E., 1968, p. 95.

⁵⁰² Le 7 mai 2019 le premier quartier spécifique, Unité pour détenus violents, a ouvert dans la région pénitentiaire du Nord, avec comme idée de dupliquer cela dans toutes les régions. Ces unités s'adressent aux « auteurs de violences « ordinaires », qui, souvent, ont du mal à accepter l'autorité et gérer leur frustration ». <http://www.leparisien.fr/faits-divers/prison-on-s-est-trop-peu-interroge-sur-les-causes-de-la-violence-des-detenus-07-05-2019-8067525.php>

des droits spécifiques, non liés au système de privilèges qui est le principe de justice en prison, bousculent le régime établi par cette convention. Dans la convention de protection, ce n'est plus la *renommée* basée sur la force physique et mentale qui joue dans l'obtention des avantages, mais plutôt la nécessité d'être aidé qui précède l'octroi des droits. Un droit spécifique devient alors un « *avantage* » non mérité. M. Péliissier le dit :

« Ils sont jaloux, c'est comme ça. Ils ne veulent pas être infirmes comme nous, ils se moquent de nous, ils nous évitent. Mais les portes ouvertes [dans cette maison centrale, les seuls qui ont le droit à avoir les portes de leurs cellules ouvertes dans la journée sont les prisonniers de l'aile aménagée, puisque le reste de la détention leur est inaccessible], ça, ils n'arrivent pas à l'avalier. Ils ne veulent pas voir qu'on est infirme. Non, pour eux, on a des privilèges, et on ne les mérite même pas. Parce que pour eux on est des sales et des malades ». (Péliissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

La thématique de la réputation semble importante aussi pour les professionnel.le.s qui agissent en détention. Ils/elles le déclarent d'une voix : « *l'autorité ne se demande pas, ne se décrète pas, elle se gagne, au jour le jour, dans la conduite, dans les décisions qu'on prend* » (Chef de bâtiment, Maison d'arrêt). Elle est en lien avec le système de privilèges. Sanctionner ou non un prisonnier qui perturbe l'ordre carcéral remet intégralement leur travail en question :

« Il y a des choses, tu les laisses passer, tu ne reviens plus en détention, c'est clair, tu ne peux plus tenir ta détention. Mais il y a des choses, un détenu qui t'insulte, mais tu sais qu'il est malade, qu'il doit être en psychiatrie et pas ici. Comment tu fais ? C'est au cas par cas, ça dépend, mais il faut toujours réfléchir. A partir du moment où tu sais que c'est quelqu'un qui est malade, tu ne peux plus agir comme si c'est un détenu ordinaire. » (Adjoint au chef du bâtiment, quartier maison d'arrêt, Centre pénitentiaire)

Ainsi, le question du handicap plonge professionnel.le.s et détenus dans une « zone d'incertitude ». La convention par renommé n'est plus opérante, et la convention de protection est difficile à envisager.

5.4.3. Une « zone d'incertitude » entre deux cadres conventionnels

Lorsque les professionnel.le.s pénitentiaires rencontrent une personne atypique s'ensuit une sortie du cours ordinaire des choses, un désordre. S'ensuit aussi un questionnement sur le principe de justice et un trouble éthique.

Ce sont les deux composantes devant lesquelles le handicap met les acteurs – du désordre et du trouble. La convention sur laquelle l'organisation quotidienne et symbolique est basée se trouve remise en question. Dès lors, la qualification des personnes et des relations entre elles ne relève plus de l'évidence. Il en résulte pour l'organisation carcérale une zone d'incertitude⁵⁰³. Il s'agit ici d'une zone non pensée par l'institution. C'est autour de cette zone – à la frontière de deux conventions sociales et à l'intersection de plusieurs éthiques professionnelles – que la question du handicap en prison va devoir se régler. La complexité, nous disent les acteurs/trices, apparaît lorsqu'ils /elles ne savent pas comment faire :

« Les gens en fauteuils roulant, personne ne nous a parlé. Moi, avant de venir ici, je n'imaginai même pas. J'avais une autre image des détenus. Et, aujourd'hui, même si je veux faire quelque chose, je ne peux pas. Je ne sais pas comment faire avec un fauteuil. » (Surveillant travaillant à l'infirmerie, Maison centrale)

Le fauteuil roulant ne correspond pas à l'image que l'on se fait du détenu, il est même vu comme contraire au métier pour lequel on s'est préparé. L'extrait suivant nous apprend que même si la formation inclut la thématique du handicap⁵⁰⁴, elle reste encore très peu liée aux problématiques vécues par les professionnel.le.s du monde pénitentiaire :

« Oui, on nous avait dit qu'il peut y avoir des situations. On nous a donné les documents. Moi, avant de venir, je pensais savoir comment faire. Tu fais une convention avec une association, tu appelles la MDPH. Mais ce n'est pas ça du tout. L'hôpital refuse d'accepter un détenu. La MDPH ne répond pas et le détenu ne veut pas de l'aide qu'on a mis 10 mois à lui obtenir. Comment faire ? J'ai demandé à des collègues, ils m'ont dit

⁵⁰³ BERNOUX, Ph. *La sociologie des organisations*, Paris : Seuil, 1985. ; CROZIER, M., FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1981.

⁵⁰⁴ Nous n'avons pas eu d'information confirmée. Selon certains professionnels interviewés, handicap et dépendance font objet d'une demi-journée de cours lors de la formation initiale des professionnel.le.s qui se destinent aux postes de direction et de CPIP.

« *oh ma pauvre, bienvenue, personne ne sait comment faire !* » (Directrice adjointe, Maison centrale)

Si les pratiques interrogent, les questions éthiques les suivent de près :

« *Nous, pour certaines choses c'était plus facile avant. Tel incident, telle sanction. Aujourd'hui, quand on sait que certains détenus sont malades, comment faire pour les sanctionner ? Ça peut mériter une sanction disciplinaire mais si ça rend plus malade encore. Parce que notre travail c'est enfermer, mais enfermer pour faire sortir. Donc, il faut prendre en considération la santé aussi.* » (Surveillant gradé, quartier centre de détention, Centre pénitentiaire)

Ce manque de savoir-faire va donc dans deux directions : comment faire avec le handicap concrètement et comment se positionner éthiquement. Dans cette zone, il s'agit de concilier les principes de justice, les catégorisations, la gestion quotidienne, et donc de créer une nouvelle convention.

Ainsi, les professionnel.le.s agissent, tout en étant dans une zone d'incertitude. Garfinkel comme Goffman l'ont bien démontré, après une rupture, l'activité sociale reprend un cours normal ou alors les acteurs/trices établissent de nouvelles routines. Les professionnel.le.s cherchent des manières d'aménager et les personnes handicapées, si elles n'arrivent pas toujours à sauvegarder la face, cherchent à « *faire face* »⁵⁰⁵ aux difficultés.

Les manières de répondre à l'incertitude peuvent être « *défensives* » ou « *protectrices* », leur but étant de « *sauvegarder l'impression produite par un acteur* »⁵⁰⁶. Il s'agit surtout des situations où l'on cherche à préserver l'ordre immédiat.

On nous relate un jour l'histoire suivante :

« *Des histoires comme ça, il y en a beaucoup. C'était un gitan, je pense, dans la criminalité depuis longtemps, pas méchant, mais une vraie cloche. Il devait sortir en permission, mais le juge ne l'a pas autorisé parce qu'il était déjà un peu malade et il n'avait nulle part où aller. Donc, pas de permission. Mais en même temps, c'était quelqu'un, on ne pouvait pas lui expliquer. Il ne comprenait pas. Il faisait des crises tout le temps. Les surveillants se plaignaient aussi. Bon, un jour, sa CPIP passe et il continue*

⁵⁰⁵ GENARD, J-L., Fabrizio CANTELLI, F. Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques, *SociologieS*, [En ligne], *Op. cit.*

⁵⁰⁶ GOFFMAN, E. 1973, *Op. cit.*, p. 22.

à demander « pourquoi je n'ai pas de permission, pourquoi je n'ai pas de permission ? », alors qu'on lui avait dit déjà plusieurs fois pourquoi. Du coup, pour avoir la paix, elle lui a dit « Vous savez Monsieur, vous n'êtes pas n'importe qui, le juge a peur de vous laisser sortir parce que vous pouvez être dangereux. » Après ça, il s'est calmé, il était fier, il répétait « le juge a peur de moi. » (Directeurs des services pénitentiaires interrégionaux)

Le problème a été ici résolu en revenant vers les routines de la convention en renommée, c'est-à-dire en restaurant la réputation du détenu. Cet exemple montre une des façons d'agir face à une vulnérabilité, mais il ne nous dit rien de la manière dont cette personne sera réellement prise en charge, si elle doit être protégée et/ou soignée. En effet, si le handicap se révèle dans les interactions de face à face, sa gestion nécessite d'observer les relations sur le long terme. Des relations qui impliquent notamment plusieurs services. Les professionnel.le.s doivent non seulement régler la question de l'ordre interactionnel par des rituels de réparation mais aussi mettre en place des procédures pour prendre en charge les personnes.

5.5. La légitimité des prisonniers en question

La difficulté d'entrer dans le rôle social de détenu bouscule les interactions et les pratiques carcérales. Tout au long de l'enquête, lors des entretiens et des conversations informelles, les acteurs/trices cherchent à comprendre ce qu'est le handicap. Apparaît la difficulté de l'envisager comme un désavantage social ou comme un attribut. Le handicap devient un état particulier faisant basculer les détenus de « *coupable* » en « *victime* », les faisant glisser de la convention en renommée à celle de protection.

Pour autant, les professionnel.le.s, vont continuer d'intégrer ces détenus aux catégorisations usuelles et donc au pénitentiaires, expliquant, comme évoqué dans la première partie, leur difficulté à saisir le handicap. En d'autres termes, un basculement est l'œuvre et la convention de protection s'institue en prison pour pouvoir « *restaurer la relation* » à partir des catégorisations pénitentiaires.

5.5.1. Trois catégories de légitimité carcérale

Les échanges avec les professionnel.le.s suivent donc cette trame, que nous avons repris comme trame de l'analyse. Ils/elles se livraient à des catégorisations des populations à partir de ce qu'ils/elles pouvaient ou ne pouvaient pas faire dans leur métier. Ainsi, ils/elles traçaient une frontière autour de la légitimité des détenus, et donc de la leur pour intervenir dans certaines situations.

Les entretiens avec les professionnel.le.s étaient orientés sur cette frontière autour de la légitimité des prisonniers. L'analyse de contenu partait toujours de leur parole pour accéder à la manière dont ils/elles découpaient le monde.

Trois figures de détenu se sont dessinées : celle correspondant tout à fait aux normes carcérales, ne correspond pas et une dernière située entre les deux. A partir de cette trame d'analyse des entretiens et du journal de terrain, il est apparu que la définition de la personne handicapée en prison dépend de cinq facteurs :

- Une représentation de la vulnérabilité visible dans le comportement ;
- Une définition liée à l'autonomie ;
- Une exigence de sécurité ;
- Une nécessité de travail en collaboration avec les autres groupes professionnels ;
- Le niveau et le type d'inscription dans l'économie carcérale de la réputation.

Le handicap était vu comme une vulnérabilité, des personnes mais aussi de l'ordre pénitentiaire. Ainsi, lors des entretiens apparaissent les figures des « *populations spécifiques* », souvent considérées comme plus vulnérables parce que nécessitant des pratiques « *spécifiques* ». La vulnérabilité est devenue un terme intelligible en détention et la question du handicap est facilement intégrée à cette catégorie par les professionnel.le.s. C'est peut-être pour cela que selon la définition pénitentiaire, la vieillesse commence à partir de 50 ans et constitue une problématique pour l'administration pénitentiaire, alors que l'incarcération de très jeunes majeurs ne semble pas poser question, ces derniers n'apparaissant à aucun moment comme vulnérables. Les processus envisagés comme l'affaiblissement physique ou mental ne sont pas attendus, si ce n'est pour les personnes vieillissantes, dans cet univers et donnent lieu à « *des ruptures de définition* »⁵⁰⁷. Alors même que le jeune de banlieue constitue une figure tout à fait attendue, par sa jeunesse, sa « *violence* » et son attitude d'opposition.

Dans un second temps apparaît, l'exigence « *d'autonomie* » qui donne lieu en prison à une définition différente, elle s'exprime par la possibilité de gérer son quotidien et l'exécution de sa peine en fonction des règles carcérales, tout en en tirant le meilleur parti possible. Le « *système de privilèges* »⁵⁰⁸ est ici en première ligne. Les prisonniers sur lesquels on peut s'appuyer pour que l'ordre soit maintenu sont ceux qui sont considérés comme autonomes. C'est donc la vision stratégique de la vie en détention qui est privilégiée :

« Les détenus qui ne sont pas autonomes ça existe. C'est clairement ceux qu'il faut protéger, peu importe la raison. On peut avoir un handicap et être autonome. On est bien d'accord ? Parce qu'on n'a pas besoin de protection. Je sais pour un monsieur qu'il a un problème neurologique mais ça ne pose pas de problème au quotidien. C'est même lui qui a aidé une collègue quand elle s'est fait attaquer. Donc voilà. » (Cheffe de bâtiment, Centre de détention)

Vient ensuite la menace de la sécurité : les prisonniers qui ne peuvent pas préserver seuls leur sécurité ou qui menacent sans raison valable celle des autres, que ce soit à cause d'une particularité physique ou mentale, rompent la définition de la population carcérale.

Lorsqu'on aborde le thème du handicap, la nécessité de travailler avec les autres groupes professionnels est toujours évoquée. En effet, aucun groupe professionnel ne peut se saisir

⁵⁰⁷ GARFINKEL, H., 2007, *Op. cit.*

⁵⁰⁸ GOFFMAN, E., 1968, *Op. cit.*

indépendamment de ces situations. Un prisonnier malade peut par exemple être d'un côté pris en charge par les services médicaux et d'autre part par les services pénitentiaires. Or, la question du handicap nécessite de socialiser la particularité et se révèle dans la collaboration obligatoire.

Enfin, les prisonniers n'arrivant pas à s'inscrire dans l'économie de la réputation, à cause de leur infraction pénale ou bien de leur comportement en prison, sont difficilement inclus dans les interactions habituelles.

Le tableau qui suit décrit les trois catégories de détenus qui se dessinent dans les entretiens avec les professionnels, en fonction de leur légitimité, plus ou moins grande, de remplir le rôle du détenu. Il est établi à partir de cinq facteurs : représentation de la vulnérabilité, l'autonomie carcérale, l'exigence de sécurité, la nécessité de travail en collaboration avec les autres corps de métiers, l'inscription dans l'économie carcérale de la réputation.

Tableau 4 Caractéristiques de la légitimité carcérale

Caractéristiques	Illégitimité	Légitimité conditionnelle	Légitimité totale
Vulnérabilité	Très souvent une déficience très visible et/ou un comportement jugé inadapté	La déficience est visible mais n'implique pas obligatoirement une vulnérabilité	La déficience n'est pas visible ou n'est pas considérée comme handicapante
Autonomie	Le prisonnier est considéré sans aucune autonomie	Une autonomie partielle	Autonome
Sécurité	Nécessite une surveillance constante car risque d'être agressé ou d'agresser	La surveillance est plus distante – fiches de suivi	Peut menacer ou participer à la gestion de la détention
Réputation	Ne participe pas à l'économie relationnelle carcérale	Participe à l'économie relationnelle carcérale mais reste souvent qualifié comme « faible », « fragile », « fou » etc.	Participe à l'économie carcérale
Travail en collaboration entre les groupes professionnels	Le travail en collaboration est obligatoire	Il peut y avoir un travail en collaboration	Peut être géré seulement par la 'pénitentiaire'

Ces trois figures apparaissent dans la totalité des entretiens. Certain.e.s professionnel.le.s insistent plus sur une figure, d'autres sur une autre, mais le questionnement autour de la légitimité persiste. La catégorisation en fonction de la légitimité pénitentiaire trace la frontière entre les différents types de prise en charge.

L'illégitimité est percevable notamment quand les personnels de santé se posent la question du rôle même de la prison : « *Lorsqu'on fait des aménagements pour améliorer les prises en charges des gens très lourdement handicapés, les juges se sentent autorisés d'envoyer tout le monde.* » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt) ou bien « *On ne peut pas aménager les prisons au point qu'elles deviennent un service de rééducation.* » (Cadre de santé, Centre pénitentiaire) Certains surveillants vont encore plus loin : « *Pour moi, il y a des cas, quoi qu'ils aient fait, les enfermer c'est inhumain, ça déshumanise.* » (Chef de détention, Maison centrale)

Lorsque la légitimité est questionnée, la dimension « *spécifique* » de ces prisonniers, de la formation et de la spécialisation des établissements apparaissent comme les plus importantes : « *Ils ont été jugés, donc malades ou pas, ils ont une peine à faire. C'est à nous de nous adapter à ces profils et à les prendre en compte.* » (Directeur SPIP, Centre pénitentiaire). Dans la même logique, « *Il y a des gens qui ont quand même fait quelque chose, parfois c'est même des actes de barbarie. C'est pour ça que réfléchir sur des lieux spécifiques, sur des compétences spécifiques peut être intéressant.* » (Médecin-gériatre, Maison d'arrêt)

La plupart des professionnel.le.s attribuent la légitimité aux prisonniers en lien avec la peine : « *Il faut trouver l'équilibre, certes il peut être malade ou avoir des difficultés mais il faut penser aux victimes aussi.* » (Médecin-coordonateur, Centre de détention) Ainsi, même quand les aspects médicaux sont importants : « *Pour certains, il faut toujours vérifier si médicalement il y a vraiment un problème. Mais même s'il y a un vrai problème, ça n'enlève rien au comportement.* » (Cheffe de bâtiment, quartier Maison d'arrêt, Centre pénitentiaire)

La légitimité d'un détenu de faire partie de l'univers carcéral est importante car, si elle est mise en cause, elle remet dans la foulée en question la légitimité de la prise en charge pénitentiaire et les identités professionnelles. Cette légitimité agit également sur les relations qui vont se nouer entre les différents groupes professionnels et avec les prisonniers. Le tableau suivant donne une image synthétisée de la manière dont les professionnel.le.s décrivent ces relations.

Tableau 5 Légimité des prisonniers et relations carcérales

Figure du détenu	Illégitime	Légitimité en question	Légitime
Rôle du personnel pénitentiaire	Invalidation. La peine ne semble pas légitime et l'intervention pénitentiaire est remise en question.	La peine est légitime mais le savoir pénitentiaire est jugé inapproprié.	La peine est légitime ainsi que les traitements pénitentiaires. Les autres traitements, notamment médicaux sont en plus.
Ancrage des relations carcérales (entre professionnel.le.s et détenus) dans des routines	Fortement perturbées voire impossibles.	Les relations sont empreintes d'incertitude. La mobilisation des routines est aléatoire.	Mobilisation des routines pénitentiaires.
Relations entre les groupes professionnels	Evocation d' externalisation de la prise en charge	Logique de collaboration (ou transfert) avec d'autres services / création des dispositifs hybrides	Déploiement des logiques pénitentiaires, éventuellement en collaboration.

Les relations carcérales perturbées et questionnées par certaines particularités des détenus nécessitent un rétablissement. Plusieurs aménagements sont possibles, dont l'objectif affiché est celui de prendre en charge les prisonniers handicapés. Mais ils contribuent aussi et surtout à restaurer la relation carcérale.

Synthèse du chapitre 5

Ce chapitre montre, dans un premier temps, l'effet des déficiences dans le quotidien de la prison et, dans un second temps, comment le handicap devient une « épreuve » pour l'univers carcéral. La notion d'épreuve, issue de la sociologie pragmatique, est reprise dans son sens de remise en question de l'ordre social et de doute des acteurs/trices sur leurs propres pratiques.

L'enquête a révélé que certaines déficiences troublaient l'ordre de l'interaction, vu comme un ordre rituel, de la prison et les rôles professionnels se voyaient remis en question voire invalidés par ce trouble. L'impossibilité de certains détenus à revêtir le rôle attendu interrogeait les identités carcérales en général, bousculait l'ordre normatif et rendait la présence de ces hommes en prison « illégitime ».

Ainsi, nous avons analysé comment l'irruption d'une particularité physique et/ou mentale déstabilisait l'ordre pénitentiaire. Spécifié par un ordre rituel et un ordre normatif, celui-ci est apparu comme régi par un cadre conventionnel, la « convention en renommée ». Cette convention se singularise par les classements des individus en fonction de leur réputation et leur accès inégal à un « système de privilèges ». En effet, l'anomalie physiologique pouvait signifier l'exclusion de ce cadre conventionnel.

Les prisonniers reconnus comme handicapés plaçaient donc l'univers carcéral dans une « zone d'incertitude », ne réussissant pas ou très imparfaitement à satisfaire à la « convention en renommée ». En ce sens, ils remettaient en question l'institution toute entière.

L'analyse a permis de cerner la mise en place d'un autre cadre conventionnel, la « convention de protection ». Cette convention, dictée à la fois par les impératifs législatifs et l'urgence des situations individuelles, ne remplace, ni ne supprime la « convention en renommée » mais opère en même temps (cf. chapitre 6 sur les régimes d'action). Elle se singularise par la nécessité de socialiser la déficience, et se révèle dans la collaboration obligatoire entre les différents métiers et la mise en place d'actions non prévues dans l'univers carcéral.

6. Restaurer la relation carcérale

Les prisonniers handicapés invalident et délégitiment l'action des professionnel.le.s. Leur présence fait exploser la convention en renommée et nécessite une restauration de la relation carcérale. Ce chapitre décrit les régimes d'action utilisés par les professionnel.le.s pour restaurer la relation en effectuant des glissements entre les deux conventions. Les régimes d'action sont composés de nombreux aménagements.

Un aménagement est à entendre ici comme toute action au sujet d'une personne qui a une particularité physique ou mentale et qui cherche à restaurer l'ordre pénitentiaire. Ainsi, dans les aménagements se retrouvent des dispositifs juridiques comme la suspension de peine, des dispositifs sanitaires comme l'hospitalisation à l'extérieur de la prison, les dispositifs architecturaux comme l'aménagement d'une cellule, mais aussi des mesures purement pénitentiaires telles que le regroupement dans des unités séparées ou bien des sanctions disciplinaires. Dans les entretiens, toutes ces actions nous sont données comme des exemples des manières de faire face à une difficulté. Pour analyser les manières de restaurer la relation, nous avons d'abord fait l'inventaire de tout ce dont professionnels et détenus ont parlé, en effectuant une analyse à partir de la notion de régimes d'action.

Les régimes d'action sont les manières concrètes des acteurs pour mettre en pratique les conventions sociales. La citation suivante informe sur les liens entre convention et régime d'action :

« Pour ce qui est de la théorie de l'action, la théorie des conventions distingue différents niveaux de « régimes ». Les conventions sont des cadres collectifs sur lesquels les acteurs prennent appui dans leurs conflits et leurs évaluations en public. Mais il existe des façons de s'engager dans le monde environnant (humain ou non) qui sont moins collectives et plus personnelles, qui assurent des régimes de « convenance » ne permettant pas une coordination d'une aussi large portée, mais gouvernant

*l'accomplissement d'un projet individuel ou l'appropriation familiale dans la relation dynamique entre l'être humain et son environnement. »*⁵⁰⁹

Une fois en prison, l'enquête engagée, nous nous sommes trouvée face à une multitude de pratiques, d'aménagements, de règles, d'interactions, de normes et de valeurs. Après avoir débattu sur l'existence du handicap au sein de la prison, on nous parlait pêle-mêle de soins médicaux, de quartier disciplinaire, d'allocation et de compensation du handicap, de crimes et des délits particuliers, d'étages hébergeant les « fragiles » et des quartiers pour « vulnérables », de nettoyage de cellule, de catégorisations pénitentiaires des détenus, de la coopération difficile avec les autres services, etc. Que pouvait-il y avoir de commun dans toutes ces pratiques disparates ? Pourquoi l'évocation du handicap les rassemblait ?

La complexité du matériau recueilli a été d'autant plus grande que l'enquête a été déployée sur quatre prisons. Au fil du travail de terrain, nous avons néanmoins remarqué que les pratiques et les contraintes gardent la même structure même si elles se déclinent différemment selon les établissements. La structure est composée d'éléments communs. Ainsi, les actions ont plusieurs visées : axiologique, instrumentale et éthique. La première concerne les valeurs mises en avant dans une action. La deuxième a toujours pour effet de maintenir un certain ordre pénitentiaire. La dernière tend à mettre en avant un positionnement professionnel. Le travail de restauration de la relation carcérale s'engage différemment selon la manière de hiérarchiser ces trois visées.

⁵⁰⁹ DIAZ-BONE, R., THEVENOT, L. 2010, *Op. cit.*, p. 6.

6.1. Les régimes d'action pour comprendre les logiques de traitement des particularités

Nous avons d'abord décrit toutes ces pratiques telles qu'elles nous étaient présentées. En les analysant, nous avons remarqué que certaines étaient liées entre elles. En effet, nous les avons regroupées selon les rationalités à l'œuvre.

Par exemple, les catégorisations et les affectations apparaissent comme deux pratiques interdépendantes. Catégoriser un détenu comme nécessitant une protection donne lieu à son affectation dans un quartier précis. Cette affectation le catégorisant automatiquement comme « *malade* », il est donc temporairement ou définitivement mis « *hors-jeu* ». Il ne peut plus, ou bien très difficilement, prétendre à un statut légitime selon la convention en renommée. Il fait dès lors partie des « *petits* », selon la terminologie des Economies de la grandeur de Boltanski et Thévenot⁵¹⁰. D'autres pratiques comme les hospitalisations, la fréquentation de l'unité sanitaire ou l'intervention d'un auxiliaire de vie de l'extérieur contribuent à transférer la responsabilité de certains détenus à des dispositifs non pénitentiaires. Toutes ces pratiques hétéroclites contribuaient à rendre visible le handicap en prison.

6.1.1. Les appuis théoriques des régimes d'action

Dans *L'amour et la Justice comme compétences*, Luc Boltanski propose quatre régimes d'action, qui décrivent les manières de mettre en place une convention⁵¹¹.

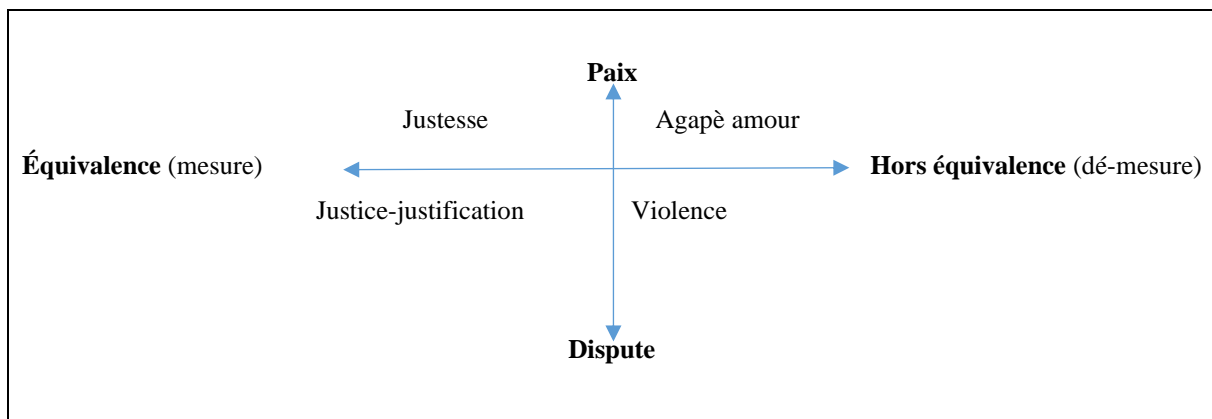
Utiliser les régimes d'action permet de systématiser les pratiques et de comprendre les rationalités qui les sous-tendent. Analyser les pratiques en termes de régimes donne à voir non pas une activité faite de procédures rigides, mais en constant changement. Si l'on peut voir la convention comme un paradigme qui enveloppe et régit l'ensemble des activités, le régime d'action montre comment on peut passer d'une à l'autre acception de la convention. Luc

⁵¹⁰ BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. 1991, *Op. cit.*

⁵¹¹ BOLTANSKI, L. *L'amour et la Justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*. Paris : Gallimard, 2011.

Boltanski parle des « passages possibles » ou du « basculement entre régimes »⁵¹². Il apparaît donc facile de passer, notamment dans l’urgence d’un état conventionnel de Justesse à un état de Violence. Parce qu’il existe bien « un lien fort entre urgence et violence »⁵¹³, nous pouvons considérer qu’en prison la violence fait partie du régime carcéral « parce que les objets du monde se manifestent alors comme inaccessible au langage et qu’on ignore les gestes à faire pour les apaiser »⁵¹⁴. En régime de violence, les choses se manifestent « sous la forme de force qu’il convient d’arrêter par la force », ce qui est le propre de l’univers carcéral.

Encadré 4 Les régimes d’action selon Luc Boltanski



Le premier axe caractérise l’état des relations qui vont de la « paix », ou l’accord, à la « dispute ». Le second axe décrit l’utilisation de la mesure – les actes et les personnes sont-ils jugés selon le principe de justice de la convention, « en équivalence » ou en dehors de ce principe « hors équivalence ».

Le régime de Justesse est celui de *paix en équivalence*. C’est un régime dans lequel les choses vont de soi, aucun besoin d’argumenter ou de se justifier : « Le discours accompagne et accomplit l’ouvrage de l’équivalence sans la remettre en cause ni la prendre explicitement pour objet »⁵¹⁵. Ce régime décrit des situations routinières où les ajustements se font sans avoir à réfléchir.

Le régime Agapè est un régime de *paix hors équivalence*. Dans ce cas, l’on ne se préoccupe plus par la mesure, ni par la grandeur des personnes. C’est uniquement la qualité de la personne qui compte. On ne cherche pas à savoir si une personne « mérite » d’être secourue par exemple.

⁵¹² *Ibid.*, p. 139.

⁵¹³ *Ibid.*, p. 139.

⁵¹⁴ *Ibid.*, p. 136.

⁵¹⁵ *Ibid.*, p. 131.

C'est typiquement dans les relations d'amitié et d'amour où « *on ne compte pas* » que ce régime se manifeste.

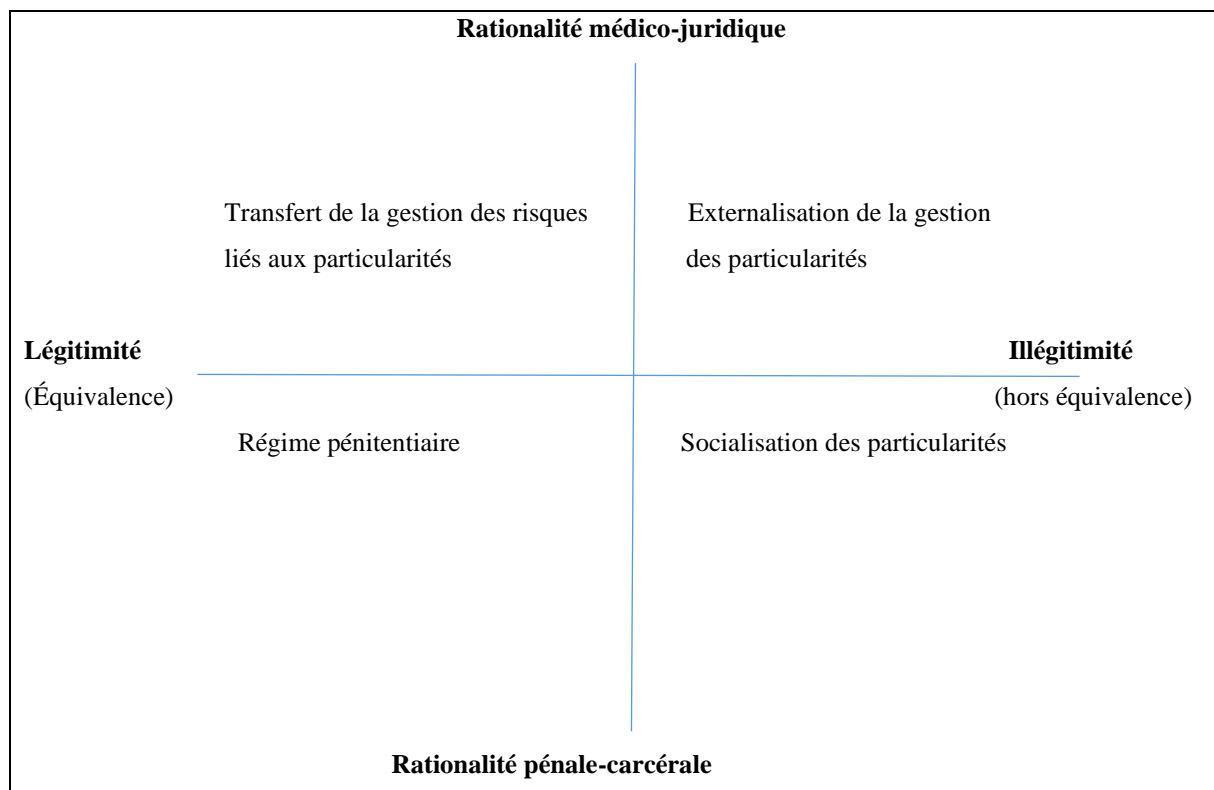
Le régime de Justice ou de justification est celui de *dispute en équivalence*. Ce régime est convoqué lorsqu'un désaccord existe autour de l'équivalence. C'est dans des moments de critiques et de justifications face à la critique que ce régime est convoqué. Dans ce régime, l'état présent est remis en question et en cause. Enfin, le régime Violence est celui de dispute hors équivalence. Il « *ouvre la possibilité de traiter les êtres humains comme des choses* ». Pas de convention, ni d'équivalence possibles dans ce régime, il est basé sur des rapports de force.

6.1.2. Les régimes d'action en prison

Les régimes d'action que nous décrivons sont donc les manières locales de se saisir des conventions plus générales. Par exemple, la libération conditionnelle ou le droit aux soins d'un détenu malade relèvent de conventions sociales générales. Lorsqu'elles doivent être mises en place concrètement des conventions concurrentes peuvent apparaître. On développe donc des régimes d'action pour gérer les frontières entre ces conventions. Dans notre cas, un régime d'action vise surtout à concilier deux conventions qui s'opposent, et cela à travers non pas des discussions et des réflexions, mais des pratiques.

Ainsi, nous avons modélisé quatre régimes d'action. Sur un des axes, nous avons posé la légitimité ou la non-légitimité des prisonniers. Cet axe correspond à celui d'équivalence ou hors équivalence modélisé par Boltanski, la légitimité correspondant aux rapports en équivalence et la non-légitimité aux rapports hors équivalence. Le second axe se construit non pas autour de la paix et la dispute, mais autour de deux rationalités – pénale-carcérale et médico-juridique. La première correspond à un régime stratégique et la seconde est basée sur des injonctions de solidarité.

Encadré 5 Typologie des régimes d'action relatifs aux prisonniers handicapés



Chaque régime correspond au croisement entre la légitimité d'un prisonnier et la rationalité qui est privilégiée – pénale-carcérale ou médico-juridique. Par exemple, un détenu très fortement handicapé est considéré comme non légitime dans le monde carcéral. Sa prise en charge ne peut pas être envisagée au sein de la prison et nécessite donc une externalisation. Une suspension de peine peut être demandée. Dans ce cas, c'est la logique médico-juridique qui prévaut. Elle est liée aux droits des malades et aux principes humanitaires qui ne devraient pas prendre en compte l'activité criminelle des personnes, uniquement leur état de santé.

Dans les faits, une personne avec un handicap lourd ayant commis des infractions considérées comme très graves ne bénéficiera pas de cette logique d'externalisation. Tout en n'étant pas légitime pour le monde carcéral, la personne sera traitée selon une rationalité pénale-carcérale et invisibilisée au sein de la prison.

La **rationalité médico-juridique** est une rationalité centrée sur des valeurs sociales générales. L'égalité et la dignité sont régulièrement évoquées dans les entretiens. C'est une rationalité qui met en avant un principe de solidarité et un principe humanitaire. Il s'agit d'abord de tous les dispositifs qui tentent de faire sortir de prison ceux qui ne peuvent subir une peine, mais

également de tous les dispositifs qui cherchent à transférer la prise en charge des prisonniers considérés comme handicapés. Ils ne sont plus vus seulement comme les objets d'une peine mais aussi comme des sujets à qui il faut apporter du soin. Cette rationalité introduit des pratiques extérieures aux logiques pénitentiaires. Elle est d'ailleurs garantie et contrôlée par des institutions extérieures à la prison : médecins, juges, centres hospitaliers, MDPH, associations d'aide à domicile, établissements sociaux, mais aussi des institutions de contrôle. Le discours des professionnel.le.s pénitentiaires porte généralement sur la dépendance vis-à-vis de ces organismes qui ne collaborent pas de la façon attendue. Cette rationalité correspond pour les prisonniers ayant une particularité à la logique de « *faire-face* »⁵¹⁶, c'est-à-dire accepter et mettre en avant une particularité afin d'obtenir des droits et des aides « *spécifiques* ».

La rationalité **pénale-carcérale** est moins directement fondée sur des valeurs et plutôt vers la gestion de la détention. Dans ce cas, les prisonniers handicapés entrent dans le système de classements propre à la convention en renommée. Leur particularité se transforme ainsi en attribut significatif pour le milieu, le plus souvent vu comme fragilité et faiblesse. Ainsi, une personne ayant des problèmes de communication dus à la surdité peut être isolée dans un quartier spécifique pour être protégée ou bien un prisonnier avec une déficience intellectuelle sera particulièrement observé et encadré. Les dispositifs de prise en charge inhérents à cette rationalité ne sont pas formalisés ou, du moins, ne sont pas officiels. Ils correspondent aux pratiques de gestion ordinaire pour la prison. Cette rationalité est garantie par les sanctions propres à l'ordre rituel valable en prison et correspond à un travail pour « *sauvegarder la face* »⁵¹⁷, de réputation donc.

Ces deux rationalités sont des constructions idéal-typiques établies à partir du croisement entre la liste de tous les aménagements possibles et les discours que professionnel.le.s et prisonniers tiennent sur ces aménagements. Elles n'existent que très rarement séparément. On les trouve entremêlées dans la vie quotidienne en prison.

Lorsqu'on recoupe les deux rationalités avec les différents degrés de légitimité, il s'avère nécessaire de simplifier en légitime et non-légitime. Lorsqu'un détenu est considéré comme légitime le degré d'incertitude n'est pas très important, soit parce que la déficience n'est pas importante, soit parce que la gravité de l'infraction rend automatiquement la peine légitime.

⁵¹⁶ GENARD, J-L., Fabrizio CANTELLI, F., 2008, *Op. cit.*

⁵¹⁷ GOFFMAN, E. 1974, *Op. cit.*

Dans le cas d'illégitimité, le degré d'importunité⁵¹⁸ du handicap remet en question les représentations.

Lorsque la légitimité et la rationalité médico-juridique se croisent, nous pouvons parler d'un **régime de transfert de la gestion des risques liés aux particularités**. Les possibilités qui s'offrent à l'administration sont de reconnaître le handicap et de s'adresser aux médecins ou conseiller.e.s pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) pour une prise en charge médicale et d'accès aux droits. Les dispositifs sont formels et la normativité qui les sous-tend est l'égalité d'accès à la santé et aux droits.

Quand la légitimité et la rationalité pénale-carcérale se croisent, il s'agit d'un **régime pénitentiaire**. Les détenus handicapés entrent dans le système de classifications (comme faibles, fragiles, vulnérables ou bien impulsifs, dangereux, ayant des troubles du comportement) et des classements pénitentiaires (mise en activité, au travail, etc.). Les dispositifs sont le plus souvent informels (spatialisation, classement thérapeutique), mais peuvent être aussi des dispositifs pénitentiaires détournés de leur utilisation première (quartier disciplinaire, quartier d'isolement). La normativité à l'œuvre est la gestion carcérale.

Face à un détenu considéré comme illégitime, deux régimes existent : **l'externalisation** ou **l'invisibilisation** des particularités. Dans l'externalisation, les dispositifs sont obligatoirement formels ; il s'agit de toutes les démarches pour faire sortir les personnes de l'univers de la peine : irresponsabilité pénale, suspension de peine, aménagements de peine pour raison médicale. C'est le médecin qui initie la demande ou bien le médecin avec le SPIP – des experts-médecins indépendants se prononcent et c'est le juge qui décide. La normativité est de type humanitaire, revenant à admettre que l'état de santé ne permet pas de subir une peine. Lorsqu'il s'agit d'une **socialisation des particularités**, les détenus sont affectés dans les quartiers et les établissements spécifiques, séparés des autres détenus. Différents services travaillent autour d'eux sans nécessairement avoir un consensus. La normativité est la protection de ces détenus handicapés et la protection du reste de la détention.

Dans le tableau suivant, on peut voir comment se distribuent concrètement les différents dispositifs selon le régime dans lequel ils engagent les acteurs.

⁵¹⁸ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*, p. 53.

Encadré 6 Les dispositifs de prise en charge du handicap en prison

<p>Régime de transfert</p> <p>Unité sanitaire en milieu pénitentiaire</p> <p>Les hôpitaux de proximité</p> <p>Unité Hospitalière Spécialement Aménagée ;</p> <p>Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale</p> <p>Service Médico Psychologique Régional</p> <p>Prise en charge des toxicomanies</p> <p>Le droit à l'accessibilité et la compensation :</p> <p>Les aides humaines venues de l'extérieur, Aides techniques, Allocation d'adulte handicapé, Le travail aménagé, Accessibilisation de l'espace ; cellules aménagées</p>	<p>Régime d'externalisation</p> <p>Irresponsabilité pénale</p> <p>Suspension de peine</p> <p>Mise en liberté provisoire</p> <p>Aménagement de peine pour raison médicale</p>
<p>Régime pénitentiaire</p> <p>Classements</p> <p>Détecter la fragilité</p> <p>Coordination entre les métiers</p> <p>Sanctions disciplinaires</p> <p>Quartier d'isolement</p> <p>Préparation à la sortie</p>	<p>Régime de socialisation des particularités au monde carcéral</p> <p>Spatialisation</p> <p>Spécialisation des établissements</p> <p>Les quartiers spécifiques</p> <p>Le placement en cellule et surveillance spécifique</p> <p>Transferts</p> <p>Les régimes fermés ; Détenus aidants</p>

6.2. L'externalisation des particularités physiques et mentales

Si parler de violence en prison relève de l'évidence, parler de compassion ou de solidarité peut paraître incongru et c'est assez inhabituel. Comme le mentionnent Boltanski⁵¹⁹ et Corcuff⁵²⁰, l'amour est un mode d'action rarement étudié et mis de côté par les sciences sociales. Ces dernières privilégient une vision en termes d'intérêts, de stratégies et de rapports de pouvoir. Cependant, un tel régime d'action ne peut être complètement exclu. Dans cette perspective, le respect de la dignité et la protection des prisonniers sont devenus des exigences légales (cf. Chapitre 4). L'ordre carcéral, univers tragique s'il en est, ne peut évacuer, ni gommer complètement la souffrance d'autrui.

Même si les mots de solidarité ou de compassion ne sont jamais utilisés dans les entretiens, les professionnel.le.s leur préférant ceux de « *dignité* », de « *complaisance* », de « *pitié* » et bien souvent d'« *humanité* », nous avons choisi de les utiliser pour plusieurs raisons. Nous avons préféré le mot compassion à celui d'amour ou même sollicitude parce qu'il exprime mieux les ambiguïtés, dont ce régime est porteur en prison.

En effet, s'il exprime d'abord la responsabilité que l'on a face à un autre vulnérable et nous inscrit dans une éthique de la relation⁵²¹, plus communément appelée *care*, ce sentiment exprime aussi le fait que l'on ne pourra plus traiter l'autre comme un égal. En prison surtout, ce régime d'action signe la diminution de la personne. La compassion apparaît lorsque l'on ne peut pas faire selon les manières conventionnelles. Dans tous les cas, elle justifie l'exclusion du monde pénitentiaire. Nous avons préféré parler d'externalisation pour enlever tout jugement moral, dont le mot exclusion peut être porteur.

Le régime d'externalisation est visible dans l'exclusion réelle du monde pénitentiaire. *L'irresponsabilité pénale* et la *suspension de peine* pour raison médicale sont les deux dispositifs principaux.

⁵¹⁹ BOLTANSKI, L. 2011, *Op. cit.*

⁵²⁰ CORCUFF, P. Justification, stratégie et compassion : Apport de la sociologie des régimes d'action, *Correspondances* (Bulletin d'information scientifique de l'Institut de Recherche sur le Maghreb Contemporain), Tunis, n°51, juin 1998.

⁵²¹ MOLINIER, P., LAUGIER, S., PAPERMAN, P. et al., *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris : Payot, 2009.

L'irresponsabilité pénale et la suspension de peine sont d'abord des mécanismes juridiques. Ce sont les premiers dispositifs évoqués par les professionnel.le.s, lorsqu'est abordée la question du handicap. Quand ils/elles disent qu'il n'y a pas de handicap en prison, ils/elles considèrent qu'un tri a été préalablement fait. En ce sens, le handicap apparaît comme le signe de l'incapacité des personnes pouvant effacer le délit par la non-responsabilité. Les personnes jugées ne sont plus dans un rapport d'équivalence, sommées de répondre de leurs actes, elles sont exclues de ce monde.

L'irresponsabilité pénale est apparue avec le code pénal du 1810, à une époque où l'on commence à considérer la folie comme une maladie et envisager l'impossibilité de juger un malade. Aujourd'hui, l'irresponsabilité pénale est prononcée pour exclure la personne du champ judiciaire. Elle ne pourra pas être jugée, n'étant pas « *accessible à une sanction pénale* ». En effet, souvent, les professionnel.le.s interviewé.e.s considèrent l'irresponsabilité pénale comme équivalente au handicap. Si on est en prison, donc jugé responsable, c'est qu'on ne peut pas être handicapé. Se dessine ici une définition du handicap, comme relevant d'une impossibilité d'être responsable de soi-même et de ses actes.

Parmi les prisonniers rencontrés, deux au moins ont eu une expertise psychiatrique concluant à l'abolition de leur discernement, causé par un trouble psychiatrique. Deux autres ont été jugés en comparution immédiate, ayant le statut de majeur protégé, étant sous tutelle. La diminution des prononcés d'irresponsabilité pénale est le plus souvent considérée comme un facteur expliquant la présence des personnes ayant une pathologie psychiatrique importante en prison. Certains auteur.e.s considèrent que la maladie mentale ne joue plus en faveur d'un internement psychiatrique et ne fait qu'alourdir la peine, renforçant le sentiment de dangerosité.

Le premier dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie en prison est d'envisager une exclusion du champ carcéral pour des raisons médicales. Pour les condamnés malades, deux solutions sont possibles : l'aménagement de peine et la suspension de la peine.

L'aménagement de peine appartient à l'arsenal juridique pénal. Pour que la peine soit « *aménageable* », le détenu doit remplir les conditions d'une libération conditionnelle : avoir été incarcéré depuis un certain temps, ne pas être en période de sureté, notamment.

Au contraire, la suspension de peine peut intervenir à tout moment de l'incarcération, dès que la personne est condamnée. La suspension de peine est introduite par la loi relative aux droits

des malades de 2002⁵²². Il s'agit d'un dispositif humanitaire, puisque cette loi introduit la santé et la dignité comme des droits fondamentaux. Ainsi, un prisonnier quel qu'il soit, doit pouvoir sortir de prison lorsque son pronostic vital est engagé et/ou son état de santé est incompatible avec la détention. Si la notion de pronostic vital est évoquée, reste à savoir ce qu'est un état de santé compatible avec une détention.

Jusque récemment la suspension de peine apparaissait comme difficile à mettre en place, nécessitant deux expertises médicales concordantes, mais surtout très peu utilisée par les professionnel.le.s médicaux et pénitentiaires. La loi « Taubira »⁵²³ a introduit des mesures qui assouplissent les conditions d'une demande de suspension de peine. Cette loi a introduit également la possibilité d'exclure une personne du milieu pénitentiaire avant sa condamnation par le biais de la *mise en liberté provisoire pour raison médicale*. Avant cela, une inégalité existait entre les condamnés et les prévenus. En effet, les derniers n'avaient aucune possibilité de recours.

Lors des discussions avec des professionnel.le.s sur le terrain, il est apparu que très souvent ils/elles envisageaient la suspension de peine seulement sous l'angle du « *pronostic vital engagé à court terme* »⁵²⁴, c'est-à-dire la première partie de l'article sur la suspension médicale de peine. La deuxième partie de cet article stipule que la suspension de peine peut également être ordonnée si « *l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention* », mais reste peu envisagé. Cet article peut donc concerner les personnes détenues les plus lourdement handicapées, sans que leur pronostic vital soit engagé.

Dans les faits, la suspension de peine est rarement demandée et accordée, et quand elle l'est c'est seulement au regard de la première partie de l'article⁵²⁵. Des juristes signalent que lorsque l'incompatibilité de l'état de santé de la personne est envisagée, « *la situation des personnes est regardée essentiellement sous le prisme de l'offre de soins existante en prison et non sous celui de la dignité de la personne* »⁵²⁶. Les conditions réelles de détention semblent être peu prises en compte, tant par les juges que par certains médecins-experts.

⁵²² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁵²³ LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

⁵²⁴ Article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale.

⁵²⁵ SUREMAIN, H. Réécriture de la loi à la faveur d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) sur la suspension de peine pour raisons médicales (Cass. crim, QPC, 26 juin 2013) *Revue des droits de l'homme* [en ligne]. <https://revdh.org/2013/07/20/reecriture-loi-qpc-suspension-de-peine-pour-raisons-medicales>.

⁵²⁶ RAPPORT DE LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE, *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale*, Novembre 2013, p. 6.

La suspension de peine pose beaucoup d'autres questions. Elle est conditionnée par le fait de s'assurer que l'état de santé des personnes ne peut donner lieu à aucun risque criminel : elle est accordée, « *sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction* »⁵²⁷. Cela contribue à nous rappeler qu'il s'agit de la dignité de la personne, certes, mais d'une personne qui a troublé l'ordre social. Elle continue d'être vue comme une personne qui présente un risque pour la société.

La suspension médicale et l'aménagement de peine pour raison médicale apparaissent comme des dispositifs de prise en charge du handicap non pas par l'aménagement de la prison, mais par l'aménagement de la peine. Nous avons essayé de comprendre quel usage en est fait par les professionnel.le.s et les personnes détenues. Ainsi, les professionnel.le.s, plus souvent les directeur.e.s des établissements, vont mentionner certains cas où, dès l'arrivée des personnes lourdement handicapées, mais dont le pronostic vital n'est pas engagé, la question d'une suspension de peine se pose. Mettre en place ce dispositif dépendra largement de l'infraction pour laquelle la personne a été condamnée.

Plusieurs cas de figure sont possibles. Le cas le plus souvent évoqué est l'impossibilité de demander la suspension de peine au vu de la gravité des « *faits* », leur répétition et des victimes « *très vulnérables* » : enfants, personnes âgées et/ou handicapées. Dans ces cas, il est difficile pour les professionnel.le.s pénitentiaires ou médicaux d'envisager une telle demande.

Même lorsqu'ils/elles l'envisagent, la gravité de l'infraction apparaît comme indépassable :

« Médecin : Bien sûr, on fait des suspensions de peine. Tout récemment, on a fait une demande, un monsieur qui avait un cancer foudroyant, ça a été accepté sans problème.

Question : Et des cas où ça n'a pas été accepté ou vous n'avez même pas essayé ?

Médecin : Oui, ça dépend du handicap, ça dépend quel handicap va être plus fort. Par exemple, il y a une personne, en très mauvais état de santé, mais le pronostic vital n'est pas engagé. En plus, elle est là pour des faits très graves, elle a tué, donc c'est le handicap psychique qui est plus fort. On a essayé mais non, le juge n'a pas voulu. Il faut toujours faire attention à ça. On n'est pas décisionnaires. Ma collègue, à chaque fois qu'on a quelqu'un de très malade, dit « on ne va pas le garder, on va faire une demande », mais je lui dis « oui on fait une demande mais non, on sait pas si on va le

⁵²⁷ Cf. Code de procédure pénale.

garder, on peut pas décider, nous. Ce n'est pas l'hôpital ici. » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt)

Nous remarquons ici que le passage à l'acte criminel est directement associé à un handicap psychique qui justifie la dangerosité et l'enfermement. Dans ce contexte, la figure du juge, décisionnaire, apparaît également importante :

« CPIP : On a eu quelqu'un très, très dépendant. C'est pour lui d'ailleurs qu'on a mis en place une convention avec une association [d'aides-soignant.e.s]. Mais après, il a été transféré au Centre Pénitentiaire de X. Ils savent mieux faire, ils ont beaucoup de cas comme ça. Nous, on ne savait pas quoi faire.

Question : est-ce qu'une suspension de peine a été envisagée ?

CPIP : Non, il était au début de sa peine, il n'était pas aménageable.

Question : Non, je voulais dire une suspension et pas un aménagement, vu l'état que vous me décrivez.

CPIP : Ah non, il avait violé, et pas une seule fois, non, non. Un juge n'aurait jamais accepté. » (Cheffe du SPIP, Centre pénitentiaire)

A la lumière de ces deux extraits d'entretiens, la logique sécuritaire et la logique pénale apparaissent entremêlées. Envisager une suspension médicale suppose aussi un lieu où la personne peut être accueillie. Les infractions des personnes détenues en maison centrale peuvent être très médiatisées. Comme à l'heure actuelle il existe des listes d'attente pour accéder à un établissement médico-social, les prisonniers ne sont pas une population prioritaire et le stigmate carcéral peut peser dans la décision d'accueil en établissement médico-social. De plus, la socialisation carcérale des prisonniers inquiète les professionnel.le.s médicaux et pénitentiaires :

« On a un monsieur. Pour nous ici ça va, il n'est pas méchant mais il a un langage, une façon de parler ... Je sais que ça peut être utile en prison, c'est sa façon d'être en prison. Mais c'est devenu sa façon d'être tout court. Des noms d'oiseaux, d'engueulades tout le temps. On voulait le positionner sur un EHPAD et on avait quand même un peu peur. Ici, il n'est personne, je veux dire ce n'est pas un caïd mais ... dans une maison de retraite c'est un loup. Il devient un loup automatiquement. Il est allé dans

l'établissement en visite, et c'est clair qu'ils ne veulent pas de lui. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

Les logiques sécuritaire et pénale restent tout de même plus fortes que la logique compassionnelle. Certains professionnel.le.s pénitentiaires signalent que la suspension de peine est peu utilisée par les médecins, ne connaissant pas l'assouplissement des conditions depuis la loi du 15 août 2014 dite « *Taubira* ». Cela pose la question de la personne qui devrait initier une demande de suspension de peine – services médicaux, direction, SPIP – si le prisonnier n'a pas d'avocat. Cette question se règle différemment selon les établissements, laissant généralement aux médecins d'initier la demande. Enfin, le peu de contacts entre les milieux médico-social et pénitentiaire constitue un véritable obstacle pour la sortie.

Que faire des personnes dépendantes, ayant perdu tout contact avec leur famille, ne trouvant pas de place dans un établissement médico-social ? Un travail est mené par la DAP autour de ces questions. Lors de l'analyse documentaire, nous avons consulté les rapports de la commission Santé-Justice. Cette thématique a été également abordée dans les entretiens surtout avec des CPIP et des médecins, puisque ce sont ces professionnel.le.s qui mettent en place la demande de suspension de peine. De plus, une expérimentation a été mise en place par l'Administration pénitentiaire dans trois régions pénitentiaires, visant à améliorer l'accès à la suspension de peine et de trouver des solutions de sortie des personnes en situation de dépendance, physique ou mentale.

La suspension de peine pour raison médicale liée à une pathologie psychiatrique reste peu envisagée. Pourtant, plusieurs témoignages font état d'une très grande dépendance de certaines personnes ayant un handicap psychique ou cognitif.

6.3. Transfert de la gestion des risques liés aux particularités physiques et mentales

Lorsque la suspension de peine n'est pas possible, mais que l'état de santé reste difficile à gérer en prison, il reste la solution de l'exclusion de l'ordre carcéral à l'intérieur de la prison. Sont alors utilisés les différents lieux spécifiques pour personnes malades : UHSA, UHSI, prison-asile, centre national de santé de Fresnes ou bien des quartiers spécifiques ou expérimentaux connus pour héberger les prisonniers malades. Lors d'un colloque sur les personnes âgées en détention, il a été annoncé le projet d'ouverture d'une aile sécurisée d'EHPAD spécialement destinée aux prisonniers dépendants venant des établissements pénitentiaires environnants. Ces dispositifs ne s'inscrivent plus dans le régime d'externalisation, mais cherchent à intégrer les personnes handicapées à l'univers carcéral, leur qualité de criminel restant prépondérante dans ces prises en charges.

Les institutions, y compris pénitentiaire, sont devenues des « *services publics* » et elles ont des usagers. Ces usagers ont des droits et des devoirs. Le régime de sous-traitance inclut toutes les pratiques liées à l'accès aux droits des prisonniers handicapés dans une logique médico-juridique. Lorsqu'on étudie le droit en prison, on s'attache le plus souvent à décrire toutes les limites que l'institution carcéral impose à une véritable application du droit. L'effectivité du droit et notamment celui qui touche les populations les plus précaires est souvent remise en question, la prison semblant le lieu le moins bien loti quant à cette effectivité. L'objectif de ce chapitre n'est pas de réviser les dérogations aux droits en prison, mais donc d'étudier comment l'accès aux droits est utilisé en tant que soutien à l'action. Le plus souvent, ce régime d'action se manifeste par l'intégration des dispositifs existants légalement mais étrangers à l'univers pénitentiaire.

6.3.1. Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont des unités de consultation et de soins ambulatoires, présentes dans chaque établissement pénitentiaire. Elles viennent, dès le début, réaffirmer une logique de solidarité et d'égalité par l'accès au droit à la santé.

Avant la réforme de 1994, qui crée les Unité de consultation et de soin ambulatoires (UCSA), les personnels médicaux en prison étaient recrutés et salariés de l'Administration pénitentiaire. Les directeurs/trices des établissements recrutait directement, selon les besoins de la population et les budgets dont ils/elles disposaient. Commenant par les soins psychiatriques, petit à petit les 'infirmieries' s'étaient généralisées dans tous les établissements pénitentiaires, ayant parfois en leur sein même des aides-soignants (cf. chapitre 3).

Le système mis en place à partir du 1994 est très différent. L'administration pénitentiaire n'a plus de lien d'autorité. Même si certains soignant.e.s nous disent être « *invité.e.s* » et seulement « *toléré.e.s* » dans les locaux où ils/elles travaillent, ils/elles sont détaché.e.s de l'hôpital de proximité. S'ils/elles ont à respecter les consignes de sécurité et le fonctionnement pénitentiaire, ils/elles font partie des effectifs de l'hôpital et non pas de la prison.

En pratique, leur intégration au sein d'une prison dépend de beaucoup de choses, l'importance et les liens avec l'hôpital dont ils/elles sont détaché.e.s, par exemple. D'une manière plus pragmatique cette intégration dépend de l'emplacement des locaux qui leur sont attribués au sein de la prison. Pour les établissements plus anciens, l'infirmierie se trouvant au sein même de la détention, l'unité sanitaire a pris le même emplacement. Pour les plus récents, l'unité sanitaire se trouve dans l'enceinte de la prison, mais en dehors des lieux d'hébergement. Pour les derniers, il est plus facile de garder une image de service ambulatoire et moins aisé de connaître le fonctionnement de la détention. Finalement, les unités sanitaires ont des fonctionnements différents. Ce qu'elles ont de commun, c'est le rapport complexe à leur environnement. Selon un des médecins rencontrés, soigner en prison, c'est rencontrer « *de l'humain, ce qu'il y a de plus brut, au sens du moins médicalisé* ». (Médecin-coordonateur, Centre pénitentiaire)

Lorsque cela est possible, les cellules des personnes malades et vulnérables se trouvent à proximité de l'unité sanitaire en prison. Les professionnel.le.s de santé n'ayant pas le droit d'effectuer d'actes médicaux sur les détenus en cellule, ils/elles interviennent seulement pour distribuer les médicaments ou dans des situations d'urgence médicale. Les pratiques de ces unités sont très hétérogènes.

Les professionnel.le.s de santé, comme tous les autres métiers, rencontrent les détenus dès leur placement en quartier arrivant. Ils/elles peuvent se prononcer sur leur état de santé et mettre en place un suivi ou un traitement. Ils/elles sont très peu à participer aux réunions avec l'administration pénitentiaire, appelées CPU (commission pluridisciplinaire unique), alors

qu'ils/elles sont fortement incité.e.s de le faire. Dans le cas d'incarcération de détenus fragiles, une note est établie à leur destination par le juge.

Le suivi des détenus est ensuite organisé autour de la demande écrite de rendez-vous. Ici, « *tout se fait par écrit* », se plaignent prisonniers et professionnel.le.s. Dans certains établissements, une organisation plus souple permet à un détenu de se rendre plusieurs fois par jour à l'infirmerie, quand dans d'autres « *même une demande de doliprane* » doit être formulée par écrit et peut donc prendre un certain temps.

Tou.te.s les professionnel.le.s de santé s'accordent à trouver que les prisonniers sont un groupe à la fois très différent socialement de leurs autres patients et particulièrement intéressants médicalement. La question du handicap social est apparue à chaque conversation – l'inadaptation sociale, la marginalité, les « *personnalités frustes* » sont évoquées. Ils/elles mettent en avant le principe, de pratiquer la médecine comme à l'extérieur :

« *Quand j'ai commencé à bosser en prison, je ne me suis absolument pas posé toutes ces questions-là. On m'a dit : allez soigner des gens en prison, sur le principe, c'est comme soigner des gens dehors, mais ils sont en prison. C'est la même médecine, c'est les mêmes soins, c'est les mêmes médicaments, c'est la même chose.* » (Médecin-coordonnateur, Centre pénitentiaire)

Mais l'exercice du métier révèle rapidement l'impossibilité de soigner les gens en prison comme à l'extérieur et vient différencier les pratiques. Le fait de devoir travailler avec une autre institution, la justice, qui a préalablement catégorisé les personnes, ajoute une variable supplémentaire aux classements. Les prisonniers ne sont pas vus seulement comme des personnes très marginalisées, mais également à travers de leur statut pénal. Malgré les tensions et les conflits avec « *la pénitentiaire* », on insiste souvent pour avoir la présence de surveillants au sein des services médicaux, « *parce que la sécurité de mes collègues, c'est la chose la plus importante et on est d'abord en prison* » (Cadre de santé, Centre pénitentiaire).

Les catégorisations pénitentiaires sont intégrées à la pratique médicale d'une manière plus pragmatique. Par exemple, il est impossible de faire les mêmes démarches pour des prévenus et pour des condamnés. L'organisation d'une hospitalisation pour un « *détenu particulièrement signalé* » (DPS) est plus compliquée que pour un prisonnier ordinaire. Ainsi, les professionnel.le.s de santé sont obligé.e.s d'intégrer les classements pénitentiaires.

Bien évidemment, cela peut aller beaucoup plus loin et les récits qu'ils/elles nous font sont édifiants : négocier des soins, la fin d'une sanction disciplinaire, ou bien un travail ou une activité pour une personne très isolée. Au-delà de la pratique purement médicale, il y a donc des « cas » où ils/elles interviennent :

« Oui, je crois qu'on a chaque mois entre 20 et 30 dossiers qui sont traités, partagés nominativement, c'est-à-dire qu'on traite chaque cas individuel, chaque cas ayant son secret professionnel à respecter, mais avec pour finalité d'aider les personnes à passer un cap difficile en gros. On le fait pour prendre notre part et ne pas laisser la pénitentiaire face à des situations très compliquées. Ça peut aller à l'extrême jusqu'à une hospitalisation pour éviter un rapt suicidaire. Ça peut être de négocier des aménagements de type accès au travail, atténuation d'une sanction, ce genre de sujets. Parce qu'à un moment donné ces individus-là sont prêts à se foutre en l'air et on considère qu'on peut y voir quelque chose du handicap psychique, jusqu'à menacer leurs vies. Donc ça se matérialise effectivement essentiellement là-dedans, de voir des gens complètement désespérés. » (Médecin-coordonateur, Centre pénitentiaire)

Et à ce médecin de donner un exemple d'intervention dans le cadre d'une situation qui n'est pas exclusivement médicale :

« Je parlais de handicap social tout à l'heure. J'ai en mémoire un garçon il y a quelques jours qui se retrouve placé au quartier disciplinaire. Il ne trouve pas ça juste. Il n'est pas content. Mais voilà que se dévoile à ce moment-là un sujet qui est isolé, qui est en prison depuis quatre ans et qui n'a plus de parler depuis deux ans et demi, plus de lien avec la famille donc lâché, plus d'étayage extérieur, plus d'amis, plus de famille, plus rien. Le voilà peut-être avec une fragilité intrinsèque et une fragilité qui s'ajoute qui tient à son histoire. Donc le voilà avec une patte cassée, plus de béquilles et on lui fait le croche-pied, le truc qui fait qu'il va se casser la figure, le truc en plus, la sanction qu'il trouve injuste. Et là ça déborde. Donc, le voilà complètement débordé et prêt à en finir, plus grand-chose qui le rattache à la vie.

Question : Et les moyens que vous avez par exemple ?

Médecin : Par exemple pour ce garçon-là, tout d'abord c'est de l'écouter à un moment, d'essayer de s'intéresser à lui, d'essayer de s'improviser béquille de secours à ce moment-là. D'inscrire ça dans le temps, de le revoir, de négocier. Je ne sais même pas

si ça a été nécessaire, mais de négocier une levée de la sanction. En tout cas qu'on lève un peu le pied, qu'on dise bon là, le quartier disciplinaire, la sanction il risque de ne pas la supporter. On va lui donner un peu de temps pour respirer, causer, se reconstruire un peu. Les moyens de tenir. Et puis s'il doit faire sa sanction, il la fera. Il la fera dans de meilleures conditions voilà. » (Médecin coordonnateur, Centre de détention)

Si les médecins cherchent à négocier pour certains détenus, ils/elles sont tout autant recherchés par les services pénitentiaires – pour une hospitalisation d'office ou pour connaître les conséquences d'une maladie. De plus, la plupart des procédures disciplinaires obligent les médecins à examiner le détenu et statuer sur la sanction.

Les relations entre « pénitentiaire » et « médical » sont souvent conflictuelles car il s'agit de départager un espace et un pouvoir, ou comme le dit un surveillant gradé : « *Entre secret médical, devoir de réserve, secret partagé. On sait tous qu'il faut travailler ensemble, mais personne n'arrive à détecter cette zone où on échange.* » (Surveillant gradé chargé des classements aux activités, Centre pénitentiaire)

Ce constat se décline ensuite, dans tous les entretiens :

« Ils ont besoin de nous, et c'est vrai que nous avons des compétences qu'ils n'ont pas. Mais il faut faire attention, il faut prendre la part qui nous est attribuée. On ne peut pas gérer la détention. On y participe obligatoirement puisqu'on est là et notre avis est demandé. Mais il faut savoir jusqu'où aller. » (Médecin-coordonnateur Centre de détention)

De même :

« Oui, on est écouté, parce que ça participe d'une espèce d'équilibre. Et aussi, si la prison restait hostile, abrupte à toutes ses souffrances-là, on aurait un taux de suicide de trois ou quatre fois plus. Il ne faut pas se leurrer. Je crois que là, il y a une réelle efficacité pour le coût de ces aménagements-là [il s'agit des levées de sanctions, négociations de travail, etc.]. Et le fait qu'il y ait de la parole là-dedans, de notre côté. Voilà, que la parole du sujet puisse être entendue jusque dans l'administration pénitentiaire qui est là pour le punir, mais aussi pour ne pas le tuer. » (Médecin-coordonnateur Centre pénitentiaire)

Enfin, les professionnels de santé qui travaillent en prison sont dans une forme d'obligation, comme le dit cet autre médecin :

« À avoir une certaine idée de la justice, parce que si ce n'est pas notre rôle de punir, on ne peut pas dire un tel est handicapé, il doit sortir. On ne peut pas dire ça. Ça serait injuste. Oui, pour le handicap mental, pour celui qui ne sait pas pourquoi il est là, on peut se poser la question, mais pas pour les autres. Après, notre travail c'est finalement qu'est-ce qui va permettre que ça garde du sens pour l'individu. Ou en tout cas, si on ne l'est pas moins, qui respecte une certaine idée de la justice, puis, qui, au niveau aussi des victimes, que ça garde un sens aussi pour les victimes. Si on arrive à maintenir une certaine cohérence dans tout ça, c'est déjà bien. » (Médecin-coordonateur Maison d'arrêt)

Les professionnel.le.s de santé ont plusieurs dilemmes à résoudre, certains sont internes à leur profession, d'autres à leur implication à la détention. Ces dilemmes sont particulièrement visibles chez les psychiatres et les psychologues. Leur métier les place dans une situation d'aide aux personnes qu'ils/elles reçoivent. Mais le suivi psychologique est un critère explicite d'obtention de crédits de réduction de la peine et donc prescrit par un juge. De plus, certains professionnel.le.s de la détention peuvent avoir des attentes à ce que les psychologues et psychiatres participent à la gestion de la détention, à travers des thérapies ou même de prescription des médicaments. Dans certains établissements, les psychologues avaient décidé de ne plus établir aucun certificat ni note selon laquelle un prisonnier avait suivi une thérapie. Les psychiatres maintenaient le principe de consultation volontaire de leur activité et ne souhaitaient pas intervenir sur des situations qui paraissaient préoccupantes aux surveillant.e.s. Le principe qu'ils/elles cherchaient à faire prévaloir était celui d'une consultation ou thérapie librement décidées.

Cependant, ils/elles étaient obligés de composer avec la réalité carcérale. Les prisonniers avaient vraiment besoin de ces certificats, qui étaient établis au cas par cas. Parfois, l'état de certains d'autres devenait réellement préoccupant et nécessitait une intervention.

6.3.2. Les hôpitaux de proximité

Si les prisonniers ont besoin de consultations spécifiques ou d'une prise en charge hospitalière de longue durée, c'est vers l'hôpital de proximité que l'on se tourne. Les démarches peuvent

être longues et couteuses : extraction⁵²⁸ sous escorte, chambre sécurisée, détachement de policiers, nécessitant dans certains cas l'accord du préfet. Les contacts médicaux se font par l'unité sanitaire, mais les démarches doivent être menées en coopération avec le service pénitentiaire. Les rendez-vous doivent être tenus secrets pour diminuer les risques d'évasion.

L'extraction d'une personne détenue est soumise à de nombreuses contraintes de sécurité, incluant des menottes et entraves ou la présence de personnels pénitentiaires lors des consultations. Le niveau de sécurité lors des extractions médicales est jugé trop élevé par le Défenseur des droits⁵²⁹. Les professionnel.le.s de santé et pénitentiaires signalent souvent la complexité de ces extractions, mais leur objectif est moins conflictuel et ambigu que pour les situations précédemment évoquées. Plusieurs professionnel.le.s évoquent le refus des hôpitaux de proximité de prendre en charge leurs détenus. Le recours à l'hôpital semble fortement influencé par le degré d'interconnaissances entre les médecins pratiquant en prison et leurs collègues en hôpital.

C'est plutôt dans les entretiens avec les détenus que les extractions médicales sont apparues. Beaucoup parmi eux ont du mal à supporter les regards des autres patients alors qu'ils sont « *harnachés* » et préfèrent ne pas se soigner. « [Je] *suis allé une fois à l'hôpital pour mon diabète, je ne le répèterais pas. Si on me demande je dis, ça va, ça va.* » D'autres constatent qu'ils ne sont pas traités comme les autres patients et préfèrent ne pas revivre ces moments.

6.3.3. Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)

Pour lutter contre les évasions lors d'une hospitalisation et améliorer les conditions de vie et l'accès aux soins des patients détenus, les UHSI ont été créées au début des années 2000. Elles sont attachées au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de la région et se trouvent dans ses locaux. La sécurité y est assurée par des personnels pénitentiaires. Les personnes sont prises en charge pour des soins somatiques et pour une durée supérieure à 48h. Le but de ces unités est purement hospitalier, aucun détenu n'est pris en charge au-delà des délais nécessaires. Nous n'avons pas visité de UHSI, mais de nombreux patients détenus ont évoqué les conditions de

⁵²⁸ Extraction – la démarche pour qu'une personne détenue puisse se rendre à l'extérieur de la prison

⁵²⁹Cf. site internet : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/extraction-medicale-et-hospitalisation-des-personnes-detenues>

vie lors des entretiens. En effet, le fait que ce soit un hôpital pénitentiaire contribue au renforcement des contraintes. Le détenu patient n'a plus accès aux activités de la prison et n'a pas non plus les libertés d'un patient.

Nous avons rencontré M. Bachir dans une maison centrale. Il garde un très mauvais souvenir de son hospitalisation en UHSI : « *c'est un chenil, ce n'est pas pour des hommes. C'est pour des chiens, pas de promenade. On reste enfermé toute la journée, les surveillants là-bas nous parlent comme à des chiens.* » (Bachir, 38 ans, Maison centrale, peine de 20 ans)

Dès le début de l'entretien il nous a annoncé faire partie des détenus « *procéduriers* ». Il parle facilement des faits qui l'ont conduit en prison, tout en refusant leur qualification judiciaire. Monsieur Bachir est en contact avec de nombreuses associations de malades au sujet de sa pathologie qui se révèle être une maladie rare et très invalidante. C'est une maladie qui exige une hygiène irréprochable impossible en prison, ce qui lui vaut des infections et des crises qui le clouent au lit plusieurs jours. Mais il préfère se considérer comme usager de l'administration pénitentiaire, ni détenu, ni malade. A la question s'il a envisagé de faire une demande d'allocation pour son handicap, il nous répond « *vous aimeriez vous qu'on vous colle une étiquette de malade sur le front ?* » C'est pour cela d'ailleurs qu'il ne souhaite pas passer du temps en UHSI, se sentant privé du peu des droits qui sont les siens.

Monsieur Cormier (Cormier, 75 ans, Maison d'arrêt, peine de 15 ans) est assez âgé et se déplace en fauteuil roulant, suite à quelques interventions chirurgicales récentes. Il garde l'espoir de remarcher rapidement. Nous l'avons rencontré quelques jours après sa sortie de l'UHSI dans l'étage pour malades d'une maison d'arrêt. Il paraît très content du temps passé là-bas, considère avoir été très bien soigné. Il aurait même préféré y finir sa peine. Le retour en prison est difficile mais il vit dans l'attente de sa prochaine sortie. Lors de notre entretien, la vie en prison ou « *les faits* » qui l'y ont menés ne sont jamais évoqués. Monsieur Cormier préfère parler de sa vie conjugale, de son ancien emploi, décrit comme très gratifiants et les démarches entreprises pour se soigner. L'identité de personne détenue est occultée. L'entretien tourne autour de nombreuses anecdotes nous mettant dans une situation « *normalisée* ». C'est l'image de « *malade* » qui est mise en avant. L'existence de ces dispositifs concourt donc à la prise en charge mais aussi au positionnement que les prisonniers vont avoir par rapport à leur déficience et leur incarcération.

6.3.4. Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

Les UHSA sont des unités de prise en charge de personnes détenues ayant des problèmes psychiatriques. Elles ont été créées à l'image des UHSI, à la fois pour sécuriser et pour assurer un meilleur accès aux droits. Ces unités ont suscité énormément de questionnements autour de l'incarcération des personnes malades. Plusieurs professionnel.le.s de la détention ont évoqué les hospitalisations d'offices très courtes, suite auxquelles, au retour en détention, ils/elles avaient à gérer des problèmes plus lourds qu'avant l'hospitalisation. Les UHSA permettent d'apporter des soins sur une plus longue période que l'hôpital psychiatrique en urgence.

Les prisonniers rencontrés parlent moins facilement de leur hospitalisation pour raison psychiatrique. Malgré, ou bien à cause, des discours sur la folie en prison, ce sujet reste très difficile à aborder. On parle souvent des « *cachetonnés* », des fous, des gens qui étaient normaux « *comme vous et moi* » et qui un jour sont devenus fous. On dit que « *la prison a eu raison d'eux.* » Ils sont sales, crient, « *ne se respectent pas* ». Les quelques témoignages des personnes reconnaissant avoir fréquenté une UHSA démontrent bien cette appréhension.

Monsieur Dahoudi (Dahoudi, 65 ans, Maison centrale, peine de perpétuité) est incarcéré depuis longtemps dans une maison centrale. Il se présente en nous annonçant : « *on me dit que je suis psychopathe, on me dit que je suis psychotique. Maintenant, on me dit que je suis psychorigide.* » (Dahoudi, 65 ans, Maison centrale, peine de perpétuité) « *Psychopathe* » est une autre catégorie médico-pénitentiaire, signifiant le degré suprême de la dangerosité⁵³⁰. Il a vécu récemment une hospitalisation en UHSA qui a duré plusieurs mois. Il n'a rien à redire des soins et de la prise en charge, signale avoir fait très attention, avoir été très discret lors de son hospitalisation pour pouvoir retourner plus rapidement en prison. Il reste très reconnaissant à la psychiatre qui lui a fait confiance et l'a « *laissé sortir* », pour revenir en prison.

M. Samuel, rencontré en maison centrale, vient au rendez-vous, car il souhaite parler de sa récente « *phase maniaque* ». Même s'il considère l'établissement où il est enfermé comme un lieu malsain, il dit être très content d'avoir été pris en charge pour sa « *phase maniaque* » en

⁵³⁰ MBANZOULOU, P., BAZEX, H., RAZAC, O., ALVAREZ, J. (Eds) *Les nouvelles figures de la dangerosité*, Paris : L'Harmattan, 2008.

restant en cellule, en évitant l'hospitalisation d'office. Il a fait l'expérience de l'UHSA, lors de la « phase dépressive ». Il explique :

« Samuel : L'hôpital, c'est pas possible, c'est pas normal. Là, on ne te considère pas comme un adulte, comme quelqu'un qui peut comprendre. On a dû me faire des examens, on m'a mis des trucs sur le corps, et je demande pourquoi c'est. Vous savez ce qu'ils m'ont répondu « ça ne fait pas mal ». Vous imaginez ça ? comme à un enfant ! »

Question : et ici ça se passe comment ?

Samuel : Ici, on t'explique, que ce soit médecins ou infirmières. Même les surveillants, ils te parlent, pas gentil mais ils n'ont pas à être gentils. Quand je suis revenu, j'ai dit au chef « merci, merci de ne pas m'avoir hospitalisé d'office ». Quand je vois les mecs comment ils reviennent, ils sont shootés, ils bavent. En plus on te parle comme à un débile. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Nous n'avons pas rencontré de détenu satisfait d'un séjour en UHSA. Lors de discussions avec des personnes d'une association de parents de malades psychiatriques, il est apparu que certains détenus malades se trouvent bien mieux dans une UHSA qu'en prison ou en hôpital psychiatrique. Néanmoins, ils semblent rester exception.

6.3.5. Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)

Les SMPR ont été créés avant la réforme de la médecine en prison et sont le dispositif médical en prison le plus ancien. En effet, ils sont créés par la sectorisation de la psychiatrie en 1986. Ils sont exclusivement attachés aux maisons d'arrêt, sauf quelques exceptions. Un SMPR est un service psychiatrique au sein de la prison, disposant à la fois de lits d'hospitalisation et proposant également des soins aux autres détenus.

On considère souvent que la création des SMPR, qui répondait à un besoin effectif, a été responsable de l'enfermement de plus en plus de personnes ayant des troubles mentaux. Leur existence aurait permis aux juges d'envisager la prison comme un lieu de soin.

La question de ce lien entre création de dispositif et incarcération s'est posée pour les UHSA, mais également pour les cellules aménagées. Si ces dispositifs correspondaient à des besoins

tout à fait réels et à l'exigence d'assurer une prise en charge digne des personnes détenues, les professionnel.le.s se posent la question de « *l'appel d'air* » que cela a pu créer. On pense que la présence de tels dispositifs peut amener à l'enfermement automatique des personnes pour lesquelles d'autres solutions n'auraient pas été recherchées. De plus, cela permet de consolider l'idée de l'enfermement comme seule solution pour des personnes ayant commis des délits, mais aussi très éloignées du soin.

Un des établissements dans lequel nous avons mis en place la recherche possède un tel service, mais les contacts avec le responsable du SMPR n'ont pas abouti. Il existait de fortes tensions entre la direction de l'établissement et les professionnel.le.s du SMPR.

Nous avons également mené la recherche dans un centre de détention qui possède une antenne SMPR, c'est-à-dire sans lit d'hospitalisation et avec une équipe psychiatrique renforcée. Les prisonniers pris en charge par cette antenne, que nous avons rencontrés, font facilement un parcours entre l'établissement où ils sont incarcérés, un SMPR, Unité pour malades difficiles (UMD) et UHSA.

6.3.5.1. La prise en charge des toxicomanies

L'abus de diverses substances est très présent en prison. L'alcoolisme et les toxicomanies sont très fréquents pour les hommes incarcérés. Ils constituent également une problématique de santé mentale et leurs conséquences peuvent amener vers le champ du handicap. Deux types de structure existent en prison pour cette prise en charge, les antennes Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Les professionnel.le.s pénitentiaires parlent souvent du handicap que représentent les addictions dans leur travail et vis-à-vis des prisonniers. Les éducateurs et les travailleurs sociaux évoquent la prise de conscience récente des situations de handicap cachées derrière ou révélées par certaines addictions.

De surcroît, plusieurs personnes détenues sont venues nous parler spontanément, en rapprochant leur addiction d'un handicap. Nous n'avons pas inclus ces dispositifs dans notre recherche mais avons fait attention à la manière dont les addictions sont gérées dans chaque établissement.

6.3.6. Le droit à l'accessibilité et la compensation

6.3.6.1. Les aides humaines venant de l'extérieur

L'intervention d'infirmier.e.s ou d'aides-soignant.e.s extérieurs à l'établissement est imposée par l'impossibilité d'une prise en charge interne à l'établissement des détenus malades. Les Unités sanitaires, d'une manière générale, interdisent toute implication dans la prise en charge des dimensions extérieures aux consultations, les soins ambulatoires et à la distribution de médicaments.

Dans certaines unités, cet interdit est clairement exprimé et suivi à la lettre. Dans d'autres, les pratiques peuvent être plus souples. Des infirmier.e.s aidaient à l'entretien de l'hygiène, de manière très ponctuelle. Des surveillant.e.s aussi pouvaient se voir impliqué.e.s, par exemple, pour aider des prisonniers à mobilité réduite. Cependant, il s'agit de transgressions des règles et donc d'arrangements éphémères.

Les tensions autour des prisonniers qui ont besoin de soins ou d'une aide humaine sont très fréquentes. Dans un établissement, les CPIP posent la question de la manière suivante :

« Pour moi, je ne sais pas, quand on va à l'hôpital ou dans une maison de retraite, les gens ont les cheveux coupés, les ongles coupés. Ils n'ont pas des trous dans les vêtements. Pour moi, ça c'est aux infirmiers de le faire. C'est un travail d'infirmière. Apparemment non, ici non. Parfois, moi ou mes collègues, quand on va en détention, on voit certains détenus dans un état, vous n'imaginez pas. Donc, on prévient tout de suite les gradés mais ils disent « ce n'est pas notre travail », on appelle le 'médical', la même chose, ce n'est pas leur travail. C'est le travail de qui ? » (Cheffe du SPIP, Centre pénitentiaire)

Ainsi, aucun des métiers actuellement présents en prison n'a cette attribution. Les services médicaux veillent sur les questions strictement médicales. Les surveillant.e.s observent le respect des normes d'hygiène et de tenue correcte. Aucun des deux n'a de licence pour aider le prisonnier : les services médicaux n'intervenant pas en détention, les surveillant.e.s maintenant une distance corporelle avec les des détenus.

Pour remédier à cette situation, la pratique des interventions extérieures se développe de plus en plus. Des infirmier.e.s ou des aides-soignant.e.s de l'extérieur viennent quelques jours par

semaine ou parfois tous les jours. Ils/elles viennent en prison pour assurer des soins le week-end, faire les transferts du lit au fauteuil quotidiennement, ou encore s'occuper de l'hygiène plusieurs fois par semaine.

Administrativement, ces interventions n'ont pas toujours le même statut. Dans certains établissements, une ligne budgétaire est prévue pour l'intervention d'infirmier.e.s en libéral. Dans d'autres, on cherche à signer des contrats appelés conventions avec un organisme médico-social d'aide à domicile. Ces conventions permettent l'utilisation de la PCH⁵³¹ et/ou de l'APA⁵³².

Ces interventions posent un certain nombre de problèmes. Le temps que prend la signature des conventions est déjà assez long. Il s'agit d'organismes qui n'ont pas pour habitude de travailler ensemble. Ces conventions sont parfois signées par l'établissement, d'autres fois pas les SPIP ou les services médicaux. Pour pouvoir bénéficier de la PCH et/ou l'APA, la MDPH et/ou le conseil départemental sont également signataires.

Lorsque la convention est signée, il reste à trouver des auxiliaires de vie volontaires pour intervenir. Il s'agit d'un métier féminin qui manque de personnel. Le recrutement y apparaît difficile. Cette difficulté est renforcée par le mode de paiement. En effet, la PCH et l'APA couvrent les heures réellement effectuées auprès des personnes dépendantes et oblige les auxiliaires de vie à se déplacer quotidiennement. L'entrée et la sortie d'un établissement pénitentiaire peut prendre un certain temps pour lequel les aidant.e.s ne sont pas dédommagé.e.s. La contrainte horaire est donc plus forte encore en prison. Par ailleurs, même quand il y a une visite par jour, toute chute ou autre difficulté imprévue doivent tout de même être gérées par les professionnel.le.s de la détention. Enfin, le métier d'auxiliaire de vie est difficile car il est à la fois physique et relationnel. Il faut intervenir dans l'intimité des personnes handicapées, les aider en usant de la contrainte et de la ruse, tout en gardant en vue ce qu'il leur reste d'autonomie⁵³³. Cette mécanique complexe est difficile à mettre en place en prison.

Les professionnel.le.s pénitentiaires évoquent comme principale cause de cette difficulté le rapport des prisonniers à cette aide. Ils semblent être nombreux à la refuser. Etant souvent dans

⁵³¹ Prestation de compensation du handicap accordée individuellement par la MDPH en fonction du degré d'incapacité.

⁵³² Allocation personnalisée d'autonomie

⁵³³ AVRIL, C. *Les Aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris : La Dispute, 2014 ; HENNION, A., VIDAL-NAQUET, P. La contrainte est-elle compatible avec *le care* ? Le cas de l'aide et du soin à domicile, *Alter* 2015/Volume 9, Issue 3, p. 207-221.

un rapport d'opposition, certains utilisent leur handicap pour instituer un rapport de force avec l'institution. De nombreuses histoires existent sur des hommes détenus qui ne souhaitent pas être pris en charge. Ils ne veulent pas changer de couche, refusent d'être lavés et leur cellule nettoyée. A l'instar du ce prisonnier, dont nous parle un médecin, qui se faisait basculer de son fauteuil roulant dès qu'un surveillant essayait de l'aider. Il accusait ainsi l'administration pénitentiaire de le maltraiter. Ces attitudes apparaissent plutôt comme un refus de l'enfermement qu'un refus de la prise en charge. Comme dans le cas suivant :

« Je me souviens, on avait quelqu'un qui portait des couches. Il était incontinent mais sinon il pouvait se déplacer. On avait vu avec le 'médical', il était autonome, il pouvait changer ses couches et on lui achetait régulièrement des couches. Il avait besoin de personne. Il ne demandait personne pour l'aider. Non, il se baladait en détention avec des couches qui dégoulaient. Et quand on lui disait quelque chose c'était « on m'a mis en prison comme ça, on a qu'à me supporter ». C'était clairement qu'il n'était pas d'accord pour être en prison, mais nous qu'est-ce qu'on pouvait faire ? » (Cheffe de bâtiment, quartier Centre de détention, Centre pénitentiaire)

Dans d'autres cas, les détenus refusent l'aide, prétextant préférer un homme à une femme ou l'incompétence relationnelle des auxiliaires de vie. En outre, certains détenus acceptent les prises en charge en cherchant à établir des rapports de domination avec leur aidant :

« C'est compliqué cette histoire parce qu'il faut faire attention. Les gens qu'on a ne sont pas des gens faciles. Ils ont fait des choses. Ils peuvent avoir une vision de l'être humain qui n'est pas ... On a eu ça ici, un aide-soignant qui venait de l'extérieur qui était mal, qui était en souffrance. Les gradés ont remarqué quelque chose et on a discuté. Le monsieur dont s'occupait l'aide-soignant avait essayé de faire du chantage, il demandait des choses qu'on a pas à demander. On a dû remettre les choses à leur place. Mais si on n'avait pas vu, on aurait pu laisser cette personne partir. » (Cheffe d'établissement, Centre pénitentiaire)

La mise en place de ce type de prise en charge est fortement recommandée par la DAP, alors même qu'elle semble poser un certain nombre de difficultés.

D'autres types d'aides humaines qui peuvent intervenir dans le cas du handicap sont les traducteurs en langue des signes pour des personnes malentendantes, même si les quelques procédures mises en place semblent difficilement aboutir. Tout comme les étrangers en prison,

les personnes sourdes et malentendantes ont le droit à un traducteur lors des moments importants de leur détention – les commissions disciplinaires ou bien d'aménagement de peine. La principale difficulté évoquée est le refus des détenus de bénéficier d'une traduction notamment lorsqu'ils ne maîtrisent pas la langue des signes. C'est une langue qui n'est pas automatiquement connue et qui s'acquiert lors d'une scolarisation. Les personnes sourdes en prison n'ont pas toujours eu l'occasion de l'acquérir. Celles qui maîtrisent la langue des signes, lorsqu'elles sont incarcérées pour des peines courtes n'ont eu aucune possibilité de s'entretenir avec un traducteur. Nous n'avons pas réussi de nous entretenir en détention avec des personnes sourdes ayant ce type de besoin.

6.3.6.2. Les aides techniques

La difficulté de faire entrer des aides techniques en prison peut être envisagée assez facilement. C'est un milieu où tout objet est susceptible de devenir une arme ou un outil pour faire entrer des produits illicites. Ainsi circulent les images : une prothèse de jambe remplie de téléphones ou de cannabis, une canne qui sert à bloquer une porte, le bras d'un fauteuil roulant projeté sur un autre détenu, des lunettes et des appareils auditifs volés qui servent comme monnaie d'échange...

Il est en effet difficile d'envisager l'entrée de tout ce matériel dans un lieu où peuvent être interdits les écharpes, les cravates, les vêtements à capuche ou matelassés, les chaussures ou les ceintures à boucle métallique, etc. Cependant, ce n'est pas sur cela que se concentrent les conversations lorsqu'on évoque la question. Les surveillant.e.s ont l'habitude de voir et de gérer un certain nombre d'aides techniques. Ils/elles évoquent plusieurs difficultés, notamment liées aux fouilles et aux contrôles et semblent avoir trouvé une parade.

« Disons que c'est plus compliqué mais ce n'est pas impossible. Les handicapés, on les fouille, s'il le faut. Comme ils sont isolés et ne sortent pas beaucoup, on a pas beaucoup de raisons de les fouiller. Mais s'il faut, oui. Comment on fait ? On fait attention. On le fait à plusieurs. Déjà, si c'est possible on le fait dans leur cellule, comme ça la personne n'est pas trop stressée, elle est sur son lit. Sinon, dans la salle des fouilles, on adapte, avec une chaise par exemple, dans un centre de détention où j'étais avant, on avait des chaises roulantes, on mettait la personne dessus. Et s'il y a des prothèses, on demande à la personne de les enlever elle-même. On fait en sorte de toucher le moins possible.

On cherche à respecter la dignité de la personne. Les fouilles, c'est facile pour personne, pour nous non plus. Mais c'est nécessaire. Ce n'est pas que pour nous protéger nous, c'est surtout pour protéger les détenus. » (Surveillant responsable de la sécurité, Maison centrale)

La présence de matériel technique au sein de la détention est donc familière. C'est plutôt son entrée en prison qui est difficile. En effet, la question ne semble pas réglée quant au service qui s'occupe à procurer les aides techniques. Si pour les prothèses auditives, minerves, lunettes, etc., le service médical apparaît comme le principal interlocuteur, pour les fauteuils roulants, lits médicalisés et autres aides techniques plus lourdes, les pratiques sont très hétérogènes. Dans certains établissements, ces aides sont considérées comme relevant de l'hébergement et donc la détention, quand dans d'autres, elles font partie de l'accès au droit. Dans les deux cas, les services médicaux tendent à se dessaisir de cette tâche.

Une des plaintes les plus fréquemment évoquées par les prisonniers est la difficulté d'obtenir, de changer ou de réparer un fauteuil roulant. Aucun protocole ne semble exister. La question est réglée selon l'établissement et dépend même parfois de la bonne volonté des professionnel.le.s.

6.3.6.3. L'allocation d'adulte handicapé

En France, les prévenu.e.s et les condamné.e.s ont le droit de percevoir leur retraite ainsi que l'allocation d'adulte handicapé. En revanche, ils/elles ne peuvent pas bénéficier de l'allocation chômage ni des minimas sociaux tels que le revenu de solidarité active (RSA). La pension de retraite est perçue dans son intégralité tandis que l'AAH à hauteur de 30%, sauf si le prisonnier a des enfants à charge.

Percevoir l'AAH est un droit, mais ici encore se pose la question du service responsable pour la mettre en place. En effet, il s'agit de monter un dossier dans lequel le détenu exprime son « *projet de vie* ». Un volet social est généralement rempli par le SPIP et le volet médical par un médecin. Il n'y a aucune procédure harmonisée pour l'ensemble des établissements pénitentiaires. Si, dans une prison, le SPIP comme service orienté vers l'accès aux droits se considère naturellement l'initiateur d'un tel projet, dans une autre la tâche est entièrement endossée par les services médicaux. Dans les deux cas de figure, ils échangent des informations *a minima*. Mais dans d'autres établissements, même en cas

de relations conflictuelles entre les deux services, ils procèdent ensemble aux « arbitrages » pour décider, s'il faut initier une demande d'allocation. Dans la plupart des établissements, la démarche est facilitée par la présence d'une assistante sociale qui fait le lien entre les deux services.

Les difficultés de communiquer avec les autres institutions sont encore présentes dans cette procédure. Les professionnel.le.s pénitentiaires attendent souvent une rencontre physique entre le détenu handicapé et les services de la MDPH, et dénoncent l'absence de ce rendez-vous. Puisque les MDPH travaillent essentiellement sur dossier, la rencontre physique entre le demandeur et les professionnels chargés d'étudier son dossier est plutôt exceptionnelle.

Dans les difficultés administratives, on nous a souvent cité celle liée à l'adresse du détenu. Si ce dernier bénéficiait déjà d'une allocation dans son département et qu'il est incarcéré dans un autre, aucun des deux départements ne souhaitera payer son allocation. Depuis la loi pénitentiaire de 2009, les prisonniers ont la possibilité d'être domiciliés dans leur établissement pénitentiaire ce qui facilite les démarches. Mais les prisonniers qui sont souvent transférés d'un établissement à un autre doivent refaire toutes ces démarches.

Les contacts avec certains conseils départementaux, notamment dans les départements où sont implantés des grands centres pénitentiaires enfermant des prisonniers avec des problématiques sanitaires importantes, ne sont pas faciles non plus. Toutes ces problématiques peuvent donner lieu à des demandes d'allocations, les conseils départementaux peuvent chercher à éviter des coûts financiers.

L'obtention d'une allocation d'adulte handicapé n'est jamais facile, d'autant plus que beaucoup de professionnel.le.s, de santé ou d'insertion et probation, se sentent « perdu.e.s » dans ces procédures. Mais le fait de bénéficier de l'AAH en prison n'est pas dénué de contradictions. Les personnels de surveillance, surtout les gradé.e.s, bien que peu impliqués.e.s dans ces démarches les connaissent bien et peuvent avoir leur avis. L'AAH devient comme tous les autres dispositifs en prison une manière de gérer la détention. Certain.e.s s'impliquent pour qu'un prisonnier ait son allocation rapidement :

« Monsieur X, vous l'avez vu ? Qu'est-ce qu'on peut faire pour lui ici, rien. La seule chose, c'est la petite pension dont il parle tout le temps. Il ne peut pas travailler. Il ne peut pas cantiner. Il ne veut pas sortir de sa cellule. Avoir un peu d'argent, ça

va lui faire du bien. Il va se sentir un peu mieux, parce qu'ici, c'est dur d'être pauvre... Je pousse parfois un peu, quand je vois sa CPIP. Je lui dis « il attend et nous aussi. » (Cheffe de bâtiment, quartier centre de détention, Centre pénitentiaire)

Dans d'autres cas, l'AAH, ou plutôt ses effets, est dénoncée par ces mêmes surveillant.e.s :

« Je suis d'accord que les droits c'est bien. Mais si c'est pour quelqu'un qui pourrait travailler ? S'il a cet argent comme ça, il ne cherche plus à travailler, et on lui donne pas de travail non plus. Pour les gens qui sont très, très malades, je comprends. Mais quelqu'un qui peut avoir quelque chose de plus léger, qu'est-ce qui va se passer ? Il va faire quoi de sa détention ? rester allongé et cantiner ! Il va sortir comment ? Il va sortir plus malade, il va sortir habitué à dormir toute la journée, il ne va pas être dans le travail. Et après, on va le revoir ici. Moi, je leur dis clairement, « c'est pas bien pour vous de ne pas travailler, de s'habituer comme ça. » (Cheffe de bâtiment, quartier maison d'arrêt « courtes peines », Centre pénitentiaire)

Les prisonniers ont tout autant des visions contradictoires sur l'AAH. Pour certains c'est une reconnaissance, pour d'autres une nécessité, tandis que nombreux sont ceux à la refuser.

6.3.7. Le travail aménagé

L'alternative à la « *dérive* » dénoncée par le bénéfice de l'AAH a été mise en place d'une manière expérimentale dans un seul endroit pour le moment : il s'agit de la création d'un atelier de travail aménagé du secteur médico-social. Il semblerait que deux autres prisons soient en train de réfléchir à répliquer ce dispositif. Cet Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) a été créé au sein d'un centre de détention. Il dispose de 10 places de personnes ayant un handicap psychique ou mental.

Depuis longtemps le travail aménagé existe en prison. On parle de travail « *thérapeutique* » et est apparenté à un travail en CAT⁵³⁴. Le travail thérapeutique consiste en la mise au travail

⁵³⁴ Centre d'aide par le travail, ancien nom des ESAT. Pour le travail pénitentiaire cf. GUILBAUD, F. *LE TRAVAIL PENITENTIAIRE. Une étude de sociologie du travail*, Rapport GIP "Mission de recherche Droit et Justice", 2006.

occupationnelle de certaines populations qui ne sont pas considérées comme capables de travailler avec les autres. Aujourd'hui, en prison ou en milieu protégé, les impératifs de rentabilité sont devenus de plus en plus forts. La mise au travail étant devenue de plus en plus exigeante, de nombreux détenus, notamment ceux qui présentent certains troubles, ne peuvent être recrutés. Le parcours carcéral qui les attend est souvent fait d'isolements, crises et violences. La création de cet ESAT a tenté d'entraver cette dynamique en permettant aux détenus les plus démunis d'accéder à un travail aménagé. D'une manière générale, il est très rare que des postes puissent être aménagés pour des personnes ayant un handicap, même lorsque celui-ci est moteur.

6.4. Un régime d'action pénitentiaire

Ce régime se rapproche de celui que Boltanski a appelé « *régime de justesse* », les parties prenantes étant d'accord sur les principes de grandeur et sur les manières d'agir. Ils respectent la convention en place, sans la discuter, ni l'explicitier : « *En justesse, le rapport sert à stabiliser des connexions locales, comme on le voit dans le cas de la consigne, du mode d'emploi, de l'étiquetage, etc.* »⁵³⁵

Ce régime a une visée de gestion de la détention, que ce soit par les accords obtenus ou bien par la violence. Selon la convention en renommée qui met en jeu la réputation et les hiérarchies, le régime qui lui correspond est celui dans lequel il s'agit de catégoriser et classer les personnes et leurs actions.

6.4.1. Une accessibilité « *bricolée* »

L'accessibilité est un des grands enjeux des politiques du handicap et, plus généralement, de la concrétisation des droits individuels. Avec la loi de 2005, l'accessibilité est devenue un des objectifs majeurs pour permettre l'inclusion effective des personnes handicapées. On considère aujourd'hui que c'est à la société de s'adapter aux différents handicaps. La loi de 2005 préconisait que tous les établissements recevant du public (ERP), hôpitaux, administrations, écoles, transports et commerces et ... prisons, devaient être accessibles au 1 janvier 2015. Ce délai est depuis longtemps passé, plusieurs fois prolongé et revu pour des raisons matérielles, financières ou de volonté publique. La société entière peine à se rendre accessible. Qu'en est-il de la prison ?

L'architecture est le premier instrument de la peine de prison. Il s'agit de limiter la liberté de mouvements en limitant l'espace de déplacement possible. En conséquence, les dimensions spatiales donnent aussi une prise sur le temps des détenus. Les architectures carcérales se différencient selon les époques et les lieux, car elles manifestent le rapport social au criminel.

⁵³⁵ BOLTANSKI, L. 2011, *Op. cit.*, p. 131.

Le cachot où on laissait mourir et la prison ouverte sont séparés non seulement par quelques siècles, mais aussi par des philosophies pénitentiaires différentes.

La construction des prisons correspond à plusieurs enjeux, notamment de surveillance et de contrôle constants. Elle est soumise à des cahiers de charge très contraints. Quelle signification prend donc l'accessibilité dans cet univers ?

Depuis la loi de 2005, deux décrets liés à l'accessibilité des établissements pénitentiaires ont été publiés, l'un datant de 2016⁵³⁶ lié à l'accessibilité du bâti existant et l'autre de 2010 lié aux établissements à construire⁵³⁷. Il s'agit d'envisager non seulement l'accessibilité des personnes détenues mais aussi de toute autre personne, professionnel ou visiteur. Ces décrets ont été le fruit de débats entre plusieurs administrations et ils ont pris en compte les avis du Conseil consultatif national des personnes handicapées. Ils sont donc des exemples concrets « *d'objets-frontières* »⁵³⁸, construits autour des enjeux contradictoires et propres à chaque univers. Néanmoins, le degré de spécialisation des terminologies des deux mondes – pénitentiaire et lié à l'accessibilité – semblent les rendre difficilement lisibles. En effet, au lieu de permettre une ouverture de dialogue, ces décrets semblent se transformer en une énumération des deux cahiers des charges, carcéral et d'accessibilité.

Cela a été confirmé à plusieurs reprises lors de nos visites en prison. Dans plusieurs régions pénitentiaires, un travail a été mené par des architectes autour de l'accessibilité des établissements. Le constat : pratiquement rien n'est possible. Le manque de réflexion générale qui prenne en compte les différentes contraintes empêche l'avènement d'une convention au sens de Boltanski et Thévenot autour de l'accessibilité de la prison. Un décret peut donc combiner les intérêts de deux mondes sans forcément permettre un changement de convention.

Comment font au quotidien les personnes détenues handicapées et les professionnel.le.s ?

Ils « *bricolent* ». C'est régulièrement le mot qui est utilisé pour nous parler des différents aménagements. Dans leur bouche, le mot « *bricolages* » a une connotation négative, un dispositif « *bâtard* », disent-ils souvent. Nous utiliserons ici le mot bricolage comme désignant les réalités d'une vision d'accessibilité tout à fait pragmatique.

⁵³⁶ Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées.

⁵³⁷ Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

⁵³⁸ TROMPETTE, P., VINCK, D. Retour sur la notion d'objet-frontière, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2009/vol. 3, p. 5-27.

Certains établissements sont tellement vétustes et impossibles à rendre accessibles qu'ils le déclarent tout de suite. Il serait mal avisé de la part d'un juge d'y envoyer un prévenu dépendant. Cela arrive pourtant et perturbe fortement le fonctionnement pénitentiaire, le détenu étant alors envoyé vers un établissement plus accessible. En outre, certains établissements se sont vus obligés de se rendre accessibles suite à des procès médiatisés intentés par des détenus.

Pour les condamnés à des peines moyennes et longues, cela semble plus facile. Ils doivent être affectés dans un établissement pour peine. Dans leur cas, le temps permet de rechercher une prison accessible. De plus, le dossier du détenu arrive avant lui dans l'établissement pour peine, ce qui est censé permettre aux professionnel.le.s de se préparer. Cependant, à plusieurs endroits, même si on connaît préalablement le dossier, les professionnel.le.s expliquent avoir découvert le handicap du détenu.

« Ah ça c'est classique. On reçoit le dossier. Parfois, on a même des contacts avec l'établissement précédent. Et le jour d'arrivée, on découvre le handicap. On découvre un monsieur dans un fauteuil roulant. C'est arrivé un nombre de fois. » (Responsable de la santé, Direction interrégionales des services pénitentiaires)

Parfois, la règle de la séparation entre prévenus et condamnés est transgressée, lorsqu'il faut héberger un détenu dans un établissement accessible et non dans un correspondant à son statut pénitentiaire.

Lorsque nous parlons d'établissement accessible, il s'agit d'une accessibilité qui n'est jamais « universelle », c'est-à-dire une « accessibilité à tout pour tous ». Il s'agit toujours d'une accessibilité bricolée, qui se fait souvent en fonction d'une personne. L'accessibilité en prison est rarement pensée en amont, et lorsqu'elle existe, elle est construite en aval.

Quelques établissements parmi les plus récents ont intégré dans leur architecture des notions d'accessibilité : peu de marches et de tourniquets à l'entrée, des bâtiments accessibles de plain-pied, des portes plutôt larges. Ils possèdent des cellules aménagées, à hauteur de 2% : pour une capacité théorique de 200 places, 4 cellules aménagées. Ce taux ne prend pas en compte la surpopulation carcérale. Et les quatre cellules ne sont pas tout à fait aménagées. L'environnement est relativement accessible, il permet l'entrée de visiteurs en fauteuil roulant. Pour autant, la vie quotidienne d'une personne à mobilité réduite dépend d'énormément d'autres aménagements. Par ailleurs, les aménagements pour les autres types de handicaps notamment sensoriels sont peu présents.

Dans les établissements qui ont dû s'adapter, et donc bricoler l'accessibilité, les choses ont été faites au fur et à mesure et parfois sur plusieurs années. Les plans inclinés mais aussi l'abattement partiel des tourniquets, qui permettent l'entrée et la sortie du bâtiment d'hébergement, aux parloirs ou dans les unités sanitaires ont souvent été le résultat de multiples bras de fer : entre détenus et administration, mais aussi entre différents services. Les manières de faire sont donc à chaque fois locales et dépendantes des situations particulières.

Les cellules, quand elles sont aménagées, sont le plus souvent regroupées à un seul étage. Lorsqu'un détenu est en perte d'autonomie, il y est déplacé. Très rarement, un détenu devenu dépendant peut garder sa cellule. Il existe de rares exceptions où des travaux d'envergure ont été entrepris dans l'intégralité d'un bâtiment, ce qui a permis de répartir les cellules aménagées sur plusieurs étages⁵³⁹.

Souvent, le seul aménagement d'une cellule consiste à agrandir les portes pour permettre le passage d'un fauteuil roulant. Un second aménagement peut être l'abattement de la clôture qui sépare la cuvette des toilettes du reste de la cellule. Les cellules étant petites, la circulation avec un fauteuil roulant à l'intérieur est souvent difficile voire impossible. Lorsqu'il s'agit d'un aménagement plus important, les cellules sont agrandies et laissent la possibilité de se mouvoir à l'intérieur. Ces dernières, à l'image des chambres d'hôpital peuvent avoir une douche, un lit médicalisé, des barres d'appuis.

Ces aménagements semblent être le fait de l'administration pénitentiaire, les médecins expliquant avoir été exclus de la réflexion. La plupart est même assez critique, relevant de nombreux défauts de conception. En effet, souvent les aménagements apparaissent comme l'application d'un cahier de charges sans aucun lien avec la personne qui y vit. Pour donner un exemple, les barres d'appuis sont souvent posées trop haut, trop bas ou même parfois de côté. Malgré tous ces défauts, les cellules aménagées existent alors que pratiquement aucun aménagement n'est pensé pour les autres types de handicap.

Ponctuellement, une bande podotactile est posée lorsqu'un prisonnier malvoyant ou aveugle est incarcéré. Nous avons entendu parler des documents et d'une signalisation en braille prévus dans d'autres établissements, mais les urgences carcérales ont semblé compromettre leur mise en place. Certains centres scolaires ont des ordinateurs qui permettent la lecture pour des personnes malvoyantes.

⁵³⁹ Nous ne l'avons pas vérifié personnellement.

Pour les prisonniers sourds ou malentendants, peu de choses existent. Un film a été produit par le collectif *Sourds et prison* pour être projeté dans les quartiers arrivants. Il a apparemment très peu servi. En effet, les surveillant.e.s déclarent ne pas rencontrer de difficultés pour communiquer avec des personnes sourdes, pouvant se servir de gestes, dessins ou d'écrits. Certain.e.s considèrent que l'utilisation de pictogrammes pourraient être un plus. Pour les autres services, la situation s'avère plus complexe, notamment pour les SPIP, pour qui il s'agirait du handicap le plus difficile à appréhender.

6.4.2. L'activité professionnelle en prison centrée sur les « classements » des prisonniers

Une des activités principales en prison est le « *classement* », terme utilisé par l'administration pour attribuer à un détenu une activité, du travail, pour lui permettre de faire du sport ou d'avoir une aide. L'activité de rangement, d'ordonnancement et de hiérarchisation semble constante en prison, même en dehors des pratiques administratives. Il ne s'agit pas d'une activité cognitive abstraite, puisqu'elle est toujours accomplie dans la pratique. C'est par la description que les acteurs/trices nous faisaient de leurs pratiques que nous avons pu accéder aux opérations de catégorisation et de classement.

Ainsi, dès le premier entretien que nous avons eu en prison, le directeur tente d'assimiler les catégories pénitentiaires à celles du handicap, après avoir discuté de la définition du handicap dans la loi de 2005. Pour notre rencontre, il a imprimé de nombreux textes, notamment des parties du *Guide de prise en charge sanitaire des personnes détenues* où figure l'article de la loi. Nous regardons cette définition⁵⁴⁰ et la discutons :

⁵⁴⁰ Art.L.114 : Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Extrait du journal de terrain, « *Vulnérable ou dangereux, c'est là où on fait la différence.* »

Février 2015, Maison d'arrêt

Directeur : Le physique, on comprend, c'est en fauteuil ou grabataire. C'est beaucoup pour le 'médical'.

Le sensoriel ?

Question : C'est quand on parle de malentendant ou malvoyant.

Directeur : Ah oui, aveugle ou sourd, oui, on en a vu. C'est pas tout à fait la même chose pour la gestion, mais c'est des gens qui sont considérés vulnérables. On parle au 'médical'. Le mental, ça on connaît bien, est-ce que c'est la même chose ?

Question : En l'occurrence, on parle de déficience intellectuelle.

Directeur : Déficience intellectuelle ?! Nous on dit débile, c'est pas très correct, mais ça se dit encore. Parfois, même dans les expertises, on voit ce mot débile. Je vois, je vois. Et cognitives ?

Question : Les troubles cognitifs peuvent être les troubles de la mémoire, de l'apprentissage, de l'orientation dans le temps et dans l'espace ...

Directeur : Ah ça, mais ici on est en prison, les gens désorientés... Mais sinon, oui, les vieux, qui perdent la tête, qui ont un accident ou les toxicos, selon le produit, ils peuvent être complètement à l'ouest. Je vois. Psychique, je vois aussi, les fous quoi. Même si, pour nous, n'étant pas médecins, les trois là – mental, cognitif et psychiatrique, c'est un peu la même chose. On apprend un peu les pathologies mais c'est surtout psy en fait, donc dans le quotidien ça se mélange un peu. Sauf si, bien sûr, parfois le cognitif, celui qui est perdu, ben il est vulnérable, alors que le psychique, il peut être dangereux. C'est là, où on fait la différence.

La définition du handicap est rapidement intégrée et revue en fonction des classements pénitentiaires. Ces derniers se réduisent à la séparation entre vulnérables et dangereux.

Avant même l'arrivée en prison d'un détenu, des opérations de classements débutent. S'il arrive dans un établissement pour peine, son dossier est reçu plusieurs jours à l'avance, les personnels et même les autres détenus ont eu le temps de se préparer et parfois de se renseigner sur son compte. L'activité de classement se rejoue ensuite constamment en prison. Elle ne dépend pas seulement des « *faits* », mais aussi de la personnalité, du comportement du détenu et des interactions.

Dans son livre *Management de la prison*⁵⁴¹, G. Cliquenois parle de « *jugements en distance* » faits par les professionnel.le.s, basés sur le dossier et la réputation d'un détenu que l'on ne connaît pas et de « *jugement en interaction* », qui intervient après plusieurs rencontres. Deux

⁵⁴¹ CLIQUENOIS, G. *Le management des prisons*, Bruxelles : Larcier, 2012.

techniques qu'utilisent les professionnel.le.s pour décider de l'affectation dans un quartier et un régime de détention particulier d'un détenu avant son arrivée et après celle-ci⁵⁴². Les surveillant.e.s nous assurent souvent que les anciens classements ne marchent plus et c'est seulement sur le comportement qu'ils/elles se basent :

« Les hiérarchies qu'on avaient avant, le braqueur en haut de l'échelle et le pédophile tout en bas, on ne les utilise plus. Ça ne marche plus comme ça. On a pas à juger nous, on est pas des juges, les faits ont été jugés ou ils vont être jugés. Parfois, des détenus me parlent « surveillant, j'ai fait ça, je suis là pour ça », je les arrête je leur dis « vous avez été jugés. Moi, je ne suis pas là pour vous juger de ce que vous avez fait. Par contre, je suis là pour juger de votre comportement. Si vous arrivez à l'heure, si vous travaillez bien, si vous trichez, ça je peux juger. » (Surveillant gradé responsable du travail, Centre pénitentiaire)

Mais les choses ne sont pas aussi claires. Plus loin dans l'entretien, ce même surveillant, en parlant du handicap, fait automatiquement des liens entre types de criminalité et type de déficience. Même si aujourd'hui, « le jugement » par les faits commis n'est plus considéré comme légitime une fois incarcéré, le type de criminalité continue de jouer un rôle important dans l'établissement du profil pénitentiaire :

« On dit qu'on utilise plus les hiérarchies, mais parfois quand on sait ce qu'il a fait, on se fait quand même une image. Mais ça ne suffit pas, il faut aussi le voir en détention, il faut voir comment il évolue. Il y a les deux. Par exemple, pour vous, pour le handicap, quelqu'un qui a été 'nourrice' [personne qui garde chez lui des produits illicites pour d'autres], ben il a plus de chance d'être quelqu'un de fragile psychologiquement ou mentalement. Donc, c'est quelqu'un qu'il faut surtout protéger. Et aussi faire attention, parce que quelqu'un comme ça, il a peur, il fait tout ce qu'on lui demande. » (Surveillant gradé, responsable de la sécurité, Centre pénitentiaire)

C'est à travers cette activité de classement que la question du handicap devient significative en prison. Voir le handicap d'un détenu en prison est indissociable des hiérarchies et des épreuves pénitentiaires.

⁵⁴² Ibid., p. 47.

6.4.2.1. Les classements en pratique

Comme nous l'avons déjà brièvement évoqué, pour avoir du travail ou pratiquer une activité en prison, il faut être « classé ». C'est une procédure d'examen et de tri des demandes des détenus. Dès l'arrivée du prisonnier, on lui présente les emplois et les activités auxquels il peut accéder. Selon le type d'établissement, le détenu peut s'attendre à avoir un travail plus ou moins rapidement. Dans une maison centrale, il faut attendre au moins un an pour avoir du travail. Dès lors, le suivi de formations est privilégié au début. En maison d'arrêt, lorsque le détenu a une courte peine, par exemple moins de 6 mois, les possibilités de travail sont fortement réduites. Au-delà du type d'établissement, le classement peut dépendre du principe de hiérarchisation choisi au sein de l'établissement

La direction de l'établissement est obligée d'assurer du travail ou une activité à tous les détenus, s'ils le souhaitent. Les personnes détenues demandent souvent de travailler. Malgré des salaires bien plus bas qu'à l'extérieur⁵⁴³, travailler assure des moyens de vivre en prison, la possibilité de sortir de sa cellule et des crédits de réduction de peine. Le travail donne également un statut au prisonnier. Plus globalement, il s'agit d'un moyen de gestion des populations incarcérées pour l'administration : « *Le travail c'est très important en prison. On peut dire que c'est vraiment ça, la carotte, comme on dit.* » (Surveillant gradé, Centre de détention).

Dans les établissements à gestion déléguée⁵⁴⁴, les entreprises sont chargées de fournir l'offre d'emploi et de formation. Le classement des personnes bénéficiant de ces offres revient toujours à la direction de l'établissement. Pour être classé, le détenu doit préalablement faire une demande écrite, mais il pourrait, si son statut le lui permet « *parler aux chefs* » pour être sûr que sa demande soit appuyée. Pour certains postes, en travail ou en formation, des prérequis sont demandés, tels que le niveau d'études ou bien un profil pénal spécifique. Plus précisément, l'opération de classement au travail peut dépendre du profil pénal (condamné ou prévenu, courte ou longue peine, procédure criminelle ou correctionnelle) et du profil pénitentiaire (détenu particulièrement signalé, dangereux, vulnérable, « *petit* » ou « *gros* » profil, etc.). Le travail des officier.e.s qui étudient les demandes de classement est de vérifier également que des prisonniers, jugés dans les mêmes affaires ou connus pour être en conflit, ne se rencontrent pas.

⁵⁴³ Le travail en prison n'est pas encadré par le droit du travail, pas de congés, pas de médecine de travail, pas de salaire minimum.

⁵⁴⁴ Etablissement à gestion déléguée – depuis 1987 (Loi Chalandon), le secteur privé peut construire et participer au fonctionnement courant des prisons. Les fonctions régaliennes sont réservées à la l'administration pénitentiaire.

Dans les différents établissements, les principes de hiérarchisation qui précèdent la mise au travail sont différents. Dans une des prisons visitées, tous les prisonniers étaient reçus en entretien lors de leur arrivée et ceux montrant le plus de motivation pour un poste étaient « *classés au travail* ». Les détenus qui obtenaient les postes étaient ceux qui avaient des habilités dans la présentation de soi et la démonstration de leur motivation donc. Dans une autre prison, le principe de classement était l'ordre d'arrivée des détenus. Une liste d'attente a été établie et lorsqu'un poste se libérait le premier nom était étudié. S'ils n'existait pas de contre-indication, le détenu était retenu. Dans une maison d'arrêt, le chef d'établissement avait décidé d'offrir du travail au plus grand nombre. Les travailleurs avaient moins d'heures mais celles-ci étaient plus équitablement distribuées. Dans une maison centrale, les critères étaient liés à l'observation individualisée et aux arbitrages entre les différents métiers. Le principe était d'inscrire les activités et le travail dans la gestion d'une peine longue.

D'autres critères peuvent entrer en jeu pour être classé au travail. Par exemple, donner en priorité aux prisonniers ayant le moins de ressources : « *les indigents* ». Dans ce cas les personnes qui bénéficient d'une pension de retraite ou d'une allocation, notamment l'AAH ne seront pas prioritaires, car elles ont des ressources. Dans certains établissements, les personnes ayant une déficience motrice, sont exclues *de facto* de l'offre de travail, ne pouvant pas se déplacer et n'ayant pas de poste de travail aménagé. Dans d'autres, ces personnes peuvent être exclues explicitement, selon les chef.fe.s d'établissement, la médecine et le droit du travail n'existant pas en prison, les mettre au travail serait illégal. Parfois, à l'initiative d'un.e chef.fe d'établissement, des espaces peuvent être aménagés pour que quelques personnes détenues « *fragiles* » puissent travailler.

Il existe aussi le travail en cellule. Destiné aux prisonniers « *faibles* » ou « *fragiles* », il peut bénéficier aux prisonniers ayant un handicap. Dans ce cas, le travail offre une occupation et une rémunération, mais pas la possibilité de passer du temps en dehors de sa cellule et de rencontrer d'autres personnes.

En réalité, la mise au travail d'une personne handicapée dépend souvent de sa personnalité : inspirer confiance, devenir très gênant dans sa revendication ou susciter la pitié. D'une question purement pénitentiaire, la question du travail devient une question transversale à tous les métiers. Médecins, psychiatres et psychologues interviennent pour demander que tel prisonnier obtienne un travail, car sa pathologie et son isolement risqueraient de s'aggraver. Lorsque le

classement au travail apparaît impossible, l'on se tourne vers les activités proposées par les services médicaux ou scolaires.

Dès les premiers entretiens avec des personnels de direction, en parlant du travail et du handicap, on évoque le « *classement thérapeutique* ». Il s'agit de classer des personnes au travail pour des raisons autres que leur performance à la tâche. Le « *classement thérapeutique* » vise la mise au travail occupationnelle. Il s'agit de personnes considérées comme physiquement ou psychiquement démunies. Cette mise au travail présente à la fois une logique d'assistance, puisqu'elle apporte quelques ressources au détenu, et sert également à le « *responsabiliser* », par exemple, au niveau des horaires. Le « *classement thérapeutique* » a évidemment une visée gestionnaire, c'est-à-dire le maintien de l'ordre au sein de la détention.

Les « *classements thérapeutiques* » ne concernent pas nécessairement des personnes handicapées, mais la procédure s'apparente fortement aux reclassements existant dans les entreprises. Il nous a été impossible d'obtenir des chiffres sur ce type de classement, car, très souvent, il se fonde dans les autres activités. Nous avons pu nous entretenir avec des prisonniers « *classés thérapeutiques* ». Ils avaient différentes façons de le vivre : soulagement de pouvoir travailler, mais aussi honte et rage.

Des prisonniers se déclarant handicapés et ayant une reconnaissance de leur handicap peuvent tout à fait occuper des emplois ordinaires et même valorisés en détention. On suppose que la capacité de construire une relation et de se montrer fiable précède de tels classements.

6.4.2.2. Les pratiques pour « *détecter la fragilité* »

Les classements ont un caractère plus officiel que les catégorisations quotidiennes, tout en étant moins figées que les catégories de l'action publique. Ils servent d'abord à la gestion des prisonniers.

Depuis le début des années 2000, la lutte contre le suicide est devenue une grande cause en prison. On se suicide sept fois plus en prison qu'en population ordinaire⁵⁴⁵ et la France semble tenir une des premières places en nombre de suicides en Europe⁵⁴⁶. Les pratiques de lutte contre le suicide, comme souvent en prison, sont disparates, mais elles ont donné lieu à une évaluation

⁵⁴⁵ DUTHE, G., HAZARD, A., KENSEY, A., PAN KE SHON, J-L. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. *Population et Société*, 2009/462.

⁵⁴⁶ *Ibid.*

obligatoire de la « fragilité ». Plusieurs grilles de détection « *du potentiel* » suicidaire ont été établies. Elles ont souvent été élargies à la vulnérabilité physique et psychique, ou aux troubles du comportement. La question du handicap s'inscrit ainsi aussi dans l'activité de détection de la fragilité.

Plusieurs critères sont retenus pour les classements administratifs. Les détenus sont classés par leur profil judiciaire – prévenu ou condamné ; par la peine qu'ils ont à effectuer ou qu'ils encourent ; les « *faits* » qui leur sont reprochés, certains actes interdisant certains métiers, d'autres exigeant une protection renforcée ; leur situation sociale, familiale et professionnelle avec une attention particulière aux ruptures ; par leur implication dans des groupes ou bandes dont certains membres sont déjà présents dans l'établissement ; par leur profil pénitentiaire si la personne a déjà été incarcérée et est connue ; par leur âge et leur état de santé⁵⁴⁷.

Si le prisonnier arrive d'un autre établissement, on peut se renseigner sur lui en lisant son dossier ou même en contactant directement son ancien établissement. Le dossier se base souvent sur des faits pénitentiaires et peu sur d'autres éléments. Lors de l'entretien avec une directrice adjointe responsable des questions de santé dans un établissement pénitentiaire, cette dernière explique d'abord la manière dont cela devrait se passer :

« Nous, on fait des dossiers d'orientation pour les condamnés qui ont au moins deux ans à faire. Pour les prévenus ou les courtes peines non. C'est des dossiers où le greffe met ses remarques, le SPIP met des éléments sur la situation familiale, sur la situation administrative, la vie en détention, le projet de sortie, une allocation. L'UCSA doit mettre des choses. On demande quand même au 'médical' si la personne présente un handicap et lequel, s'il y a besoin d'une adaptation particulière à la motricité, si c'est une cellule aménagée, s'il y a besoin d'une aide à la vie quotidienne. Les officiers des bâtiments mettent des éléments. Ensuite, moi, je fais un petit topo ». (Directrice adjointe, Centre pénitentiaire)

Apparemment, cela se passe rarement de la manière envisagée et la directrice continue :

« Une fois, une personne allait être affectée ici, sur le CD [centre de détention], et nous on a des cellules aménagées seulement à la maison d'arrêt, il n'y avait rien marqué sur le dossier mais c'était quelqu'un que je connaissais et je savais qu'il avait besoin d'une

⁵⁴⁷ Selon les grilles consultées dans certains établissements mais dont nous n'avons pas été autorisée de les reproduire.

cellule PMR [personne à mobilité réduite]. On a dit à la direction interrégionale, « attention, ce n'est pas possible de l'affecter chez nous, puisqu'on n'a pas de cellule PMR. » (Directrice adjointe, Centre pénitentiaire)

Dès lors, les professionnel.le.s doivent faire des choix :

« En général on privilégie le rapprochement familial ou le maintien des liens familiaux. Par contre, moi je privilégie, quand y a des problématiques sanitaires, je les fais passer avant le maintien des liens familiaux. Et j'indique aussi dans les dossiers d'orientation, si la personne a des troubles, que je sollicite plutôt pour une affectation dans un établissement pour peine dans lequel il y a un SMPR [service médico-psychologique régional]. » (Directrice adjointe, Centre pénitentiaire)

Le maintien des liens familiaux est un droit des prisonniers qui devrait leur permettre d'être incarcéré dans un lieu proche du lieu de résidence de la famille. Or, les classements pénitentiaires obligent à faire des choix pour privilégier un droit plutôt qu'un autre pour les condamnés. Pour les prévenus, la question se pense uniquement dans l'urgence :

« Les prévenus et les courtes peines, on les découvre dans le quartier arrivant. Ou c'est des gens qu'on connaît, qui sont là pour la énième fois. Quand il n'y a pas de dossier, ça se repère dès le quartier arrivant. Si y a une inquiétude, l'officier ou sa collègue gradée transmettent immédiatement une fiche et on avise. » (Directrice adjointe, Centre pénitentiaire)

Lorsque le prisonnier est placé en quartier arrivant, il rencontre tous les métiers qui l'évaluent et envisagent son affectation en cellule, au travail, son suivi médical, son projet.

« C'est du déclaratif, mais souvent les personnes nous font part d'antécédents de tentative de suicide. Même si la personne ne l'évoque pas d'elle-même, les officiers demandent toujours à la personne, si y a des problématiques de santé, si la personne a des problématiques de santé, des problématiques addictives, de santé d'ordre général, comment va le moral. Si on perçoit un choc carcéral, si on perçoit une fragilité, si on perçoit un risque suicidaire, ce sont des choses qui sont nécessairement évoquées lors des entretiens. Et qui sont évoquées de façon générale en CPU [commission pluridisciplinaire unique]. » (Surveillant gradé du quartier arrivant, Centre pénitentiaire)

Dès l'arrivée, les prisonniers sont placés pendant plusieurs jours – entre une et deux semaines, en observation, au « quartier arrivant ». Ce quartier se trouve dans l'enceinte de la détention,

mais il est souvent décalé des bâtiments d'hébergement. Généralement, il y a une cour de promenade indépendante, de sorte que les prisonniers ne croisent pratiquement jamais les autres détenus. Lors de leur séjour dans ce quartier, ils sont vus par la direction de l'établissement, les gradé.e.s de la détention, les services médicaux, le SPIP, les responsables du travail et de la formation, les enseignant.e.s du centre scolaire. Ils ont des présentations sur les conditions et les règles de vie de l'établissement. Ils sont observés et notés. Une commission spéciale se réunit pour décider de leur affectation dans l'établissement.

Il est très rare que les services médicaux participent à ces réunions. Les critères judiciaires et pénitentiaires sont pris en compte, ainsi que des critères « *de fragilité* ». En détectant la fragilité, les issues sont différentes selon les établissements. Dans une maison d'arrêt, sans lieu attribué aux personnes présentant des fragilités, la procédure suivante est mise en œuvre :

« Et à l'issue du passage en quartier arrivant, si la personne a, selon nous, des problématiques psychiatriques importantes, elle sera nécessairement affectée seule en cellule. Si, en revanche, c'est un risque suicidaire et que nous, on ne détecte pas mais voilà avec un ressenti, si on ne détecte pas de risque hétéro-agressif, un simple risque auto-agressif, là, par contre, elle sera « doublée ». Obligatoirement, justement pour qu'il y ait aussi un codétenu qui ait une vigilance sur cette personne, en plus des contre-rondes qu'on pourra mettre en place, et de la vigilance qui sera assurée par le personnel. » (Directrice adjointe, Centre pénitentiaire)

La procédure de détection de la fragilité est donc institutionnalisée. Elle fait désormais partie de la convention de protection. La méthode d'observation et de discussions pluridisciplinaires propre au quartier arrivant est répercutée dans les méthodes de gestion de la « *fragilité* ». Les différents établissements établissent des fiches de signalement pour le risque de suicide, les troubles du comportement, les fragilités somatiques. Les réunions hebdomadaires ou mensuelles appelées différemment selon l'établissement se multiplient tout en restant informelles. Que ce soit en quartier arrivant ou dans un autre quartier de détention, la détection de la fragilité fait partie de l'activité de tous les métiers, élément central du système des classements.

Au cours de la recherche, nous avons appris que l'administration pénitentiaire menait un travail avec la CNSA⁵⁴⁸ sur l'établissement d'un guide de pré-repérage du handicap. Il s'agissait de

⁵⁴⁸ CNSA – caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

systematiser la détection des situations de handicap. La constitution de fiches de repérage du handicap est également préconisée par des associations de personnes handicapées ou de personnes détenues⁵⁴⁹. Cette formalisation pourrait donner lieu à la systématisation de l'accès aux droits.

Cependant, la formalisation d'une fiche de détection du handicap peut avoir quelques effets pervers : se centrer sur des fragilités et des vulnérabilités, les ériger en handicap, exclure *a priori* une personne et invalider un parcours. Dans un des établissements de la recherche, le responsable du travail et de la formation expliquait que depuis la sensibilisation à la question du handicap, on lui proposait d'inclure des personnes reconnues handicapées dans les dispositifs particuliers, alors même que ces prisonniers avaient été déjà classés et bénéficiaient d'un travail ou d'une formation au même titre que tous les autres détenus.

Les fiches ou questionnaires de repérage pourraient ainsi ajouter un critère supplémentaire à l'activité de catégorisation du milieu carcéral, tout en produisant une mise à l'écart. Réhabiliter un repérage catégoriel par la désignation extérieure d'une déficience pourrait contribuer à la ségrégation de populations et amplifier les effets du handicap.

La dépendance et le handicap rendent visible une composante de type médico-social de la détention. Il s'agit de toutes les pratiques informelles, telles que le « *tutorat* » d'un détenu particulièrement fragile (le plus souvent avec une déficience intellectuelle), la veille sur les malades ou bien encore les activités thérapeutiques.

Les professionnel.le.s appellent « *tutorat* » toutes les pratiques développées, afin d'établir un contact avec des détenus particulièrement fragiles et de pouvoir les gérer. Les prisonniers qui ont « *4, 8 ou 10 ans d'âge mental* », ceux qui « *perdent la tête* » ou bien qui sont très affaiblis par une maladie ne sont pas traités de la même manière que les autres.

Lorsqu'il s'agit d'aider le détenu pour des démarches administratives, garder et rationner son tabac, veiller sur les « *cantines* », de l'utilisation de couches ou bien de gérer l'amorce d'une crise, un.e professionnel.le devient « *réfèrent* ». Un.e surveillant.e, un.e conseiller.e d'insertion et de probation, un.e cadre de santé, médecin ou infirmier.e, un.e professeur du centre scolaire peuvent devenir des référent.e.s puisque ce statut est informel et fondé sur la capacité d'établir un lien de confiance avec le prisonnier en question. Parfois, la rencontre peut être un peu forcée.

⁵⁴⁹ Cf. Plaidoyer APF France Handicap/Ban public : <https://www.apf-francehandicap.org/actualite/prison-et-handicap-plaidoyer-apf-ban-public-7277>.

Dans une maison d'arrêt, les prisonniers très fragiles, en l'occurrence ayant une déficience intellectuelle, sont envoyés automatiquement vers les centres scolaires :

« Parce que nous, on ne peut rien faire. On ne peut pas donner du travail ni rien, on ne peut pas laisser 24h/24 en cellule non plus. On ne peut pas trop laisser se promener des gens comme ça [qui] sont très fragiles et [qu']il faut surveiller tout le temps. Au scolaire, ils savent faire, ils sont très, très bien. Parfois même, ils ont fait des accompagnements pour la sortie. » (Directeur adjoint, Maison d'arrêt)

De même, dans une maison centrale :

« Parfois, on discute avec les CPIP et on se dit « tiens si on allait chercher ceux qui justement sont isolés et ont un problème. » Après, la difficulté en scolaire c'est qu'on ne forme pas un groupe sur le handicap. Ce n'est pas possible et ça ne marchera pas. Mais par contre Monsieur X dont je vous ai parlé, il a une béquille et surtout on voit qu'il n'est pas seul dans sa tête. Lui, c'est sa CPIP qui me l'a envoyé, en me disant : « Lui, il se laisse aller, il s'écoute, il se plaint, tu vas voir, il n'est pas forcément facile mais il sait lire et écrire, c'est vraiment dommage qu'il ne vienne pas au scolaire ». Du coup, je l'invite à un entretien, et finalement il est venu. Bon, au début, c'est pour faire plaisir à la CPIP ou à l'assistante sociale, parce que j'échange aussi beaucoup avec l'assistante sociale. Mais quand elles voient que des gars comme ça, je peux les garder, des gars qui ne sont pas 'classables' [ne peuvent pas bénéficier de travail ou d'autres activités demandées], petit à petit d'autres vont venir. » (Responsable locale d'enseignement, Maison centrale)

Bien évidemment, il peut arriver que le détenu n'arrive à établir aucun contact privilégié avec un.e professionnel.le. Dans ce cas, du statut de « *fragile* » il passera en celui « *d'ingérable* » et on basculera ainsi à un autre régime.

Certains détenus, même « *ingérables* », sont considérés comme très vulnérables et exclus des économies relationnelles en prison. Ils suscitent la pitié des infirmier.e.s qui, malgré les consignés, leur rendent des services, en faisant leur toilette par exemple. Les surveillant.e.s chefs « *oublent* » de signaler les incidents et de les sanctionner, car, étant malades, ils ont « *perdu toute leur tête* ». Les surveillant.e.s poussent un fauteuil roulant ou soutiennent un détenu malade, même si cela est interdit. Un détenu peut dépasser dégoût et crainte que lui

inspire le corps de son codétenu et se sentir moralement obligé de prendre soin de lui. Toutes ces actions sont aussi des transgressions, peu institutionnalisées et même évitées.

D'autres actions tendent à s'institutionnaliser, comme avec les centres scolaires. Il existe de plus en plus de thérapies ou d'ateliers qui visent les personnes les plus éloignées des normes carcérales. Les prisonniers ayant des problèmes psychiatriques, des maladies invalidantes, des personnalités « *pathologiques* » et « *autistiques* » ayant un « *véritable handicap relationnel* »⁵⁵⁰ et autres « *incuriques* » bénéficient d'activités qui sont souvent pratiquées dans les établissements pour personnes handicapées – art-thérapies, socio-esthétique, yoga ou gymnastique douce, médiations équine ou canine, ateliers de socialisation, visites des malades en cellule par des associations caritatives, etc. Ces activités peuvent être organisées par les services médicaux ou par les services d'insertion et de probation. La visée de ces activités n'est plus criminologique, mais liée aux problématiques de santé. L'enjeu premier est « *humanitaire* ».

Les classements des prisonniers peuvent avoir plusieurs répercussions sur leur vie en détention. Comme nous l'avons vu, ils peuvent être affectés seuls dans une cellule, même lorsque la surpopulation carcérale dépasse les 180% ou bien avec un codétenu soigneusement choisi. Ils peuvent avoir une surveillance spécifique et être placés dans un quartier spécifique. Ils peuvent au contraire être transférés dans un autre établissement plus approprié pour leur situation. Les opérations de classification rendent la fragilité visible. Elle est ainsi rendue significative par la décision de traitements spécifiques. Le dispositif carcéral peut dès lors basculer en régime compassionnel. L'ambiguïté de ce régime est évidente, les pratiques concourant à une exclusion de l'intérieur.

La coordination entre les groupes professionnels

Comme nous l'avons évoqué, la prise en charge des prisonniers handicapés est impossible sans la coordination entre les différents groupes professionnels qui travaillent en prison. Cette coordination est même une des conditions du passage d'une particularité à une question de handicap. Qu'il s'agisse de réunions, d'appels téléphoniques, de rencontres au pas d'une porte,

⁵⁵⁰ FERNANDEZ, F. « Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison », *Bulletin Amades* [En ligne], 76 | 2009, mis en ligne le 01 janvier 2010, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/amades/666>

dans un couloir, ou de la circulation des groupes professionnels d'un espace à un autre, c'est à chaque fois la coprésence de plusieurs mondes professionnels qui est en jeu. Il faut transmettre, échanger et discuter des informations.

Les commissions pluridisciplinaires uniques sont très rarement le lieu de ce type d'échanges. Le plus souvent, les personnels médicaux, en accord avec les préconisations de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison, refusent d'y participer en vertu du respect du secret médical. Dans certains établissements, des réunions spécifiques sont mises en place concernant la santé des personnes. Parfois, c'est le service médical qui organise ces réunions et invite les professionnel.le.s de la détention. D'autres fois, un.e seul professionnel.le, médecin-chef ou bien cadre de santé, participe aux réunions organisées par l'administration de l'établissement, pour donner son avis. A d'autres endroits, des conversations de personne à personne permettent les prises de décision.

6.4.3. Sanctions et isolement comme réponse aux comportements déviants

Le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire font partie des « méthodes » que les surveillant.e.s utilisent quand ils/elles ont à faire face à des situations complexes. Le quartier disciplinaire est la sanction la plus lourde lors d'une infraction au règlement. Ce n'est pas une prise en charge destinée initialement aux prisonniers handicapés, mais le « mitard » est apparu souvent dans le discours des personnes, détenus et professionnel.e.s. Les détenus ayant des problèmes psychiatriques mesurent parfois leur rétablissement par le fait d'être moins sanctionnés :

« Maintenant, je prends mon traitement et tout va bien. Vous pouvez demander, ça fait longtemps que je ne suis pas allé au mitard. Je gère mon traitement. Avant c'était autre chose, j'étais tout le temps au mitard, je ne voulais pas prendre des médicaments, j'étais énervé, je me battais avec tout le monde. Même les surveillants, je les cherchais tout le temps. Mais là, ça s'est calmé, je gère les médicaments. J'ai parfois des sanctions mais pas de mitard. » (Ammari, 47 ans, Centre de détention, peines de 6 ans)

Les surveillant.e.s déclarent leur regret d'avoir la sanction comme seule possibilité face à une personne qu'ils/elles considèrent malade. Mais parfois, un temps est considéré comme nécessaire :

« C'est clair, quand c'est psy, ça ne se voit pas. Avec monsieur untel, qui boite, qui est âgé, c'est automatique, on va faire attention. Même s'il y a une faute disciplinaire, on sait qu'il faut faire attention. Mais le monsieur, en pleine forme qui insulte un surveillant, il faut un premier clash, mais il faut aussi un deuxième. Après je ne sais pas combien de sanctions disciplinaires, on va commencer à se dire, quelqu'un va dire – « mais lui, il a plutôt un souci, c'est pas toujours cohérent ». Et là, on va découvrir que le détenu est malade.

Q : et ça va changer quelque chose ?

Ça va changer obligatoirement, nous on va faire plus attention. Après, ça va pas changer tant que ça, s'il n'y a pas de traitement. » (Conversation informelle, Surveillante gradée, quartier centre de détention, Centre pénitentiaire)

D'ailleurs, dans d'autres conversations, se développe le même discours :

« On sait que le détenu est malade, mais s'il n'est pas à l'hôpital, s'il n'a pas de traitement. Et il est agité, il insulte, il se jette sur quelqu'un, c'est des fautes disciplinaires. Comment on fait ? De toutes façons, il faut sanctionner, mais aussi il faut éloigner, surtout, s'il y a eu un conflit avec un autre détenu. Ok, il est malade, mais on fait quoi nous ? » (Surveillant gradé, quartier centre de détention, Centre pénitentiaire)

Ce n'est donc pas la maladie qui est sanctionnée, mais ses conséquences, comme la violence, l'agressivité, le bruit ou bien les comportements inadaptés. Lors des discussions avec des officier.e.s, nous avons cherché à comprendre la manière dont ils/elles détectaient les troubles du comportement, notamment dus à une pathologie. Dans un milieu anxigène et contraint où la violence est un comportement obligatoire⁵⁵¹, comment faire la différence entre un comportement adapté et un comportement « *pathologique* » ? La sanction n'est pas destinée seulement aux personnes présentant des troubles, mais comment faire pour savoir qu'une pathologie est en cause ?

⁵⁵¹ CHAUVENET, A., MONCEAU, M., ORLIC, F., ROSTAING, C. *La violence carcérale en question*, Paris : CNRS/EHESS, 2005.

Le placement en quartier disciplinaire est souvent signalé comme l'antichambre à l'hospitalisation d'office en psychiatrie. La vision des personnels pénitentiaires diverge de celle des personnels médicaux, quant aux diagnostics et surtout les conséquences de certaines pathologies. Ces derniers ont l'obligation légale de donner leur avis sur la compatibilité de la sanction avec l'état de santé des personnes, mais ils trouvent parfois une sanction très lourde et peuvent chercher à négocier pour la lever ou l'adoucir.

Dans plusieurs rapports, le mécontentement des surveillant.e.s se fait jour face aux levées des sanctions disciplinaires que ce soit par des médecins ou la direction. Lors de notre recherche, nous n'avons pas entendu ce discours, et c'est plutôt du peu d'implication de la part des services médicaux dont il a été question. Certains professionnel.le.s reconnaissent à demi-mot le placement en quartier disciplinaire comme un acte pour « réveiller » les médecins et précipiter une hospitalisation ou un traitement médicamenteux. De leur côté, les services médicaux semblent se sentir écoutés et trouvent même « *la pénitentiaire trop demandeuse* » pour de telles situations.

A l'inverse du quartier disciplinaire, le placement en quartier d'isolement n'est pas une mesure disciplinaire mais plutôt sécuritaire. Il peut être demandé par le détenu ou décidé par la direction. Il vise à préserver la sécurité et l'ordre de l'établissement ou à protéger le prisonnier isolé. Peuvent être placés à l'isolement des détenus impliqués dans des affaires très médiatisées ou, plus récemment, ceux des « *filiales djihadistes* ».

Des prisonniers ne se sentant pas en sécurité en détention normale ou ayant besoin de s'isoler peuvent faire la demande d'y être placé et rester quelques jours ou quelques mois, parfois plusieurs années. Nous avons entendu parler de ces détenus, qui, à leur sortie du quartier d'isolement, sont « *détruits* » et « *cachetonnés* » et avons rencontré un prisonnier qui, au bout de cinq ans d'isolement à sa demande, avait « *complètement disjoncté* » selon ses codétenus. Il avait, au moment de notre rencontre, une reconnaissance du handicap.

Le Défenseur des droits était intervenu, en 2013 (cf. chapitre 4), pour le cas d'un détenu sourd et muet qui était placé en quartier d'isolement, pour sa propre sécurité. En effet, celui-ci, ayant perdu toute possibilité de communiquer et se trouvant dans un lieu inconnu, avait un comportement inadapté à la prison. Cela le rendait très vulnérable. Pour assurer sa sécurité, il a été placé en quartier d'isolement. Le Défenseur des droits avait donc préconisé à l'administration pénitentiaire de mettre en place des aménagements pour tous les types de handicaps.

Préparation à la sortie

La préparation à la sortie n'est pas non plus un dispositif officiel de prise en charge du handicap, mais elle est très fréquemment évoquée lors de la recherche. Dans une visée d'individualisation des peines, l'action des professionnel.le.s (surtout les SPIP) est fortement orientée vers les aménagements qui permettent de sortir avant la fin de la peine. Ces aménagements sont conditionnés par une procédure judiciaire, les détenus devant prouver « *des efforts sérieux de réinsertion* », justifier d'un travail et d'un logement pour la sortie. La loi de 15 août 2014 a introduit nombreux assouplissements, notamment la « *liberté sous contrainte* », dispositif permettant de sortir sans ces preuves, même si cette loi ne se traduit pas par des changements importants.

Ne pas avoir des « *sorties sèches* »⁵⁵², c'est-à-dire sans aucune prise en charge ni suivi permet à l'administration pénitentiaire de continuer à suivre les personnes à l'extérieur. En outre, les détenus bénéficient de réductions de peine automatiques qui peuvent être retirées en cas de mauvais comportement ou de récidive. Ces réductions automatiques (RPA) s'élèvent à deux mois par année d'incarcération.

Les « *efforts sérieux de réadaptation sociale* » que font les détenus en prison sont validés par un système de crédits supplémentaires de réduction de peine. Ces crédits, nommés soit « *des grâces* », soit des RPS⁵⁵³ (réductions de peine supplémentaires) sont soumis à l'exigence d'un comportement normalisé en détention : le détenu passe des diplômes ou travaille, suit une thérapie qui vise à réduire le risque de récidive et/ou rembourse les « *parties civiles* »⁵⁵⁴.

Ces crédits ne sont pas automatiques. Ils sont étudiés, discutés et accordés par le juge d'application des peines (JAP), lors des commissions d'application des peines. Le fait d'avoir été jugé pour une infraction particulièrement grave est aussi pris en compte. La réduction de peine s'élève, dans ce cadre, à trois mois par année de peine. Un détenu tentera d'expliquer le plus simplement possible la manière dont sont accordés les crédits :

« Nous, on se l'explique comme ça. En gros, tu te tiens tranquille et tu as automatiquement tes 2 mois par an. Et sinon, on te donne 3 mois par an en plus, un mois

⁵⁵² Sortie sèche – il s'agit d'une sortie sans aménagement, à la fin de sa peine. Dans ce cas, les personnes n'ont pas à prouver de logement ou de revenus. Ils peuvent, de fait, se retrouver à la rue.

⁵⁵³ RPS – réductions de peine supplémentaires, dites souvent « grâces ».

⁵⁵⁴ Parties civiles – il s'agit des victimes de l'infraction.

pour avoir été voir le psy, un mois pour avoir travaillé ou [être] allé à l'école et un pour avoir payé les parties civiles. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Certains condamnés ne bénéficient pas des crédits de réduction de peine. Ils leur sont retirés parce qu'ils ont récidivé, ont commis des infractions particulièrement graves, ont des mauvais comportements en détention ou refusent les traitements qui leur sont proposés. Les remises de peine peuvent être limitées si les prisonniers ne travaillent pas, ne préparent pas de diplôme ou ne participent pas à la vie sociale en détention. Or, certains détenus se déplacent en fauteuil roulant et ne peuvent pas accéder aux locaux communs, quand d'autres ont une pathologie mentale importante qui ne leur permet pas d'être en contact avec les autres. En outre, ils bénéficient d'une allocation ou d'une pension de retraite, ce qui les exclut du travail et des formations. En l'absence de réduction de peine, certains prisonniers handicapés voient donc leurs peines s'allonger.

Les réductions de peine supplémentaires (RPS) en prison ne sont pas seulement un bien symbolique. Les prisonniers parlent du fait de « *toucher les RPS* » et montrent une certaine ambiguïté face à ce dispositif : ils sont à la fois récompensés et piégés par le système judiciaire. Ils le sont plus encore quand ils ne peuvent pas travailler, parce que considérés comme pouvant générer un trouble, un danger ou quand ils ne peuvent pas participer aux activités faute d'un environnement accessible.

Par ailleurs, la préparation à la sortie se fait tout au long de la peine. Comme le disait un surveillant gradé en centre de détention : « *il faut savoir que même au début de sa peine, même si elle est longue, on a déjà un pied dehors. La peine, c'est préparer la sortie* ». En ce sens, préparer la sortie dépend des compétences des prisonniers dans la vie carcérale mais aussi extra-carcérale : mobiliser un réseau relationnel, trouver du travail et un logement à l'extérieur. Les personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale à la sortie de prison dépendent fortement des compétences et de la mobilisation des professionnel.le.s, mais aussi de l'offre médico-sociale de leur région. Il peut arriver que la reconnaissance du handicap soit envisagée uniquement en fin de peine comme une démarche liée à la préparation de la sortie.

Selon le type d'établissement et le statut pénal des personnes, la sortie est très variable. Dans une maison d'arrêt qui héberge seulement des prévenus ou des personnes ayant de très courtes peines, il n'y aura que très peu d'implication des professionnel.le.s autour de cet objectif. La constitution des dossiers nécessitant beaucoup de temps, les « *très courtes peines* » ne pourront pas être aménagées. Accompagner des prisonniers malades à leur sortie reviendra à l'assistante

sociale ou bien à des associations d'aide aux détenus. Dans une maison centrale, au contraire, la longueur des peines rend les projets de sortie flous et imprécis par l'éloignement de la date de sortie.

6.5. La socialisation des particularités physiques et mentales par l'univers carcéral

6.5.1. Une spatialisation des hiérarchies carcérales

Une des méthodes de traitement à l'intérieur de la prison est la spatialisation – l'affectation des populations selon certains critères sur différents étages, quartiers, cellules. Le critère ethnique, par exemple, a pendant longtemps été de mise, regroupant ainsi des prisonniers selon des aires géographiques élargies. Dans le cadre de notre recherche, ce type de classement n'a été évoqué ni par les détenus, ni par les professionnel.le.s. Les critères qui précèdent à l'affectation sont aujourd'hui nombreux, certains ayant été objectivés, d'autres relevant d'un ressenti. Ils sont généralement liés à la fragilité et à la dangerosité des détenus :

« On essaye, dans le cadre des affectations, de mettre des gens qui ont à peu près des âges équivalents, qui soient à peu près là pour des faits identiques, qui sont éventuellement de la même nationalité, qui parlent la même langue. On essaye vraiment sur les affectations en cellule de mettre ensemble des profils qui nous apparaissent compatibles et qui sont assez proches. Si c'est quelqu'un qui est dangereux, on peut pas le mettre avec un codétenu, seul en cellule, on prend pas de risque. Avec toute la difficulté qu'il y a quand on a un taux d'occupation de plus de 180% et plus de 65 matelas au sol, et des cellules individuelles qui comprennent jusqu'à 4 détenus, donc forcément c'est parfois compliqué. On fait vraiment un choix sur des gens qui ont un profil qui nous semble compatible et quelqu'un qui nous semble assez fort et qui va aussi pouvoir essayer de redynamiser la personne. Risque de suicide ou pas, on va pas mettre deux personnes fragilisées ensemble. Et puis si la personne a un handicap physique, elle sera affectée en cellule PMR [personne à mobilité réduite]. Si c'est quelqu'un de très fragile, ça va être ici, à l'étage pas loin des bureaux des surveillants. » (Cheffe de bâtiment, quartier maison d'arrêt, Centre pénitentiaire)

Les critères de vulnérabilité et de dangerosité précèdent ainsi les autres critères, qu'il s'agisse de placement en cellule ou de l'organisation des étages et des quartiers.

Les quartiers spécifiques correspondent historiquement au système le plus ancien de gestion des différentes populations enfermées. La création des établissements spécifiques est toujours débattue et semble la moins consensuelle. Enfin, le placement « *seul en cellule* » ou « *doublé* » correspond à une gestion quotidienne de la vulnérabilité.

6.5.1.1. Les quartiers spécifiques

Les quartiers spécifiques ne viennent pas d'être inventés. Ils correspondent à une spatialisation déjà à l'œuvre dans toutes les prisons. L'organisation spatiale ou « *le système de quartiers* »⁵⁵⁵ est un des principes de gestion de l'univers carcéral. Catégorisation des prisonniers, rapport à l'espace et gestion pénitentiaire se matérialisent dans ces quartiers. Ainsi, sans qu'il y ait de quartiers spécifiques connus, presque dans toutes les prisons, des endroits particuliers sont dévolus aux plus fragiles. Pour certains bâtiments, on dira qu'ils hébergent les plus violents, quand, sur certains étages, se trouveront les plus dangereux. Dans d'autres coursives, seront regroupés ceux qui ne contrôlent pas leurs pulsions sexuelles. Ceux considérés comme n'étant pas physiquement, psychologiquement ou socialement autonomes pour la vie carcérale iront dans des quartiers consacrés aux plus vulnérables. Ils peuvent être vieux, malades, dépendants des produits toxiques ou infirmes, anciens policiers ou hommes politiques ou tout simplement atypiques et incapables d'assurer leur propre sécurité.

Selon la configuration architecturale de l'établissement, les quartiers des « *vulnérables* » se trouvent au rez-de-chaussée, en proximité des bureaux des surveillant.e.s gradé.e.s du bâtiment, pas loin de l'unité sanitaire, ou parfois tout simplement à un endroit reculé de la détention. Professionnel.le.s et prisonniers connaissent généralement les catégorisations et leur spatialisation dans l'établissement. Ces catégorisations spatialisent les hiérarchies carcérales. Ainsi, lors des visites de certains établissements, on nous décrit l'établissement de la manière suivante :

« Dans le bâtiment A, il y a les calmes, dans le B sont les plus jeunes, les plus turbulents, normalement. C'est le quartier d'observation, donc ils restent un mois et on les affecte dans les autres quartiers, mais s'ils sont turbulents, ils y restent. Et le bâtiments C, c'est les plus autonomes. Les détenus handicapés, physiques ou mentaux, c'est au bâtiment A et au rez-de-chaussée. C'est un régime fermé qu'on a aménagé pour eux. On ne peut

⁵⁵⁵ GOFFMAN, E. 1968, *Op. cit.*

pas mettre des gens du bâtiment B parce que tout de suite, ils vont faire les caïds. Mais on ne peut pas les mettre en C non plus, parce qu'il faut être très autonome. Ils restent ici au rez-de-chaussée. Ils sont observés par les surveillants. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

Cette spatialisation est décrite aussi dans une recherche sur les rapports sociaux et les rapports à l'espace⁵⁵⁶. Ainsi, la protection de certains prisonniers, par leur simple placement dans un lieu précis connu souvent comme « *l'étage des malades* » ou des « *fragiles* », les couvre automatiquement du discrédit. Selon Bony :

« Les détenus qui occupent des cellules situées aux rez-de-chaussée des bâtiments encourent le risque d'être discrédités. En effet, pour des raisons de gestion des flux, y sont regroupées les personnes qui ont besoin de se rendre régulièrement à l'unité sanitaire : les personnes malades, notamment toxicomanes, associées à la saleté et au risque de contamination ; celles qui ont des troubles psychiatriques, dites « cachetonnées » et jugées « faibles ». C'est aussi à cet étage que sont affectées les personnes âgées, toujours soupçonnées d'être des « pointeurs », particulièrement mal vus en prison. »⁵⁵⁷

Les détenus qui vivent dans ces quartiers sont généralement discrédités et évités. Mais ce discrédit a un impact sur leur évolution dans les régimes de détention et donc sur la proximité à la sortie de prison. Cela est très visible dans les centres de détention qui ont obligatoirement différents « *régimes de vie* » en détention⁵⁵⁸. Dans le monde pénitentiaire, les détenus sont placés sous différents statuts, qualifiés de « *régimes de vie* ». Ainsi, l'objectif est de responsabiliser les détenus, ces régimes de vie allant du plus fermé au plus ouvert. Il existe en général le « *régime de confiance ou d'autonomie* » (portes des cellules ouvertes), le « *régime général* » (semi-ouvert, les portes des cellules sont ouvertes pendant une partie de la journées) et le « *régime d'observation ou de contrôle* » (portes toujours fermées)⁵⁵⁹.

⁵⁵⁶ BONY, L. Rapports sociaux en détention et usages de l'espace carcéral, *Métropolitiques*, 15 janvier 2018. <https://www.metropolitiques.eu/Rapports-sociaux-en-detention-et-usages-de-l-espace-carceral.html>

⁵⁵⁷ *Ibid.*, p.5.

⁵⁵⁸ Régimes de vie – ou régimes de détention différenciés. Ils s'appliquent surtout dans les centres de détention et différencient l'autonomie et la participation aux activités, selon le comportement et le « profil » des personnes détenues.

⁵⁵⁹ Dans les différents établissements les noms sont différents. De plus, ils sont rarement mis ensemble, parfois existent seulement deux ou trois régimes.

Chaque régime se matérialise par le fait d'être hébergé dans un bâtiment, une aile ou un étage. Il signifie aussi l'avancement des prisonniers dans leur parcours d'exécution de peine⁵⁶⁰. Mais le « *régime fermé* » dans les deux centres de détentions que nous avons visité signifie l'enfermement de personnes considérées comme non autonomes – que ce soit pour leur comportement ou pour leur difficulté à se protéger elles-mêmes. Ce manque d'autonomie est justifié par les « *troubles du comportement* » ou le « *besoin de protection* ».

En effet, la majeure partie des personnes avait un diagnostic de maladie psychiatrique ou somatique et plusieurs hospitalisations. Au moment de l'enquête, elles étaient séparées pour être protégées, surveillées et prises en charge sur un mode différencié des autres détenus, avec plus d'activités thérapeutiques et occupationnelles notamment.

Les cellules aménagées, appelées PMR se trouvaient le plus souvent au rez-de-chaussée et se confondaient parfois avec les régimes les plus stricts situés au même endroit. Les personnes à mobilité réduite, vivant dans des quartiers qui leur sont destinés, ne pouvaient donc pas évoluer dans les différents « *régimes de vie* ». La spatialisation des bâtiments a des effets importants sur l'avenir pénitentiaire de ces prisonniers. Ainsi, leurs conditions de détentions sont souvent les plus sévères et leurs parcours vers la sortie les plus ralentis.

Dans les maisons d'arrêt, les « *régimes de vie* » différenciés n'existent pas. Mais ici aussi, les « *malades* », les « *fous* », les « *fragiles* » sont regroupés et tout le monde peut désigner leur emplacement. Les détenus malades sont concentrés à proximité de l'unité sanitaire. Ceux considérés dangereux sont regroupés à un endroit sans femme surveillante et plutôt éloigné des sorties du bâtiment. Les séparations peuvent aller jusqu'à prévoir des heures de promenade « *vulnérables* », où la cour est offerte aux personnes qui n'osent pas sortir avec les autres prisonniers.

Le regroupement des personnes malades ou ayant des problèmes de comportement correspond initialement à une facilité de gestion. Ce mode de regroupement est apparu au fil de la recherche de plus en plus privilégié et même institutionnalisé.

⁵⁶⁰ Parcours d'exécution de peine (PEP) – le parcours d'exécution de peine vise à mettre à profit le temps de la peine. A la façon des « projets » dans les autres institutions de traitement, il vise à repérer les facilitateurs et les obstacles pour la réinsertion. Il est contractualisé.

Les transferts

Une autre pratique pénitentiaire est le transfert d'un établissement à un autre. Si elle n'est pas une pratique institutionnelle de prise en charge du handicap, elle a été évoquée dans de nombreux entretiens. Lors de l'épuisement des moyens de la prison, les personnes peuvent être envoyées vers d'autres établissements. Quand s'agit d'un handicap physique, la meilleure accessibilité d'un autre établissement est mise en avant. Lors d'un handicap d'ordre psychique, c'est la prise en charge plus appropriée qui est visée. Souvent les transferts ont également pour but aussi le soulagement des professionnel.le.s.

A l'évocation du handicap psychique, des personnels de direction peuvent aussi parler du transfert comme moyen de gestion :

« Il y en a qui trainent de prison en prison. Il y en a, ils sont juste difficiles, mais je pense qu'il y a beaucoup de malades aussi. On en a quelques-uns qui ont fait le tour de France en prison. Mais qu'est-ce que vous voulez, le transfert, c'est notre moyen d'alléger un peu la situation. » (Directeur adjoint, Maison d'arrêt).

Parfois, le transfert peut servir à vérifier si un détenu ne pourra pas s'adapter mieux à une prison plutôt qu'à une autre. Comme le montre cet extrait du journal de terrain, suite au transfert d'un détenu le matin même :

Extrait du journal de terrain « *On cherche tous notre place* »

Mars 2017, Centre de détention

Surveillant1 : Mais il ne faut pas croire, c'est pas une punition un transfert non plus. Parfois ils le demandent et parfois ils sont contents de changer. Des fois, ils sont mieux dans une structure, on ne sait pas pourquoi. Tu te rappelles [vers le second surveillant] de X ?

Surveillant2 : un vrai fou !

Surveillant1 : vraiment ! il venait de l'UMD. On savait plus quoi en faire. On l'avait transféré à Z. Il paraît qu'il n'a aucun problème là-bas. Il n'est pas guéri, hein. Mais pas de problème, il se tient tranquille.

Surveillant2 : parfois, on sait pas ce qui fait que ça change. C'est une question de produit [rires] ? d'air [rire] ? Non, des fois c'est vrai, tu les changes de structure, on sait pas pourquoi et ça va, ils se calment.

Surveillant1 : on est tous pareils, on cherche notre place [rires]

6.5.1.2. Spécialisations des établissements

La question de la spécialisation des établissements revient souvent dans les discours des professionnels pénitentiaires. On parle de la spécialisation d'un établissement pénitentiaire pour la prise en charge de différents troubles de santé. Une telle spécialisation est complètement exclue pour les professionnel.le.s de la DAP. Les raisons évoquées sont surtout d'ordre « *éthique* ». Rassembler des personnes malades dans une prison dont l'objectif premier n'est pas le soin ou créer des établissements spécifiques éloignerait certains prisonniers de leurs proches, mais aussi aboutirait au mélange des catégories pénales « *prévenus* » et « *condamnés* ».

Des prisons se sont spécialisées très exceptionnellement dans la prise en charge des troubles psychiques ou somatiques. Elles sont connues dans le champ pénitentiaire et des prisonniers y sont transférés pour des prises en charge spécifiques. Dans d'autres établissements, l'existence d'un SMPR peut précéder à l'affectation d'un grand nombre de prisonniers ayant des troubles psychiques. Cela entraîne la création de quartiers, d'étages ou d'ailes spécifiquement dédiées à ce type de populations et à l'émergence d'une réputation « *officieuse* » de l'établissement dans le milieu pénitentiaire. De la même manière, des établissements possédant des cellules aménagées ont vu le nombre de prisonniers malades augmenté. Les professionnel.le.s ont alors dû « *bricoler* » pour répondre à ce phénomène et ces établissements sont connus pour la prise en charge du handicap physique.

Ces quartiers « *aménagés* » n'ont rien d'officiel mais leur réputation officieuse apparaît suffisante. Ainsi, lors des entretiens on nous dit souvent qu'un tel établissement « *a fait des choses pour les problèmes physiques* », ou « *a toujours été connu d'être pour les vieux ou pour les malades* », tel autre « *s'est un peu spécialisé dans tous ce qui est psychiatrique* ».

Aujourd'hui, la question du handicap et de la dépendance étant de plus en plus souvent posée, ces quartiers sont souvent mis en avant et sont affichés sur le site du Ministère de la Justice. On peut y lire que tel établissement est « *entièrement accessible* », quand tel autre possède un dispositif expérimental destiné aux prisonniers ayant de pathologies psychiatriques. Enfin, un établissement dispose d'un régime pénitentiaire « *autonomie et dépendance* » pour les personnes en perte d'autonomie. La perte d'autonomie devient donc de plus en plus un critère légitime d'un régime pénitentiaire spécifique⁵⁶¹.

⁵⁶¹ Cf. le site-internet du Ministère de la Justice : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr>

6.5.2. Le placement en cellule, le détenu-aidant et les surveillances spécifiques

Le placement en cellule dépend donc de l'affectation dans un quartier, bâtiment ou étage particulier. Dans les établissements pour peine où nous trouvons des détenus condamnés, l'encellulement individuel est de mise. Dans les maisons d'arrêt, où la surpopulation est très grande, les détenus sont souvent plusieurs dans une cellule. Le placement dans un espace fermé et réduit avec d'autres personnes aux profils très différents, n'est pas une décision anodine. Lorsqu'il s'agit d'une personne considérée comme malade, fragile ou dangereuse, ceci devient un véritable casse-tête. Même si c'est une décision pénitentiaire, le concours du médecin est demandé pour confirmer un placement en cellule seul ou avec d'autres personnes.

Normalement, le placement seul en cellule en maison d'arrêt ou dans une cellule plus grande en établissement pour peine est réservé aux détenus possédant une réputation importante. Il peut s'agir des personnes ayant des fonctions d'auxiliaire mais surtout de celles pouvant jouer un rôle d'apaisement de la détention. Ce placement est parfois appelé « *de complaisance* » et vaut privilège dans une organisation basée sur l'échange⁵⁶². Les détenus interrogés avaient besoin de préciser qu'ils étaient dans une « *doublette* »⁵⁶³ ou seul en cellule même avant la survenue de leur handicap. En effet, le placement seul en cellule peut avoir lieu lorsque la personne ne se contrôle pas : elle est dangereuse pour elle-même ou pour les autres.

Voici une conversation à ce sujet avec une cheffe de bâtiment et son adjoint dans une maison d'arrêt.

« Question : Seul en cellule pour vous c'est vraiment le handicap psy ?

Cheffe de bâtiment : ça dépend, c'est-à-dire si on pense qu'il peut tuer un codétenu, ou voilà, ou qu'il est invivable au quotidien par rapport à.... On a eu des détenus qu'on a mis en cellule individuelle parce qu'il a un problème avec l'hygiène, y a des détenus qui ont un problème avec l'hygiène, c'est-à-dire qu'on a beau leur expliquer, on a beau leur

⁵⁶² CHAUVENET, A. L'échange et la prison, In : FAUGERON, C. CHAUVENET, A. COMBESSIE, P. *Approches de la prison*, Bruxelles : De Boeck-Université/Montréal, Presses de l'Université de Montréal/Ottawa, 1996.

⁵⁶³ Une double cellule.

parler, on a beau leur mettre des comptes rendus d'incident, parce que c'est une mesure disciplinaire que de ne pas prendre, heu,

Adjoint : ne pas s'entretenir

Question : ah, il y a des sanctions disciplinaires pour ça ?

Cheffe de bâtiment : pas ne pas s'entretenir mais entretenir sa cellule. Donc à ce moment-là, quand on lui met un CRI [compte rendu d'incident], ça change rien, le détenu il jette la nourriture par terre. On en a eu un qui faisait ses excréments dans les barquettes, il les laissait partout dans la cellule comme s'il les collectionnait. Là forcément, on peut pas le doubler, c'est quand même compliqué, il va se faire tabasser tout le temps, c'est même pas lui qui va tabasser les autres, c'est l'autre qui ne va pas comprendre. Je fais quoi pour quelqu'un comme ça ? » (Quartier maison d'arrêt, Centre pénitentiaire)

Dans de tels cas, le placement en cellule individuelle paraît quasiment obligatoire et vient ajouter de la tension dans la gestion des établissements surpeuplés.

A l'inverse, dans certaines situations, être « doublé » est perçu comme obligatoire. Ce placement peut relever d'un dispositif institutionnel : les détenus-aidants. Les détenus-aidants sont une forme instituée pénitentiaire de prise en charge du handicap. Il s'agit d'une technique ancienne qui préconise de mettre dans la cellule d'un détenu « fragile » un autre qui est plutôt « solide » ou « fort » pour que ce dernier puisse par sa présence l'aider. Le « détenu de soutien », catégorie établie dans les programmes de prévention du suicide, tire sa légitimité d'un système déjà existant. De même, le détenu-aidant peut s'occuper des prisonniers malades. C'est une figure rendue d'autant plus nécessaire, car pouvant remplir une fonction laissée vide par les contraintes des différents métiers déjà évoqués. Comme nous l'avons déjà vu, le seul pouvant assumer la fonction de proximité est un autre détenu. Par sa simple présence, un détenu-aidant indique la fragilité de certains prisonniers.

La figure du détenu-aidant met en contradiction des visions différentes de l'ordre pénitentiaire. S'il a été considéré comme un relais pour le soutien des prisonniers fragiles avec une formation et un statut, quand il s'agit de prendre en charge des personnes handicapées, il est contesté. La contestation vise surtout l'administration pénitentiaire qui fait porter une charge et une responsabilité beaucoup trop importantes sur les épaules de certains détenus.

Ainsi, dans chaque établissement, le positionnement des professionnel.le.s est différent. Dans une prison, l'emploi des détenus-aidants nous a été caché, alors que dans une autre, nous avons eu la possibilité de consulter la fiche de poste qui détaillait les qualités requises pour cet emploi.

D'une manière plus générale, les personnes malades ou fragiles sont plus particulièrement surveillées : les surveillant.e.s observent à des heures précises les personnes placées sous surveillance spécifique. Ils font des « rondes » et des « contre-rondes ». Il y existe différents niveaux de surveillance, selon la fréquence à laquelle les personnes sont observées. Pour certains, notamment des détenus très malades, les lumières sont allumées et ils sont réveillés par les surveillant.e.s pour constater qu'ils sont toujours en vie. Parfois, ces surveillances peuvent se faire à un rythme soutenu, toutes les demi-heures et la nuit, ajoutant le manque de repos à la fragilité des détenus.

Si le repérage de ces personnes peut se faire avec les services médicaux, c'est d'une prise en charge pénitentiaire dont il s'agit. Selon les établissements, les médecins peuvent établir des certificats de nécessité de placement dans une cellule PMR, d'aménagement des horaires de la promenade, de nettoyage de la cellule par quelqu'un d'autre, de placement en cellule avec un codétenu, notamment dans les cas de risque suicidaire, etc. A d'autres endroits, les médecins peuvent refuser ce qu'ils considèrent comme une « récupération » de leur fonction par les détenus et les surveillant.e.s.

Synthèse du chapitre 6

Ce chapitre montre, en s'appuyant sur la sociologie des conventions, que la mise en sens de la déficience repose sur des régimes d'action utilisés pour restaurer la relation carcérale en combinant ou conciliant « convention en renommée » et « convention de protection ».

Un régime d'« *externalisation des particularités physiques et mentales* », rapporte la signification sociale du handicap à l'irresponsabilité et à l'incapacité de subir une peine. Il se spécifie par des pratiques médico-juridiques et s'organise autour de dispositifs visant à exclure certains prisonniers de la peine.

Un deuxième régime, dit de « *transfert de la gestion des risques liés aux particularités physiques et mentales* », rapporte la signification sociale du handicap à la maladie et à l'inadaptation. Il se spécifie par la délégation, au sein de la prison, de certaines populations à d'autres acteurs/trices que les personnels pénitentiaires et s'organise autour des dispositifs médicaux et médico-sociaux.

Le troisième régime d'action, le « *régime pénitentiaire* », rapporte la signification sociale du handicap à une transgression à l'ordre pénitentiaire. Il se spécifie par la lecture pénitentiaire des phénomènes biologiques et s'organise autour de pratiques propres au monde carcéral : « bricoler » pour rendre la prison accessible aux situations individuelles, donner la possibilité de travailler ou de suivre des activités pour des raisons « thérapeutiques » et de gestion de la détention, sanctionner, transférer ou isoler un détenu.

Le quatrième régime d'action, dit de « *socialisation des particularités physiques et mentales à l'univers carcéral* », rapporte la signification sociale du handicap à la nécessité de protection. Il se spécifie par l'adaptation des pratiques pénitentiaires au traitement des déficiences et s'organise autour de la spatialisation des hiérarchies carcérales de laquelle découlent des spécialisations de certains établissements, de certains quartiers pénitentiaires, bâtiments et/ou étages. Ainsi, certains détenus seront spécialement surveillés et leur placement en cellule soigneusement étudié. La figure du détenu-aidant fait partie intégrante de ce régime.

7. Configurations carcérales du handicap

Ce chapitre décrit la manière dont les régimes d'action sont mis en place concrètement dans les établissements pénitentiaires retenus pour la recherche.

Dans chaque établissement, les différents régimes d'action se mettent en place différemment. Les mêmes éléments, constitutifs du monde pénitentiaire et des conventions évoquées, sont différemment agencés, donnant lieu à des configurations sociales spécifiques. Les configurations sont les formes que prennent les relations autour des frontières tracées par le handicap au sein du monde pénitentiaire. Dès lors, les manières de gérer l'incertitude deviennent des procédures, des habitudes, bref des régimes d'action.

Dans ce chapitre, nous prendrons en considération les particularités des établissements, des professionnel.le.s et des prisonniers qui les composent, sans pour autant évacuer la composante structurelle, ni les aspects interactionnels ou pragmatiques tels que déjà évoqués dans les chapitres précédents. Plus précisément, ce chapitre s'appuie sur les composantes des régimes d'action et montre leur agencement pour qualifier les configurations carcérales présidant à la légitimation de l'anomalie physiologique. En effet, les régimes d'action sont dépendants des composantes architecturales, géographiques, relationnelles, elles-mêmes étant interdépendantes les unes des autres. Autrement dit, ce chapitre permet de faire le lien entre des composantes historiques, via des effets de sédimentations, et les actions concrètes d'acteurs/trices se construisant à travers les conventions et les régimes d'action.

Outre ces dimensions objectivables, les conditions d'entrée sur le terrain de la recherche en disent aussi beaucoup sur la compréhension du handicap. En effet, comme le dit Bourdieu⁵⁶⁴, décrire les conditions d'une recherche est tout aussi important que les résultats, les deux étant intimement liés. Ici, nous prenons la partie de considérer que les conditions de la recherche font partie des résultats. La manière dont la recherche a été reçue dans chaque prison montre la position institutionnelle du handicap au sein de l'établissement

Décrire en tant que configuration donne accès à une vision dynamique du traitement socio-pénal des déficiences, notamment en envisageant l'expérience carcérale du handicap non seulement comme une condition, immuable et subie, mais aussi comme une production

⁵⁶⁴ BOURDIEU, P. *Questions de sociologie*, Paris : Editions de Minuit, 2002.

relationnelle. Enfin, une fois les particularités de chaque prison décrites, les points communs anthropologiques, tels que les dilemmes des professionnel.le.s et les dilemmes identitaires des prisonniers sont d'autant plus visibles.

Il ne s'agit donc pas ici de donner une typologie des manières dont on peut voir le handicap dans la totalité du système pénitentiaire mais au contraire, de donner à voir quatre prisons particulières et leurs logiques propres de mise en sens des déficiences. Nous préférons donc décrire les situations concrètes, avec tout ce qu'elles impliquent comme déterminismes et contingences à la fois. Il s'agit de véritables « *configurations* » au sens de Norbert Elias, soutenues par des relations d'interdépendance entre les acteurs et à leur environnement. Ou selon une citation célèbre :

*« Ce qu'il faut entendre par configuration, c'est la figure globale toujours changeante que forment les joueurs ; elle inclut non seulement leur intellect, mais toute leur personne, les actions et les relations réciproques. Comme on peut le voir cette configuration forme un ensemble de tensions. »*⁵⁶⁵

Elias insiste sur la base relationnelle de la vie sociale, à travers des interdépendances et des interpénétrations constantes entre individus et société, se produisant mutuellement. Les individus ont à résoudre des tensions inhérentes à la vie en société. Ces tensions se stabilisent parfois en « *équilibre des forces* »⁵⁶⁶ et modifient les comportements des individus.

Ce chapitre décrit donc les figures que forment les tensions et les équilibres autour de la définition et le traitement des particularités biologiques entre groupes professionnels selon les établissements. Le but de la description qui suit est de montrer les liens entre un régime d'action ou une rationalité et la configuration à l'œuvre. Selon Widmer, « *une configuration peut rendre compte des raisons d'une conduite* »⁵⁶⁷. Il propose de voir un lien étroit entre « *détermination d'une configuration* » et « *rationalité des conduites* ». Toujours selon le même auteur, « *la rationalité n'est pas le fait d'entités discrètes mais d'entités liées par un lien interne, du type de la configuration* »⁵⁶⁸.

⁵⁶⁵ ELIAS, N. *Qu'est-ce que la sociologie*, Paris : Pocket, 2003, première édition 1970, p. 157.

⁵⁶⁶ *Ibid.*

⁵⁶⁷ WIDMER, J. *Discours et cognition sociale. Une approche sociologique*, Paris : Éditions des Archives contemporaines, 2010, p. 285.

⁵⁶⁸ *Ibid.*, p. 285.

7.1. Les composantes des configurations pénitentiaires

Différentes configurations pénitentiaires se forment à partir de cinq composantes : le statut du handicap dans l'établissement étudié, le contexte de la prison, les catégorisations des détenus autour de la frontière légitimité/non légitimité, les relations entre les professionnel.le.s et les aménagements pour le handicap. Le statut institutionnel du handicap a été étudié à partir de la manière dont cette recherche a été reçue dans les différents établissements (cf. chapitre 1). Les catégorisations des détenus sont développées dans le chapitre 5 et les aménagements dans le chapitre 6. Les configurations pénitentiaires dépendent également d'autres caractéristiques - architecturales, géographiques, temporelles et relationnelles - qui ont leur influence tant sur les catégorisations des prisonniers que sur les aménagements. Ainsi, nous décrivons ici les deux composantes restantes – le contexte et les relations entre groupes professionnels. Un tableau synthétisant les configurations avec leurs composantes se trouve page 313.

7.1.1. Le contexte

7.1.1.1. Les caractéristiques architecturales

La configuration architecturale d'une prison comprend l'époque de sa construction, l'agencement de l'espace et la possibilité d'aménagements physiques. On trouve toujours dans le parc pénitentiaire des établissements qui ont succédé à des anciens couvents, maisons de force ou dépôts de mendicité. Leur aménagement est pratiquement impossible et les professionnel.le.s déclarent ne pas pouvoir y accueillir des personnes ayant une déficience motrice.

Au contraire, les plus récents, ceux construits au début des années 2000, connus sous le nom de « *plan 4000* » semblent être les mieux aménagés – ils possèdent des cellules adaptées et parfois des ascenseurs. Dans certaines régions pénitentiaires, des listes de prisons avec cellules aménagées sont tenues à la disposition des juges. On trouvera donc dans ces prisons plus de personnes ayant un handicap moteur et se déplaçant en fauteuil roulant que dans celles qui se déclarent inaccessibles. Par ailleurs, les nouveaux bâtiments, plus accessibles et avec douche

dans chaque cellule, facilitent grandement la vie en prison, notamment des prisonniers ayant une déficience physique. Cependant, les établissements modernes, avec peu de présence humaine sont connus comme aggravant les troubles mentaux. L'agencement des espaces joue un rôle dans les relations entre les professionnel.le.s. Quelle place est accordée aux différents groupes professionnels ? Se croisent-ils régulièrement ? Connaissent-ils bien la détention ?

Enfin, l'architecture, l'outil principal de la peine de prison est le reflet de la philosophie de l'enfermement de son époque. Elle a une influence pratique sur l'organisation du travail quotidien. L'architecture d'un établissement est souvent mentionnée comme permettant ou non la mise en place de certains dispositifs et aménagements.

7.1.1.2. Les caractéristiques géographiques

L'emplacement géographique est d'abord responsable du type de population pénale. Les profils des détenus ne sont pas les mêmes dans une grande maison d'arrêt de la région parisienne que dans une petite structure de province.

Cela est patent lorsqu'on visite une maison d'arrêt en province et on peut s'entendre dire : « *ici on a très peu de détenus type « région parisienne ».* La plupart ici sont de type « *alcooliques de la campagne* ». Selon ce discours, le détenu type « *région parisienne* » est jeune et souvent incarcéré pour des petits délits, il est « *virulent* », c'est-à-dire souvent dans une posture de défiance et d'opposition. Les caractéristiques des détenus « *alcooliques* » sont différentes. Généralement plus âgés, ils vivent à la campagne, sont isolés et désocialisés. Ils sont incarcérés pour différents délits ou crimes liés à l'usage de l'alcool.

Ces phrases nous en apprennent sur la constante activité de catégorisation et de classement au sein des prisons et de ces liens avec la géographie même des espaces carcéraux. Par exemple, dans un centre de détention, on nous explique que, « *dans cette unité, sont plus les détenus genre « jeune de banlieue » avec des petites peines mais turbulents, et dans celle-ci c'est plus calme, il y a les détenus genre « la campagne, du Nord » avec des plus longues peines* ».

L'emplacement géographique influence le recrutement des professionnel.le.s également. Certaines régions sont ainsi privilégiées par surveillant.e.s, personnels de direction et CPIP. D'autres sont laissées aux jeunes professionnel.le.s n'ayant pas la possibilité de faire des

choix⁵⁶⁹. Par ailleurs, médecins spécialistes et enseignants sont aussi plus difficiles à recruter et à fidéliser dans des zones rurales. Cet emplacement conditionne les liens plus ou moins forts avec d'autres administrations. L'éloignement physique des CPAM ou de la MDPH n'est pas favorable aux pratiques communes.

Les bénévoles, juristes, représentant.e.s du défenseur des droits sont plus facilement présents dans les centres urbains. La présence plus au moins grande de professionnel.le.s pénitentiaires expérimentés ou pas, d'intervenants extérieurs, des équipes médicales et d'enseignants joue dans les rapports entre eux, des rapports de force, d'évitement ou de partenariat.

Les relations avec l'extérieur, que ce soit avec le secteur médico-social ou même avec les organismes de contrôle dépendent aussi de l'emplacement de l'établissement. Ces relations influencent les dynamiques internes à l'établissement. Les ressources allouées, que ce soit de la part de l'administration pénitentiaire, de l'hôpital qui met à disposition des personnels médicaux, de la commune ou du département peuvent dépendre fortement de la taille et de la place de la structure en question. La question économique est donc liée à la question géographique.

Très souvent, les SMPR sont implantés dans des grandes maisons d'arrêt, proches des centres urbains. La présence de ces services a une influence sur les profils des prisonniers. On verra plus de détenus ayant des pathologies psychiatriques puisqu'ils y seront affectés de préférence. Cette présence donne une plus grande importance aux services psychiatriques dans la gestion de la détention. Le nombre de psychiatres et infirmier.e.s étant plus important, ils/elles pèsent plus dans les différentes décisions concernant les détenus.

Enfin, l'emplacement a aussi une grande importance pour « *le moral* » des prisonniers ou des professionnel.le.s. L'environnement urbain est réputé plus apaisant pour les détenus et permet aussi une plus grande accessibilité pour leurs familles et proches.

7.1.1.3. Les caractéristiques temporelles

Le type d'établissement – maison d'arrêt, centre de détention ou maison centrale, influence fortement les pratiques et notamment sur le plan temporel. Dans une maison d'arrêt, il y a des

⁵⁶⁹ Pour plus d'information sur les démographies professionnelles, voir les Dossiers thématiques du Centre Interdisciplinaire de Recherche appliquée au champs Pénitentiaire (CIRAP), de l'école nationale d'administration pénitentiaire (ENAP).

entrées et des sorties de prisonniers tous les jours. Dans une maison centrale, il peut ne pas y avoir d'entrée, ni de sortie de prisonniers pendant des mois, certains y vivant depuis de longues années. Le temps long permet la mise en place des prises en charge pénitentiaires, mais ne favorise pas la projection vers l'avenir, tandis que l'affectation dans un centre de détention peut permettre de bénéficier de divers dispositifs de resocialisation.

Professionnel.le.s et détenus sont concernés par les temporalités. Ils/elles sont pris.e.s par des urgences ou par un temps vide, dans lesquels il est difficile de savoir quel est le « *bon moment* ». Or, tous parlent du temps « *juste* » pour une peine.

7.1.2. Une composante relationnelle. Les tensions entre groupes professionnels

Les relations entre les professionnel.le.s dépendent autant de la disposition architecturale que géographique. Le lieu où se situent les différents services, au sein de la détention, peut avoir une grande importance sur les liens tissés entre les différents corps de métiers.

Par exemple, dans une des prisons, le service médical était au sein même de la détention et dans une autre à proximité du bâtiment administratif, modifiant les rapports avec les détenus et les autres professionnel.le.s. Se trouver au sein de la détention favorise les liens avec les prisonniers et avec les surveillant.e.s, mais éloigne de tous les autres métiers, dont les bureaux sont souvent à l'extérieur de la détention.

Les professionnel.le.s ont des manières différentes de qualifier leur milieu professionnel selon le lieu concret où ils/elles exercent. Dans une prison avec un service médical au sein du bâtiment d'hébergement, les médecins connaissent parfaitement les règles et les contraintes de la vie en détention, ainsi que les différentes stratégies des surveillant.e.s et des détenus. En revanche, ils/elles n'ont pratiquement aucun contact avec la direction, le SPIP ou le centre scolaire. Dans un autre établissement, au contraire, plusieurs personnels médicaux, bien qu'en poste depuis plusieurs années, n'ont jamais été en détention. Ils/elles n'ont aucune connaissance des conditions de vie des personnes qu'ils/elles soignent. Ils/elles ont des contacts plus personnels avec les autres services, saufs avec les surveillant.e.s de la détention.

Ces différentes situations jouent nécessairement sur la manière dont les relations vont se nouer et le poids qu'aura la parole des médecins dans les décisions. Cela ne veut pas dire que les médecins qui connaissent bien les personnes détenues auront nécessairement plus d'arguments pour défendre leurs droits. D'ailleurs, parfois, c'est le contraire qui se produit⁵⁷⁰.

Nous pouvons introduire un grand nombre de variables agissant sur la composante relationnelle. Combessie⁵⁷¹ a montré, dans une vision écologique de la prison, l'influence de l'emplacement géographique sur les rapports entre les différents métiers.

Les configurations qui se forment dépendent aussi des manières qu'ont les acteurs d'envisager le sens de la prison, de la peine et de leur activité. Par exemple, la ligne générale qu'un.e chef.fe d'établissement met en place est un paramètre important. Dans trois des quatre établissements, ils/elles ont changé au cours de la recherche. Lors des conversations informelles avec des personnels, nous avons été à chaque fois informée, soit des questionnements autour de la ligne qu'établira « *le nouveau* », « *on ne sait pas s'il sera plus dans le social ou plus dans le sécuritaire* », soit de l'assurance qu'« *il paraît qu'il est vraiment que dans le sécuritaire* ». Même les prisonniers nous informaient parfois en entretien que « *ça va être chaud avec le nouveau directeur. On m'a dit qu'il est que dans la discipline* ».

Un des dispositifs innovants que nous avons étudiés, l'ESAT, a été mis en place grâce à la sensibilité et l'engagement du chef d'établissement sur la question du handicap. La ligne mise en place par le chef d'établissement, mais aussi par le médecin-coordonateur ou par le responsable du SPIP est importante dans les relations d'interdépendance. Dans un espace clos, ils/elles interagissent et se définissent les uns par rapport aux autres. C'est dans ces interactions qu'ils/elles se servent de contenus liés aux doctrines et les savoirs propres à leurs métiers.

Ces contenus sont régulièrement mis en avant dans les conversations. En effet, nous avons remarqué assez rapidement que certains types d'arguments et d'exemples circulaient parmi des professionnel.le.s et détenus. Ainsi, quand on évoquait les détenus handicapés, les surveillant.e.s d'une prison mettaient la focale sur les droits de l'homme, alors que dans une autre, c'était sur la sécurité. Personnels médicaux ou d'insertion se posent les mêmes questions – décrivant la tension éthique qu'implique leur positionnement – entre droit des prisonniers et

⁵⁷⁰ COMBESSIE, P. 1996, *Op. cit.*

⁵⁷¹ *Ibid.*

droits des victimes (qu'ils voient comme forcément opposés) ou entre détenu à la fois usager et contrevenant.

Les détenus aussi décrivent des tensions dans la façon d'envisager leur incarcération. Dans une maison centrale, ils parlent souvent de leur rapport d'opposition à l'Etat comme explication de leurs conduites et comme guide pour leur comportement en détention ; dans une maison d'arrêt, ils sont nombreux à mettre en avant leur position d'exclu à la fois comme explication de leur incarcération et de leur comportement en prison.

Les acteurs mobilisent donc ces contenus pour entrer en relation, pour défendre un point de vue ou une pratique, pour critiquer une autre, mais aussi pour abandonner une position et en adopter une autre. Ces relations créent des configurations particulières dont les effets sont visibles autour des définitions que les professionnel.le.s donnent de leur travail, des personnes détenues et des personnes handicapées. Les prisonniers participent également à ces définitions.

Ainsi, nous avons établi quatre configurations selon la manière de résoudre les tensions dans chaque établissement. Pour faciliter la lecture les prisons sont appelées par prison A (la maison d'arrêt A), prison C (maison centrale C), prison P (centre pénitentiaire P), et prison D (centre de détention D).

Ces configurations sont donc établies en fonctions des composantes précédemment évoquées. Dans la prison A, il s'agit d'une configuration de « *acception médicale du handicap* », dans la prison C d'une configuration « *acception pénitentiaire du handicap* », dans la prison P on peut parler d'une « *acception socio-pénitentiaire du handicap* » et dans la prison D c'est dans une « *acception médico-pénitentiaire du handicap* » que celui-ci est envisagé.

Le tableau ci-dessous présente une synthèse de ces caractéristiques qui sont ensuite développées par établissement.

Tableau 6 Quatre configurations carcérales de mise en sens et de traitement des particularités physiques et mentales

Configuration Composante	Acception médicale du handicap	Acception pénitentiaire du handicap	Acception socio-pénitentiaire du handicap	Acception médico-pénitentiaire du handicap
Statut du handicap	Le handicap comme maladie relevant des prises en charge médicales	Le handicap, objet de tensions organisationnelles	Le handicap comme « trouble » à l'ordre pénitentiaire	Le handicap comme « incapacité » de certains prisonniers
Le contexte	Un environnement pénitentiaire déterminé par la gestion des flux et l'accessibilisation	Un environnement inaccessible et une organisation tournée vers la gestion des longues peines	Une prison ouverte aux interventions extérieures	Une prison tournée vers la réadaptation des individus
Les catégorisations des détenus autour de la frontière légitimité/non-légitimité	Une figure du détenu handicapé brouillant le repères carcéraux	Le prisonnier handicapé, entre vulnérabilité et dangerosité	Les prisonniers vus comme des usagers par les professionnel.le.s	Les troubles psychologiques importants comme catégorie de traitement
Les relations entre les groupes professionnels	Un cloisonnement entre champs professionnels fondé sur la délégation de certaines tâches au service médical.	Des tensions professionnelles autour de la recherche d'une médiation	Une collaboration conflictuelle autour de situations individuelles	La mise en concurrence des logiques pénitentiaires et médico-sociales
Les aménagements	Une prise en charge entièrement assumée par le monde médical	Des dispositifs visant à intégrer le handicap dans le monde pénitentiaire	Des prises en charge hybrides médico-pénitentiaires du handicap	La réadaptation contrariée par les exigences pénitentiaires

7.2. La Maison d'arrêt et la médicalisation du handicap

7.2.1. Le handicap comme maladie

Dans le premier établissement, nous avons obtenu une réponse rapide de la part du chef de l'établissement, nous donnant son accord pour accéder à la prison. Il nous a mis en contact avec un de ses adjoints. Malgré une ouverture apparente, nous avons eu beaucoup de mal à fixer un rendez-vous. Nous ne pouvions pas mener la recherche sans ce rendez-vous lors duquel se décident les modalités d'autorisation d'entrer dans le bâtiment de la détention, la manière de prendre contact avec les professionnel.le.s et les prisonniers.

Trois mois se sont écoulés, et plusieurs relances ont été effectuées, avant de pouvoir rencontrer la personne ressource, l'adjoint au directeur. Lors de notre rendez-vous, nous sommes prévenue que c'est seulement le fait d'avoir insisté « *gentiment, mais fermement* » qui nous vaut ce rendez-vous. Nous comprenons également que les fonctions de notre interlocuteur ont changé entre temps. De directeur des politiques partenariales, il était devenu directeur d'un des bâtiments de la prison. Quelques mois plus tard, il deviendra « *référent des cultes et de la laïcité* ». Si, au moment de notre rencontre, il ne semble plus l'interlocuteur approprié, son poste précédant (directeur des politiques partenariales) est particulièrement intéressant pour notre recherche, impliquant des collaborations avec des institutions externes, notamment le conseil départemental et la MDPH mais n'est pas occupé pour le moment. Finalement, d'un rendez-vous de prise de contact et de discussion sur les modalités de la recherche, cette première rencontre se transforme en entretien.

Ce tout premier entretien avec un professionnel exerçant en prison a été fondamental pour la suite de la recherche. Dans les échanges apparaissent les premiers jalons de la compréhension du handicap en prison. Nous apprenons que toute question qui touche à la « *population pénale* »⁵⁷², qu'elle soit liée à la santé ou pas, est réglementée pour les personnels pénitentiaires par le code pénal et le code de procédure pénale. Dès cette première entrevue à laquelle sont conviés un surveillant gradé et la cheffe du SPIP, nous apercevons déjà l'importance des

⁵⁷² Terme fréquemment utilisé, tant par les professionnel.le.s que par les prisonniers.

activités de catégorisations, la complexité de la gestion de la détention qui mêle des questions organisationnelles, problèmes architecturaux et légaux, ainsi que des dilemmes moraux.

Ce premier entretien n'aura pas de suite. Dans cet établissement, plus d'une centaine (115) de courriels ont été envoyés à un très grand nombre de professionnel.le.s. La très grande majorité des personnes contactées n'a pas répondu. D'autres n'ont pas honoré les rendez-vous proposés. Il nous a fallu reprendre contact plusieurs fois pour obtenir un entretien. Cependant quelques professionnel.le.s, médecins et assistante sociale, ont répondu favorablement. Le handicap est apparu comme une question dont le secteur médical se saisit plus particulièrement, tandis qu'aucun psychiatre ou psychologue n'a répondu à nos sollicitations.

Les personnes que nous avons rencontrées formellement sont le directeur adjoint, le médecin-coordonateur, un médecin responsable des problèmes de handicap et de vieillissement, une assistante sociale, un surveillant gradé et la cheffe du SPIP. Par ailleurs, plusieurs conversations informelles ont eu lieu avec d'autres professionnel.le.s (surveillants, infirmières, psychologues).

Dès les premières rencontres dans cet établissement, plusieurs phénomènes apparaissent : difficulté de communication entre les différents métiers, cristallisée autour du secret médical ; séparation claire des rôles de chaque professionnel et des frontières clairement établies ; une vision commune de la population détenue sur le versant de la marginalité et du handicap social ; des catégorisations pénitentiaires des attributs sociaux.

Dans cet établissement, nous avons pu rencontrer une seule personne détenue. Le bâtiment dans lequel nous avons souhaité mettre en place la recherche est déclaré comme possédant une vingtaine de cellules aménagées. Il hébergeait à l'époque de la recherche plus de 900 personnes pour 700 places. Dans ce contexte, il a été impossible de contacter tous les prisonniers par courrier. Le directeur du bâtiment a choisi d'approcher le médecin de l'unité sanitaire du bâtiment et de délimiter avec lui une population susceptible de vivre des situations de handicap sans que nous ayons de visibilité sur ce processus. De plus, les médecins semblaient envisager les prisonniers pris en charge comme particulièrement vulnérables et potentiellement menacés par notre recherche.

7.2.2. Un environnement pénitentiaire déterminé par la gestion des flux et l'accessibilisation

La prison A est une maison d'arrêt de très grande taille. Elle se trouve dans les environs d'une grande ville, facilement accessible par des transports en commun. Pour les professionnel.le.s qui y travaillent ainsi que pour les détenus, elle est assimilée à une « usine », terme souvent utilisé pour les maisons d'arrêt. Les journaux la caractérisent comme « un monstre carcéral ». Le travail est tourné vers la gestion quotidienne d'un très grand nombre de personnes, de nombreux accidents et de nombreuses entrées et sorties. La prison A est souvent comparée à une « véritable cocotte-minute ». La plupart des prisonniers en France (plus des deux tiers)⁵⁷³ sont aujourd'hui détenus dans une maison d'arrêt.

Cette prison a été construite pendant les années 1960, afin de répondre au phénomène d'augmentation de la population carcérale, mais aussi dans un but de centralisation et de rationalisation architecturale. Son architecture est l'exemple-type de la manière d'envisager le traitement des hommes et des femmes détenues pour l'époque. A son inauguration, cette prison fut considérée comme un modèle, avec ses rotondes de type panoptique, l'ouverture des portes des cellules à distance, le calcul minutieux pour optimiser tous les espaces. Elle est aujourd'hui souvent citée par des surveillants et détenus rencontrés dans d'autres établissements comme une prison d'une organisation « millimétrée ».

Faite au départ pour « désengorger » les prisons de la région, elle souffre aujourd'hui d'une grande surpopulation, entre 140 et 160% selon les mois. Les personnels changent de poste régulièrement et beaucoup y font leur premier stage ou poste. La maison d'arrêt possède plusieurs bâtiments, dans lesquels les détenus sont affectés en fonction de leur profil pénal et pénitentiaire (condamnés, prévenus, jeunes détenus, hommes, femmes).

La surpopulation dans cette prison étant assez importante, les détenus sont entassés à plusieurs en cellule et certains dorment sur un matelas à même le sol. Les surveillant.e.s dénoncent un manque d'effectifs et des conditions de travail très dégradées. Il manquerait également plusieurs postes de conseillers pénitentiaires et de médecins. La surpopulation est dénoncée par la

⁵⁷³ Cf. Les chiffres de l'administration pénitentiaire : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_juillet2019_trim.pdf.

direction, dans la presse et lors des entretiens. Cette surpopulation entraîne des violences fréquentes et une usure des personnels.

Selon la direction, le suivi des personnes détenues est compromis par le manque de temps pour les « *profiler* » et les affecter en fonction. En effet, dès cet instant, le ‘profilage’ et ‘l’affectation’ dans un bâtiment, quartier, étage ou cellule sont apparus comme deux opérations particulièrement importantes dans la gestion des détentions en lien avec le handicap. De plus, la catégorie de vulnérable, si elle ne recouvre pas complètement celle de personne handicapée, la prend en compte. Avoir un traitement médical lourd ou avoir des difficultés de déplacement peut valoir le placement seul en cellule.

Des travaux de rénovation de grande envergure sont entrepris depuis plusieurs années. Lors de ces mêmes travaux, des cellules adaptées aux personnes à mobilité réduite ont été créées dans le bâtiment des condamnés. Des cellules aménagées existent également dans le quartier arrivant et d’autres sont prévues dans le cadre des travaux à venir.

Cet établissement enferme ou a enfermé certaines personnes liées au « *terrorisme djihadiste* ». Au moment de la recherche cette problématique apparaît comme prioritaire. Beaucoup d’énergie est consacrée à cette question et des réflexions sont menées autour de la création d’une unité spécifique aux prisonniers radicalisés. Plusieurs personnalités très médiatisées y ont été détenues. Le handicap reste donc une question secondaire et peu valorisante pour cet univers. Elle est envisagée comme transférable à d’autres métiers.

7.2.3. Une figure du détenu handicapé brouillant les repères carcéraux

« *Le profil-type du détenu, c’est le jeune de banlieue* » nous dit un des médecins rencontrés « *et il n’est jamais handicapé, sauf par accident* ». Malgré cette représentation d’une population jeune et urbaine, dans cette prison, il y a beaucoup d’autres ‘profils’.

Outre les détenus ayant de très courtes peines, en attente de jugement ou d’affectation ou « *en transfert* », ⁵⁷⁴ apparaissent aussi les figures du « *marginal* » et du « *dangereux* », les « *gens du*

⁵⁷⁴ Par exemple les « transferts disciplinaires », où un détenu est déplacé d’une prison à une autre en guise de sanction.

milieu », les « *gros profils* »⁵⁷⁵, les « *DPS* »⁵⁷⁶ et les « *pointeurs* »⁵⁷⁷. On nous répétera à longueur d'entretien qu'« *ils ont quand même fait quelque chose* » et donc que leur incarcération est légitime. On évoquera régulièrement même les prévenus ou condamnés pour « *torture et actes de barbarie* » en signalant par cela la particularité de la population pénale. Alors que ce type de crime est en effet caractérisé par la cruauté et l'atteinte à la dignité humaine, il semble suffisamment rare pour se trouver dans la ligne « *autres* », dans les statistiques de la justice⁵⁷⁸.

La population pénale est vue non seulement comme une population violente mais aussi très précarisée. A la suite de ruptures biographiques, leur historique médical est presque impossible à remonter posant des problèmes de continuité des soins. L'assistante sociale nous parle de désaffiliation. Les prisonniers manquent de tout. En arrivant en prison, ils n'ont même pas « *la base* » : des papiers d'identité.

Finalement, on arrive à la conclusion que la prison, ce n'est plus aussi clair qu'avant : « *les catégories sont brouillées. Avant, on savait. Un voleur était un voleur, un violeur un violeur. Aujourd'hui, on ne distingue pas. Le code d'avant ne marche plus.* » (Directeur adjoint, Maison d'arrêt). Cette affirmation fait penser à celle de la « *prison-entrepôt* », dont parle Foucault⁵⁷⁹. Le fait que ce soit une très grande maison d'arrêt, où sont envoyés des personnes très différentes, joue sûrement sur cette vision.

En réalité, on y trouve des prévenus dans des affaires longues et très médiatisées, ainsi que des personnes incarcérées pour conduite sans permis, des pickpockets ou des personnes sans-abris. Pour ces derniers, des associations, avocats, professionnel.e.s de prison évoquent régulièrement la non prise en compte de leurs pathologies, lors des procédures de comparutions immédiates⁵⁸⁰. Mais au-delà de ces profils hétéroclites, l'affirmation que « *le code d'avant ne marche pas* » renvoie peut-être à l'idée que la convention sur laquelle se basait l'ordre pénitentiaire n'est plus de mise.

⁵⁷⁵ Il est difficile à donner une définition, tant elles changent selon le contexte. Un gros profil est quelqu'un qui a commis un crime relativement grave et encourt une longue peine. Si pour certains c'est le signe d'être assez haut dans les hiérarchies carcérales, pour d'autres c'est aussi un signe de séparation avec la délinquance « ordinaire » et donc avec la société « ordinaire ».

⁵⁷⁶ Détenu particulièrement signalé.

⁵⁷⁷ Auteur d'infraction à caractère sexuel.

⁵⁷⁸ Cf. les chiffres de l'administration pénitentiaire : <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/donnees-statistiques-10302/les-condamnations-27130.html>.

⁵⁷⁹ FOUCAULT, M. 1973, *Op. cit.*

⁵⁸⁰ Voir les films documentaires « *Un monde sans folie* » ; « *Aux marches du Palais* » et des enquêtes sur les comparutions immédiates.

La définition du handicap y est contextuelle et est dépendante des relations entre services et des questionnements qui lient justice et gestion des risques. Apparaissent les catégories déjà évoquées : ceux qui « *n'ont rien à faire en prison* », parce que malades et leur enfermement constituant une injustice ; ceux « *pour qui on ne peut rien faire* » et qui ne peuvent se saisir d'aucune prise en charge pénitentiaire ; enfin ceux pour qui on a peur : « *comment vont-ils sortir ?* » ou qui font peur : « *il y a des gens dangereux. Ici, on les gère, mais dehors ?* ».

Les professionnel.le.s tentent constamment de définir des populations dont ils/elles ont la charge et de justifier la manière de les saisir. Mais cette définition leur échappe et ils/elles sont obligé.e.s de raconter « *des cas* » et « *des affaires* » qui leur paraissent exemplaires. Il s'agit dès lors de nombreuses anecdotes qui montrent les tensions éprouvées dans leur métier.

7.2.4. Des champs professionnels cloisonnés

La question du handicap différencie les prisonniers et renforce les frontières entre les groupes professionnels. Dans cet établissement, dès le départ, les différentes fonctions semblent nettement séparées :

« Il y a le domaine juridique et le domaine médical pour le handicap. Le domaine juridique c'est le JLD⁵⁸¹ qui le décide et le domaine médical c'est le JAP⁵⁸². Le domaine juridique, c'est un débat contradictoire avant la mise en détention et le domaine médical, c'est la suspension de peine. » (Directeur adjoint, Maison d'arrêt)

Avant la mise en détention provisoire, le juge des libertés et de la détention (JLD) doit s'assurer que l'état de la personne est compatible avec la détention et que son incarcération ne représente pas un danger, ni pour elle, ni pour la société. Il doit également prouver que la détention est l'unique moyen de parvenir aux exigences de la procédure⁵⁸³.

⁵⁸¹ Le juge des libertés et de la détention décide du placement en détention provisoire d'une personne mise en cause par la justice. Il statue aussi sur les demandes de mise en liberté de la personne ou, au contraire, de prolongation de la détention provisoire.

⁵⁸² Le juge d'application des peines statue sur l'aménagement des peines.

⁵⁸³ Article 144 du Code de procédure pénale.

Ce juge ne s'occupe pas de la culpabilité ni de la peine des justiciables mais seulement de leur détention. Il peut aussi statuer sur une demande de remise en liberté, lorsque la personne a été placée en détention provisoire et les conditions de détention ne conviennent plus.

Le juge de l'application des peines (JAP) intervient une fois le prisonnier condamné et incarcéré. Le corps médical signale au JAP⁵⁸⁴ l'incompatibilité de l'état de santé du prisonnier avec les conditions de la détention. Ce dernier nomme des experts et statue sur la base de leurs expertises. Pour les deux procédures, il faut à la fois une ou des expertises médicales et des décisions judiciaires. La justice et la médecine interviennent ici ensemble mais dans les esprits des professionnel.le.s, une séparation des pouvoirs est à l'œuvre.

Dans la configuration relative à la prison A, le repérage des personnes qui peuvent bénéficier d'une suspension de peine est entièrement assuré par le service médical. En effet, même si les professionnel.le.s pénitentiaires sont en contact le plus prolongé avec les reclus, ils/elles n'ont pas le pouvoir de sélection sur les populations qu'ils/elles ont à leur charge. Ces pouvoirs étant dans les mains du juge et, dans une moindre mesure, du médecin.

Ainsi, le service médical déclare faire beaucoup de « *suspensions de peine* », dès le constat par le médecin d'une pathologie lourde ou d'un état de santé très dégradé, incompatible avec la détention. Le repérage des personnes et la mise en place de la démarche relèvent uniquement d'actes médicaux. Cela est même revendiqué par les médecins :

« La pénitentiaire, c'est uniquement la garde et la sécurité. Ils ne sont pas dans la peine, ils sont dans le maintien de la peine et la sécurité de la peine. Si le 'médical' dit cette personne ne peut pas rester en prison, c'est pas à la pénitentiaire de dire non [...] C'est pas que nous, médecins, on est de surhommes, mais c'est pas la même vision des choses, pas la même approche, pas la même appréciation. Nous avons des éléments pour voir s'il y a quelqu'un qui peut jouer du handicap, il faut le pousser, il faut le porter, alors qu'il se déplace dans la cellule. Ça, nous on peut le faire mais pas eux, c'est pour ça qu'ils se retranchent beaucoup derrière nous quand même. » (Médecin-coordonnateur, Maison d'arrêt)

Dans cette prison, la procédure de demande de suspension de peine est formalisée entre le médecin-coordonnateur et le juge.

⁵⁸⁴ JAP, le juge compétent pour suivre l'application de la peine.

De même, la cheffe du SPIP explique que son service ne s'occupe pas du handicap, ce travail étant dévolu au service médical et notamment aux assistantes sociales qui y exercent. Les déficiences représentent, selon elle, des freins pour le travail de son service. Comment faire son travail de CPIP, travailler sur la peine et les infractions sans pouvoir communiquer, comme c'est le cas avec les sourds ou les « fous » ?

Dans cette maison d'arrêt, au vu du nombre très élevé de prisonniers, le SPIP se concentre sur les aménagements de peine. L'état de santé du prisonnier est vu comme pouvant remettre en question ce travail d'aménagement de peine. De plus, tant qu'une personne n'est pas jugée, elle n'est pas véritablement prise en charge par ce service. Si une prise en charge thérapeutique est nécessaire, le cas devient automatiquement un cas médical et c'est au service médical de s'en occuper.

Une frontière s'établit entre les différents groupes professionnels chacun exerçant son métier selon une vision restreinte. Sans contester leurs pouvoirs respectifs, ils séparent leurs domaines d'intervention. Les services médicaux sont particulièrement sollicités pour des pathologies inquiétantes, pour des problèmes de santé ou pour des accompagnements sociaux. La « pénitentiaire » cherche la collaboration du « médical » :

« La pénitentiaires sait beaucoup de choses, mais ils sont très gourmands d'informations. On peut les comprendre aussi, ils sont jeunes, ils ont des familles, des enfants petits, ils veulent savoir si quelqu'un est contagieux ou dangereux. » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt)

Mais cette demande peut aussi être interprétée comme une tentative pour partager ou même transférer la responsabilité aux services médicaux autour d'une décision, surtout lorsqu'il s'agit d'un détenu vulnérable. Toutes les tensions autour de la distribution des responsabilités et les pouvoirs en prison se cristallisent autour du secret médical. Cette question apparaît ici comme délimitant les territoires d'action et établissant des frontières. Elle dit jusqu'où on peut aller dans le partage et la coopération. L'absence du « médical » aux réunions officielles se justifie, pour eux, par le respect du secret médical et de la relation de confiance avec les personnes détenues. Ils appréhendent aussi d'être trop impliqués dans des décisions qui concernent la détention.

La séparation organisationnelle entre les activités médicale et pénitentiaire est claire. C'est le médecin coordinateur qui fait le lien entre les deux. Il utilise la métaphore chromatique pour

signifier sa place entre le service médical et pénitentiaire. Il se dit « *bleu ciel* », en référence aux uniformes bleu foncé des surveillants et les habits blancs des personnels médicaux, effectuant ainsi la jonction entre les métiers soignants et pénitentiaires. Il explique l'activité de « *traduction* » qu'il est obligé de faire entre les deux cultures en prévenant rapidement de la frontière qui les sépare :

« On s'entend bien ici, les blancs et les bleus s'entendent bien. Je suis chef de service. Je suis bleu ciel et je défends un peu les surveillants à l'hôpital. Je suis aussi à écouter leurs doléances par rapport à des choses, je suis un peu à la frange entre les deux. Mais quelque part, il faut bien avoir en tête, qu'on peut être bon copain à 90%, et à 10% dans le pépin, on n'est pas copains. C'est chacun pour soi. On cherche le médical mais on peut aussi accuser le médical, s'il y a un problème. » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt)

Au-delà de l'appréhension de se voir mis en cause, les médecins doivent maintenir leur posture de médecin. Une posture à la fois pratique et morale où ils organisent leur travail quotidien aussi dans une visée morale. Voici leur dilemme autour du soin « juste » à prodiguer aux détenus malades. Ce soin doit être à la fois de qualité mais ne doit pas faire apparaître la prison comme lieu alternatif de soin :

« D'où ce côté d'être à la fois à côté du patient, indépendant, de le protéger et de le prendre en charge, mais en même temps de ne pas permettre, de faire croire aux magistrats, à la justice, à la pénitentiaire aussi, que la place d'un détenu handicapé ne peut être que la prison. Moi je pense que sa place n'est pas ici, elle est sur d'autres structures. Après, quelqu'un qui serait handicapé, qui serait SDF, qui n'aurait pas d'hébergement, le temps qu'on puisse trouver une filière, un appartement thérapeutique. Là, on va garder la personne, on ne va pas faire une suspension de peine, s'il n'y a rien derrière. On fait un aménagement de la peine, à condition de trouver un logement. » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt)

Ce même dilemme est présent même pour les personnes ne pouvant bénéficier d'un aménagement ou une suspension de leur peine :

« On va garder aussi des gens qui sont en procédure criminelle et qui vont avoir un état de dangerosité potentielle, même s'ils sont handicapés. Parce qu'ils ne sortiront pas. C'est le handicap mental et la dangerosité qui vont primer sur le somatique. Il faut

quand même mettre en place des choses, pour l'amélioration du quotidien et de la rééducation sans pour autant être réputé être un vrai centre de réadaptation. »
(Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt)

Il s'agit donc pour ce médecin de transformer et améliorer les pratiques pour mieux respecter les droits des détenus sans transformer la prison en lieu de soin.

Les liens entre les différents métiers dans cette prison sont déclarés être réglés d'une manière informelle, « *de personne en personne* », « *dans un couloir ou entre deux portes* » ; « *j'appelle le lieutenant* », lors de conversations « *très informelles mais très utiles* ». Ces liens sont même théorisés et conceptualisés et les médecins citent certains auteurs⁵⁸⁵.

L'informel devient une procédure institutionnelle pour les relations entre le service médical et le reste des métiers pénitentiaires. Néanmoins, l'informel comme procédure n'est pas toujours de mise. Par exemple, le médecin-coordonateur dit ne pas du tout avoir été consulté pour les travaux des cellules aménagées.

Au moment de l'enquête, une convention se prépare, entre le conseil départemental, la MDPH et l'établissement pénitentiaire, dans laquelle le service médical est très impliqué. Même s'ils considèrent que la vie quotidienne en prison est seulement de la responsabilité de la « *pénitentiaire* », les médecins sont prêts à prendre en charge une partie des démarches. Ils/elles envisagent d'ailleurs que, si plusieurs prisonniers ont le droit à la PCH, cette dernière soit mutualisée et qu'une auxiliaire de vie soit recrutée, afin d'exercer au sein du service médical.

7.2.5. Une prise en charge entièrement assumée par le monde médical

Au sein des services médicaux de cette prison, travaillent cinq assistantes de service social. Au moment de l'enquête de terrain (2015), la présence d'assistantes sociales dans une prison est rarissime. Deux des assistantes sociales sont attachées à l'Unité sanitaire, deux au service d'addictologie et une en psychiatrie.

Elles ont été mutualisées « *pour que chacune prenne en charge le patient dans sa globalité et ne pas le saucissonner* » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt). L'assistante sociale que nous

⁵⁸⁵ LECU, A. *Le secret médical, vie et mort*. Paris : Editions du Cerf, 2016.

avons rencontrée déclare faire un nombre important de demandes d'AAH. Elle organise des placements, à la sortie, en FAM⁵⁸⁶ ou en MAS⁵⁸⁷.

La question du handicap apparaît ici prise en charge par le service médical et seulement sur son versant médical. Bien évidemment, le fait que d'autres professionnel.le.s n'aient pas souhaité répondre introduit un biais dans l'analyse. Nous interprétons cette attitude comme révélatrice d'une distance à la question du handicap.

L'aspect exceptionnel de cette Maison d'arrêt lui permet de disposer de services médicaux et psychiatriques particulièrement bien développés. En effet, il y a deux unités Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), une pharmacie, une convention avec une pharmacie extérieure pour la livraison rapide d'un fauteuil roulant ou d'un lit médicalisé, des salles de kinésithérapie, des services médicaux dans chaque bâtiment. Comme le dit le médecin-chef :

« Ici, on peut dire, on peut avoir tout ce qu'on veut. Mais la question c'est, est-ce que c'est bien ? C'est quand même une prison. Il faut faire attention, quand on développe, après les juges se sentent autorisés d'envoyer tous les malades. » (Médecin-coordonateur, Maison d'arrêt)

Le dilemme éthique est toujours présent dans le discours médical - comment développer et améliorer les prises en charge sans que cela donne lieu à une augmentation des incarcérations de personnes malades ?

Ainsi, la prise en charge sanitaire et sociale apparaît comme externalisée et séparée de la prise en charge pénitentiaire. Le repérage est d'abord médical, c'est-à-dire lié à la détection d'une déficience, pathologie ou trouble. Il se fait dès l'entrée, lors de la première visite médicale. Comme partout, les prisonniers doivent avoir un examen médical dans les premières 48 heures de leur incarcération. Les détenus malades sont aussi repérés par les infirmières qui distribuent les médicaments en cellule et ont ainsi un regard sur ce qui se passe en détention.

Les détenus peuvent également solliciter un rendez-vous médical par courrier. Selon le médecin-coordonateur, une personne ayant des problèmes de santé devrait vraiment les cacher et ne pas vouloir être prise en charge pour échapper à un diagnostic. Avec le début de la prise en charge médicale, débutera automatiquement une prise en charge sociale, puisque les assistantes sociales travaillent au sein des services médicaux.

⁵⁸⁶ FAM – Foyer d'accueil médicalisé, faisant partie du secteur médico-social de prise en charge du handicap.

⁵⁸⁷ MAS – Maison d'accueil spécialisée, faisant partie du secteur médico-social de prise en charge du handicap.

Les actions sociales et administratives, de type obtention de papiers, y compris les contacts avec la MDPH, ne font pas partie des missions des SPIP dans cette prison. C'est aux assistantes sociales, si le détenu est malade ou les Points d'accès aux droits (PAD)⁵⁸⁸, s'il est en bonne santé, de s'en occuper. Le traitement administratif des prisonniers est séparé donc selon leur état de santé.

La question du handicap en prison, à savoir la prise en charge de personnes malades et criminelles porte en elle une ambiguïté qui lui est inhérente. Comme le dit l'assistante sociale « nous, on est sur une personne qui est à la fois vulnérable, vu son handicap, et à la fois auteur [d'un délit ou crime] ». Dans la prison A, cette question est réglée selon un modèle dans lequel chaque facette de la personnalité est prise en charge par un service spécifique. Les différents métiers collaborent sur un mode où chacun apporte sa compétence.

« Parce qu'il y a des choses qu'au niveau des prises en charge nous on sait faire, des choses que le SPIP sait faire, et à un moment donné sur certains points on se retrouve et on travaille en lien sur les situations. Donc, nous, on a toujours à faire en fonction de la situation pénale de la personne, d'où l'intérêt de travailler en lien avec le SPIP. »
(Assistante sociale du service médical, Maison d'arrêt)

Le seul prisonnier que nous avons rencontré fait état d'une très bonne prise en charge médicale et sociale. Il se déplace en fauteuil roulant et fait éloge de la rapidité et de l'humanité de la prise en charge médicale mais aussi de l'accessibilité totale de la prison. Il peut se rendre en fauteuil pratiquement sans aide en promenade, au parloir, dans les salles d'activités. Cependant, il regrette l'ambiance froide et automatisée lui préférant des prisons plus vétustes mais plus « conviviales ». N'étant pas encore jugé, il n'a pas rencontré de CPIP et ses relations avec les surveillant.e.s sont ainsi décrites : « c'est-à-dire qu'ils s'en moquent, ils savent que le médical s'occupe de moi ».

La prison dispose de plusieurs cellules aménagées. Le chiffre varie selon les professionnel.le.s, le service médical les comptabilisant en tout à 31. Elles peuvent prendre en charge selon eux seulement « le petit handicap » et sont « assez ratées ». Certains professionnel.le.s pénitentiaires, lors des conversations informelles, semblent étonné.e.s à l'annonce d'autant de cellules aménagées mais essayent de ne pas le montrer. Selon le service médical, les cellules aménagées ont créé un appel d'air :

⁵⁸⁸ Point d'accès aux droits, tenu par des juristes bénévoles.

« L'histoire, c'est les 31 cellules. Aujourd'hui, toute la région débarque chez nous, sous prétexte qu'ils n'ont pas de cellules aménagées, ils ont des étages, ils ont des escaliers. Ici, c'est vrai que les bâtiments avec les cellules aménagées, il y a ascenseur, tout est accessible. Donc, on récupère tous les malades. » (Médecin-coordonnateur, Maison d'arrêt)

Néanmoins, il n'y a jamais eu des personnes à mobilité réduite dans toutes les 31 cellules. Généralement, ces cellules sont gérées comme les autres, par le service de la détention, sauf dans le cas où le médecin établit un certificat justifiant la nécessité d'une cellule aménagée pour un détenu. Y sont affectées des personnes avec un handicap visuel, des personnes âgées, des personnes ayant des pathologies somatiques ou des traitements lourds sans que leur mobilité n'en soit obligatoirement affectée. Nous n'avons pas pu visiter ces cellules. Selon les professionnel.le.s, elles ont le mérite d'exister tout en ne correspondant que très partiellement aux normes d'accessibilité.

Le traitement du handicap comme pathologie a été d'autant plus rendu visible, lors des échanges concernant la convention en négociation avec la MDPH et l'association d'auxiliaires de vie déjà évoquée. En effet, il était envisagé que l'évaluation du handicap se fasse à partir d'une grille destinée aux personnes âgées – AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), quel que soit l'âge du prisonnier.

Des travaux de recherche montrent que la grille AGGIR participe d'un processus de « *médicalisation de la vieillesse* »⁵⁸⁹, où les phénomènes qui apparaissent avec l'âge sont associés à des pathologies. Elle évalue ainsi la cohérence (comportement selon les normes admises), l'orientation (dans le temps et l'espace), la possibilité de faire sa toilette, de s'habiller, de se nourrir « *correctement* » seul, ainsi que d'assurer son hygiène lors de l'élimination, de se mouvoir et se déplacer seul à l'intérieur du domicile. Cette grille sert habituellement dans l'octroi d'aides sociales (APA) pour maintenir à domicile ou prendre en charge lorsque la personne se trouve en institution.

L'utilisation de la grille AGGIR pour mesurer le niveau de dépendance en prison revient à se concentrer essentiellement sur les prisonniers les plus âgés ou dépendants. Il s'agit donc d'une médicalisation de l'importunité. Le projet de recruter une auxiliaire de vie qui travaillerait au

⁵⁸⁹ CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Armand Colin, 2008.

sein du service médical renforce cette vision. Selon les calculs du médecin, les besoins en aide quotidienne sur une année concerneraient quatre prisonniers tout au plus.

Même si on considère que « *les infirmières n'ont pas à s'occuper des détenus dans les cellules* », les services médicaux s'occupent entièrement des prisonniers malades. Les questions d'hygiène personnelle, de la coupe des ongles ou des cheveux sont réglées par la prise de rendez-vous avec un podologue ou le coiffeur et se font sur recommandation du médecin. Pour l'hygiène de la cellule, l'entreprise de nettoyage qui s'occupe de la propreté du bâtiment est chargée par le médecin de nettoyer les cellules de ceux qui ne peuvent pas le faire. Pour la vie quotidienne, qu'il s'agisse d'une sortie en promenade ou du nettoyage du linge, le médecin établit des certificats expliquant la nécessité de certains aménagements. La question du détenu-aidant est évacuée lors des entretiens. Nous sommes renvoyée au fait qu'il s'agit dans ce cas d'hébergement et de vie quotidienne, ce qui relève des attributions de la « *pénitentiaire* ». De leur côté, les professionnel.le.s de la détention nous rétorquent que « *c'est le 'médical' qui s'en occupe* ».

Cette prison est pourvue d'un SMPR, avec 7 unités de consultation au sein de la prison et 2 unités d'hospitalisation de jour. Attachée à une des unités de consultation, l'unité d'hospitalisation dispose d'une vingtaine de cellules. Y sont hospitalisés des détenus de la maison d'arrêt ou parfois venant d'autres prisons. Les professionnel.le.s de cette unité n'ont pas souhaité répondre. Un conflit récent semblait les opposer à la direction de l'établissement.

La présence d'un SMPR avec plusieurs lits d'hospitalisation et d'une antenne d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) évacue la question du handicap psychique de la convention avec la MDPH. Ainsi, la question se pose quant au handicap invisible et non détecté par les services médicaux. Le handicap ne se situe pas sur le même plan que la maladie, certaines prises en charge ne nécessitant pas d'interventions médicales.

Les détenus malvoyants ou malentendants peuvent être considérées comme relevant seulement de la prise en charge pénitentiaire. Selon les échos de quelques prisonniers malentendants rencontrés à leur sortie de cette prison « *il faut se débrouiller seul, personne ne s'occupe de toi plus que pour les autres, c'est à toi de faire avec la prison en étant sourd* ». Sont-ils pris en charge sur un mode pénitentiaire, et comment ? Voici des questions qui sont restées sans réponse.

7.3. La Maison centrale et la socialisation pénitentiaire des particularités

7.3.1. Le handicap, objet de tensions organisationnelles

Dans cet établissement, l'autorisation du chef d'établissement a été plus difficile à obtenir. Plusieurs recherches y ont été menées durant les dernières années, tout comme dans la prison A. Cela nous renseigne sur les usages qui sont faits des terrains de recherche dans le milieu pénitentiaire. En effet, certains établissements sont plus visibles, plus ouverts et conseillés aux chercheur.e.s. Ils sont donc plus particulièrement investis par la recherche universitaire.

Dans notre cas, la direction avait atteint un point de saturation et une recherche supplémentaire n'apparaissait pas souhaitable. De plus, comme nous l'apprendrons plus tard, sur une question qui pose problème au sein de l'établissement. Finalement, une réponse positive a été donnée au bout de deux mois et plusieurs relances, surtout due à l'intérêt pour la question d'une jeune directrice adjointe.

Cette prison possède depuis plus de vingt ans une aile aménagée pour des personnes ayant un handicap physique. Elle pose de nombreuses questions aux professionnel.le.s. Elle est décrite d'emblée comme endroit « gênant », suscitant « la honte » et se caractérisant par une ambiance « glauque » et « malsaine ». Dans les paroles des professionnel.le.s pénitentiaires, ce lieu apparaît comme très peu approprié pour une prison. Selon les personnels soignants, il l'est tout autant pour la prise en charge de personnes handicapées⁵⁹⁰. Ni complètement pénitentiaire ni complètement médicale, cette unité pose des difficultés et perturbe les représentations.

Malgré le surinvestissement de cette prison par des chercheurs ou documentaristes, aucune autre recherche n'avait été autorisée au sein de l'aile aménagée jusqu'à cette recherche. Nous avons pu y accéder, car notre recherche portait directement sur les aménagements de la prison face au handicap. De plus, nous avons, lors de la première rencontre, quelque peu banalisé les tensions que l'aile spécifique provoquait : maintenir des personnes « non autonomes » dans un

⁵⁹⁰ Dans cette prison, contrairement à la précédente, le service médical a refusé de nous répondre. Nous nous sommes basée sur des Rapports du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, et des interviews que certains médecins ont pu donner dans différents médias.

endroit qu'elles n'ont pas choisi pouvait créer des situations difficiles à gérer, même au sein d'un établissement médico-social.

En effet, vivre dans une institution totale expose à des tensions, quelle que soit sa fonction, pénale ou de réadaptation. De plus, alors qu'un établissement médico-social reste tourné directement vers la prise en charge du handicap, la prison doit gérer cela comme une difficulté supplémentaire, la gestion de la déficience ne faisant pas partie de ses missions.

Nous apprendrons plus tard que, malgré la gêne annoncée devant nous, cette aile est très connue dans les milieux pénitentiaire et judiciaire. Elle est très régulièrement visitée par des professionnel.le.s de l'extérieur.

Après un premier accord donné par courriel, nous avons tenté de rencontrer l'adjointe au chef d'établissement qui devait nous permettre de mettre en place la recherche. Plusieurs rendez-vous ont été fixés et annulés avant d'avoir un premier entretien. Un rendez-vous a finalement pu avoir lieu, malgré une énième annulation par mail, mail que nous n'avions pas pu consulter.

La question du handicap peut provoquer un désordre des apparences⁵⁹¹ dans n'importe quel milieu. Elle est, de plus, peu légitime en milieu carcéral, surtout à un endroit où sont enfermés des « *gros profils* » qui se caractérisent par de lourdes peines et des crimes qui font supposer leur dangerosité.

Cela nous faisait apparaître comme plus gênante encore. En comparaison avec la Prison A où l'établissement était tellement grand que nous souffrions d'un manque de visibilité et notre recherche était noyée dans d'autres problématiques, dans la maison centrale nous avons eu, au contraire, une très grande visibilité. Cette visibilité était due à l'objet de la recherche. La mobilisation des professionnel.le.s a été assez faible dans cette prison : aucun.e professionnel.le ne se reconnaissait dans le travail sur le handicap. Cela semble contradictoire, lorsqu'on sait que l'aile spécifique est sûrement un des plus anciens aménagements spécifiques au handicap existant dans une prison française.

Tout cela a eu une influence sur les conditions de l'enquête. Nous avons des autorisations journalistiques qui étaient données seulement en justifiant des rendez-vous déjà pris avec les professionnel.le.s, sans avoir la possibilité de chercher à les rencontrer. Nous ne pouvions pas être présente et solliciter les différent.e.s professionnel.le.s lors d'une pause, en les croisant

⁵⁹¹ BLANC, A. *Le handicap ou le désordre des apparences*, Paris : Armand Colin, 2006.

dans une salle, lors d'une conversation informelle, comme cela a été le cas dans d'autres prisons.

Cela a demandé un travail de prise de rendez-vous, de demande d'autorisations quotidiennes, de s'assurer que l'autorisation avait été bien transmise aux agents à l'entrée de la prison. Il nous est arrivée de nous déplacer et de ne pas pouvoir entrer, les agents à l'entrée ne trouvant pas la note de service annonçant notre visite. Il nous est également arrivée que certain.e.s professionnel.le.s nous accordent un rendez-vous lors d'un échange téléphonique ou par mail, sans le confirmer auprès du service qui établit les autorisations. Ce qui signifiait un refus.

De la même manière que pour la Prison A, les coordonnées des professionnel.le.s nous ont été fournies préalablement et il nous appartenait de les contacter, de nous présenter et de solliciter un rendez-vous. Le nombre de courriels envoyés s'élève à une cinquantaine.

Dans cet établissement nous avons pu rencontrer : un personnel de direction responsable du travail en détention, un chef de détention, un chef de bâtiment, un surveillant affecté à l'unité sanitaire, une assistante de service social, la responsable locale d'enseignement. Enfin, des conversations informelles ont été menées lors des visites avec des surveillant.e.s des parloirs et des étages. Nous avons vu donc principalement des personnels pénitentiaires de direction et de surveillance.

Le médecin coordonnateur et le cadre de santé n'ont pas répondu ou ont refusé l'enquête. Le médecin-coordonateur a prévenu qu'il était déjà « *très souvent interpellé sur ce sujet* », raison pour laquelle il ne pouvait pas nous accorder de rendez-vous avant plusieurs mois, ni nous présenter des personnels de l'unité qu'il dirigeait. Finalement, au bout de quelques mois et plusieurs relances, il a formulé un refus définitif. La question du handicap dans la prison C se présentait non plus comme une question marginale, à l'instar de la prison A, mais comme une question si souvent posée qu'elle provoquait une saturation chez les interlocuteurs.

La directrice du SPIP a considéré que c'était seulement à l'assistante sociale, récemment recrutée au sein de ce service, de répondre à cette enquête et a donné un « *avis défavorable* » pour une rencontre. A la suite de quoi aucune des CPIP n'a répondu à nos sollicitations. La question du handicap est apparue seulement comme une question d'assistance sociale sans lien avec le travail pénitentiaire des CPIP. Alors que dans les discussions avec représentants de la DAP, les CPIP sont considérés comme étant en première ligne pour parler de l'accès aux droits, notre enquête n'a provoqué aucun intérêt auprès de ce service.

Quand la parole manque, il est très difficile de ne pas se laisser aller à des interprétations hâtives. Ces professionnels ont souvent des emplois du temps très chargés. Dans les discussions avec les personnes détenues autour de leurs prises en charge, il est apparu qu'un conflit existait entre les deux services, le médical et de probation, notamment autour des compétences de la prise en charge des déficiences.

Chacun semblait renvoyer la responsabilité à l'autre, le handicap se situant à la frontière de chaque métier. Pour autant, cela ne signifie pas qu'ils ne prennent pas en charge, chacun dans le cadre de son métier, les déficiences. Des conflits peuvent exister aussi entre la direction de l'établissement et le service d'insertion de probation, toujours liés aux nouveaux partages de leurs mandats et de leurs responsabilités. Parfois, c'est au sein même des SPIP que des conflits se déclarent entre différentes visions de leur métier. Peut-être, avons-nous été victime de toutes ces contingences ? Il reste aujourd'hui regrettable de ne pas avoir eu, même brièvement, leur avis.

Du côté des détenus, nous avons vu au sein de cet établissement, d'une capacité d'un peu plus de 250 places, 12 condamnés se déclarant handicapés. Nous avons mené des entretiens biographiques, en voyant chacun entre une et trois fois. Pendant cette phase, nous avons passé plusieurs demi-journées dans l'aile aménagée. Les entretiens avec les personnes ne pouvant se déplacer ont été menés au sein de cette aile, avec les autres dans les locaux des parloirs. Un entretien a été mené avec un prisonnier qui a des tâches d'auxiliaire de vie, c'est-à-dire un détenu-aidant auprès de certains condamnés handicapés.

Lors de ces visites, nous avons rencontré également les bénévoles d'une association caritative qui venaient apporter un peu de réconfort aux prisonniers handicapés, à la manière des visites aux malades dans les hôpitaux.

7.3.2. Un environnement inaccessible et une organisation tournée vers la gestion des longues peines

La prison C a un statut de prison très sécurisée. Les maisons centrales enferment des prisonniers ayant des longues peines et l'aspect sécuritaire prime sur celui de la réinsertion. Les effectifs de surveillants sont presque à la hauteur du nombre de personnes détenues, autour de 200. Il

n'y a jamais de surpopulation dans une maison centrale. Les maisons centrales en France disposent environ de 2700 places qui ne sont pas toutes occupées.

Il s'agit donc d'une toute petite partie des prisonniers puisqu'au 1^{er} janvier 2018 les places en prison étaient autour de 60 000 (59 765) et les personnes incarcérées autour de 70 000 (68 974). Mais cette toute petite partie de la population pénale, qui représente 4,5% des places en prison est souvent celle à laquelle on pense lorsqu'on évoque la criminalité. Dans la Prison C, on y rencontre plusieurs personnes jugées à la perpétuité (16%) et un grand nombre de récidivistes. La majorité des condamnés (59%) le sont pour homicide volontaire et assassinat.

La maison centrale se trouve au centre-ville historique d'une ville moyenne, à l'emplacement d'un ancien couvent, ayant fait place à un dépôt de mendicité, remplacé à son tour par un lieu d'accueil des invalides de guerre, qui deviendra au début du XIX^{ème} siècle une maison centrale.

L'emplacement géographique semble apaisant pour les prisonniers et permet aussi l'intervention d'un grand nombre de professionnel.le.s extérieur.e.s. Le bâtiment actuel d'hébergement a été construit dans les années 1960-1970. Les bâtiments autour sont construits pendant les différentes périodes marquant l'histoire de la structure. Depuis plusieurs années, la vétusté des lieux est dénoncée et il est régulièrement question que l'établissement soit fermé ou réaménagé.

Cette prison est composée d'un seul bâtiment d'hébergement. Les prisonniers ne sont pas regroupés par quartiers. D'une manière informelle, c'est leur placement à un étage précis qui leur vaut une catégorisation de « *vulnérable* », « *dangereux* », etc. Le service médical se trouve ici au sein du bâtiment d'hébergement.

La sécurisation externe et interne des lieux est contrebalancée par un régime de vie moins contraint qu'en maison d'arrêt. En effet, ici les prisonniers ne restent pas enfermés 22h/24h comme dans une maison d'arrêt. Même s'ils ne travaillent pas ou ne suivent pas une formation, ils peuvent sortir de cellule et passer la journée dans la cour de promenade, en salle d'activité, etc. Le cadre est donc assez différent. Ainsi, si en maison d'arrêt on est immédiatement envahi par le bruit et les tensions, en maison centrale, c'est un calme apparent qui nous saisit.

Cette différence de traitement est pointée également par les sociologues qui ont travaillé sur la prison. Les conditions de détention des condamnés aux plus longues peines étant souvent meilleures que dans les maisons d'arrêt. Ils sont seuls en cellule et disposent de larges plages

horaires qu'ils peuvent passer à l'extérieur de leur cellule. Mais d'un autre côté, la longueur des peines est facteur d'usure, ce qui affecte profondément le corps et l'identité des personnes. Les prisonniers, même seuls en cellule, vivent de très longues années en promiscuité, obligés d'entrer en interaction avec les autres détenus et les travailleurs pénitentiaires. La relation sociale en prison est contrainte et violente. En maison centrale, elle l'est sur une durée très longue, voire « *infinie* » comme disent certains prisonniers.

La gestion de ce temps long devient donc l'enjeu principal pour les professionnel.le.s pénitentiaires et oriente l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

7.3.3. Le prisonnier handicapé, entre vulnérabilité et dangerosité

Le temps long, l'espace très sécurisé et les profils des détenus « *les plus dangereux* » rendent cet endroit propice à l'observation, la négociation, la mise en place de stratégies relationnelles à moyen et long terme, des activités quasi impossibles dans une maison d'arrêt.

Le confinement, l'isolement long et les « *profils psychologiques difficiles* » donnent place à des réactions inattendues et imprévisibles. Cela renforce plus encore la propension à l'observation constante. Dans les entretiens avec les professionnel.le.s, on mentionne souvent le fait de devoir se voir souvent, de discuter, de se concerter, d'observer, de remarquer, de prévenir, de se parler « *en off* ».

Que ce soit dans les entretiens avec les professionnel.le.s ou avec les prisonniers, le fait de vivre avec des « *vrais criminels* », « *dangereux et malsains* » est affiché régulièrement. Ici, la dangerosité, qui se manifeste par les actes commis, prime sur la vulnérabilité. On peut l'entendre clairement dans cet extrait d'entretien :

« Donc je pense que oui, en effet en maison d'arrêt il y a peu de personnes qui sont fragiles, enfin qui ont des handicaps moteurs. En centre de détention j'en ai peu vu aussi, ou alors dès qu'il y a des problèmes, leur état de santé peut amener à un aménagement de peine. Voilà, on va pouvoir faire en sorte que ce soit organisé d'une autre manière et que cette personne puisse sortir le plus rapidement possible, par rapport à sa situation médicale. Alors qu'en maison centrale, voilà, les faits font que, quel que soit le handicap, la personne est incarcérée, et c'est compliqué que son état de santé joue en sa faveur

pour un aménagement de peine ou une sortie plus avancée, enfin une suspension de peine ou autre. » (Assistante sociale du SPIP, Maison centrale)

Ainsi, en maison centrale, quel que soit l'état de santé de la personne, si l'acte commis est suffisamment grave, elle sera enfermée. On trouvera en maison centrale plus de prisonniers handicapés car la gravité de l'infraction occulte la déficience. De plus, la structure carcérale et les années d'incarcération affectent obligatoirement l'état de santé des prisonniers, aggravant certaines déficiences et produisant des handicaps.

Il se révèle difficile, voire impossible, de faire sortir quelqu'un d'une maison centrale pour des raisons de santé. La composante « rétributive » de la peine prend ici tout son sens. En effet, il ne s'agit plus d'envisager la personne du prisonnier comme un être sur lequel agir en prenant en compte ses particularités physiques ou mentales mais plutôt de lui « faire payer » ses actes.

Alors que dans les textes législatifs, la nature des faits commis doit être « indifférente », c'est-à-dire non prise en compte, dans les pratiques, c'est la raison première d'accorder ou non une suspension. Le juge d'application des peines (JAP) a obligatoirement une approche plus sécuritaire dans les maisons centrales. Dans tous les cas, professionnel.le.s et détenus semblent le croire.

Le profil du détenu de maison centrale se dessine donc ainsi : « *Notre population ? Ils n'ont pas volé des voitures, clairement. » (Directrice adjointe, Maison centrale). Il s'agit donc de personnes ayant commis des infractions bien plus graves. Mais ces personnes sont aussi malades : « On a des gens qui sont très, très délirants par exemple. Vous les voyez ici, si vous ne les regardez qu'eux, vous pouvez penser que vous êtes en hôpital psy » (Directrice adjointe, Maison centrale).*

De même, l'état de santé conditionne peu la libération conditionnelle :

« J'étais encore directrice adjointe à la Maison centrale de X, quand il y a eu la loi sur la suspension de peine. On a eu quelqu'un, très handicapé, qui est arrivé. Vraiment, il avait même été hébergé dans un lieu pour des handicapés avant. Quand on l'a vu, on s'est dit qu'il fallait demander une suspension. Son état était vraiment incompatible avec la vie en prison. Mais quand on a vu sa situation pénale, on a parlé au JAP, c'était clair que ce n'était pas possible. Des violences sur un autre handicapé, une personne vulnérable. On ne pouvait rien faire. Où on allait le mettre, surtout ? » (Ancienne directrice adjointe, Maison centrale)

Le « *profil* » du détenu « *difficile* » colle à la peau et rend le travail très complexe : ici, pas de séparation possible entre les différentes prises en charge, mais pas de possibilité non plus d'une vision commune.

7.3.4. Des tensions professionnelles autour de la recherche d'une médiation

En maison centrale, contrairement à la maison d'arrêt, personne ne discute la nécessité de la peine, personne ne justifie son bienfondé. Mais une autre question plus insidieuse apparaît : où ira la personne si elle est libérée ?

Avant de la poser aux organismes à l'extérieur, elle se pose aux professionnel.le.s qui exercent en détention. L'extrait d'entretien suivant montre clairement comment la dangerosité supposée précède les actions :

« Puis, même, on essaie des fois de passer par le service médical de la détention qui peut avoir des contacts avec l'extérieur. C'est compliqué aussi, ils disent : nous, on ne se sent pas non plus de recommander quelqu'un auprès d'une structure, sachant les profils qu'on a, c'est un petit peu problématique. Donc, des fois, nous, on est un peu frileux à positionner quelqu'un sur une structure, parce que, même si cette personne, elle aurait besoin d'une structure comme celle-là, elle va se retrouver avec des personnes vulnérables aussi. Après, tout dépend des personnes, mais, on a quand même aussi un grand nombre de personnes, même si elles sont diminuées physiquement, qui sont quand même encore potentiellement dangereuses et en capacité d'être dangereuses. C'est vrai que quand il n'y a pas de solution comme ça, c'est compliqué. » (Directrice adjointe, Maison centrale)

La réticence des professionnel.le.s à mettre en place des demandes de suspension de peine est clairement expliquée. Il s'agit aussi d'un positionnement éthique, la « *capacité d'être dangereux* » parmi des « *personnes vulnérables* » inquiète les médecins, ainsi que les professionnel.le.s pénitentiaires :

« Vous savez, parce que nous, on nous accuse souvent de travailler pour des criminels. Oui, oui, moi on me l'a souvent dit que je travaillais pour des assassins, mais on oublie qu'on a aussi cette vision qui est de protéger la société. C'est clair que ça fait partie

aussi de notre travail, parfois on ne peut pas envisager de relâcher quelqu'un comme ça. A la fin de sa peine oui c'est le contrat, il sort. Mais faire un aménagement ou une suspension, parfois vu ce que la personne a fait et vu ses motivations pour sortir, on peut faire le dossier, c'est un droit, mais on peut aussi donner son avis. Et il peut être défavorable. » (Ancienne CPIP, Maison centrale)

On le voit dans cet extrait. Au-delà de la fonction rétributive de la prison, les professionnels lui accordent aussi une fonction défensive. Les personnels pénitentiaires se posent également la question de l'utilité, des limites de la sanction et des effets de la peine dans des situations de handicap très lourd :

« Ça, ça ne veut pas dire que je dis que si un handicapé commet une infraction, il ne faut pas le sanctionner. Mais la sanction, elle est jusqu'à quand ? Je pense que [...] on doit fixer une limite moindre pour le handicapé, parce qu'être handicapé, c'est un élément en plus. Un élément qui diminue en termes d'humanité, voilà. On parle de droits de l'homme, de la dignité humaine, je pense que si c'est des malades, ça entre en ligne de compte [...] Ça doit entrer en ligne de compte, voilà. Parce que, du coup, l'individu handicapé qui se trouve dans une situation, en prison, il se déshumanise encore plus. » (Chef de détention, Maison centrale)

Sanctionner sans déshumaniser est aussi un des grands questionnements de la prison. La question du handicap le fait ressurgir. Les « criminels » malades sont rejetés du milieu carcéral car ils ne correspondent pas aux normes, tout en étant rejetés du reste du monde. Ce dilemme est exacerbé dans les maisons centrales : la présence de personnes handicapées met en jeu les questions de défense de la société, du sens de la peine, de la possibilité d'amendement, mais aussi tout simplement de la gestion de la détention.

Tous les métiers communiquent autour du comportement des détenus, mais la question des prisonniers handicapés reste ouverte : « *On se regarde un peu les uns les autres, à se dire - ben pourquoi vous, vous ne faites pas ça ? pourquoi pas vous ?* » (Directrice adjointe, Maison centrale)

Les personnes ayant une déficience remettent en question le travail au quotidien. Si en maison d'arrêt, on se concentre sur les aménagements des peines, dans les maisons centrales la longueur des peines et les profils psychologiques compliqués invalident toute démarche de projet :

« Et puis, tous ne sont pas aussi en situation de pouvoir obtenir un aménagement de peine. Ils sont plutôt dans leur peine, donc on les garde. C'est tout ce qu'on peut faire. Après, au quotidien ça pose plein de problèmes de prise en charge. Et dans ce qu'on leur propose de faire. » (Directrice adjointe, Maison centrale)

Cette impossibilité de travailler sur un aménagement de peine semble orienter vers la mise à l'écart à l'intérieur du système. Même si les troubles psychiques semblent poser une vraie question au sein de cette maison centrale, ils se présentent sous un jour moins problématique que dans une maison d'arrêt. Observer sur le long terme donne la possibilité de la mise en place de protocoles et de collaborations qui ne peuvent pas exister dans un autre lieu. Tous les professionnel.le.s sont amené.e.s à observer et reconnaître les prémisses d'une décompensation, d'une dépression ou d'un isolement. Un surveillant ayant travaillé dans le service médical explique :

« Ce sont les petites choses qu'on apprend. C'est ça, et puis du coup, ben... quand on est... si on est surveillant lambda, on ne le sait pas forcément. Et moi, quand j'ai su ça, des fois je remarquais, je voyais un détenu sur la cour, que je voyais qu'il venait me saluer souvent et puis qu'il ne venait plus du tout, et que je le voyais rasé à blanc. Je me dis ah ! Je faisais un signalement et puis, ça ne loupait pas. Le détenu faisait une décompensation. » (Surveillant travaillant à l'infirmerie, Maison centrale)

Différentes techniques existent avant ou après une crise : surveillance accrue, mise au travail 'thérapeutique', classement en activité 'thérapeutique' ou incitation de suivre des cours aux centre scolaire, rendez-vous médicaux et traitements, hospitalisation, convocation avec un.e professionnel.le de la détention.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une prise en charge spécifique au handicap, cette activité de repérage et de réaction face aux différentes présentations de changement de comportement apparaît comme routinière. De plus, elle se fait dans une relative collaboration, toujours informelle, sans que cela signifie forcément un accord sur l'interprétation des situations. Le même surveillant ayant travaillé au service médical explique encore :

« Surveillant : Moi quand je signalais, c'était au personnel médical, et à la prison. Par contre, le positionnement est compliqué. Parce que quand on dit surveillant, on doit rendre compte à sa hiérarchie. Mais il y a des choses qu'on voit, qu'on ne devrait pas voir. Et ça ne se signale pas. Enfin, vous voyez, le secret médical.

Q : Qu'est-ce qui était compliqué ?

Surveillant : Pour la conscience. Oui, pour la conscience, c'était super compliqué. Parce que, le secret médical... je veux dire, je ne suis pas personnel médical. Et pourtant, il faut quand-même... Enfin, je trouve que ça se respecte. Moi je connais des pathologies de certaines personnes. Il y a des choses qui se signalent, qui devraient être signalées, qui ne le sont pas forcément mais bon. Où est la limite ?

Q : Oui. Comment vous avez tenu alors ?

*Surveillant : Ben, à partir du moment où ça se passait dans l'infirmierie, s'il n'y avait pas de danger, s'il n'y a rien qui représentait de danger vraiment pour la détention, ça reste dans l'infirmierie. Quand j'entendais quelque chose qui m'interpelait vraiment, il y a un cadre hospitalier qui est présent souvent. Monsieur X. Et du coup, on en parle ensemble, et je lui demande de faire un signalement. Pour que ce soit lui qui le signale et pas moi. »
(Surveillant travaillant à l'infirmierie, Maison centrale)*

Sans qu'une collaboration institutionnelle soit mise en place, certains professionnel.le.s jouent donc le rôle d'intermédiaire. Mais, il s'agit surtout de handicap psychique, et la dangerosité éventuelle des prisonniers devient un pont entre professionnels.le.s médicaux et pénitentiaires.

En revanche, les cas de handicap physique posent plus de difficulté, ces cas ne s'inscrivant dans aucune possibilité de coopération entre les métiers. En effet, aides humaines et aides techniques sont difficiles à mettre en place car aucun service ne se sent concerné, alors même que c'est loin d'être une problématique nouvelle pour cette prison.

Ainsi, il y a encore quelques années un aide-soignant exerçait au sein de la détention. C'était un surveillant de prison devenu infirmier. Ayant ce double chapeau, il pouvait intervenir sur toutes les questions concernant les détenus malades, du maintien de l'hygiène à la réparation d'un fauteuil roulant, en passant par les démarches administratives. « Avec lui tout allait bien, il connaissait tout, il parlait à tout le monde », disent les détenus ayant un handicap. La réforme de 1995 ne permet plus ce type de recrutements.

La difficulté de mettre en place des aides humaines et techniques en prison semble être plus profonde que la simple mésentente entre les services. Il s'agit du travail autour d'une frontière professionnelle où il faut prendre en compte les deux facettes des personnes. Le double statut du surveillant-infirmier permettait de connaître et de parler les deux langages, médical et pénitentiaire. Selon la directrice, ce serait éventuellement la solution :

« Justement, apparemment tout fonctionnait bien jusqu'à ce qu'il parte. A l'époque, c'était lui qui s'occupait de ces personnes. On ne se posait pas la question. Il n'y avait pas besoin d'auxiliaires de vie de l'extérieur, pas besoin de détenu-aidant. Parce qu'il s'en occupait. D'ailleurs, même aujourd'hui, ça devrait être une piste de travail, quelqu'un qui a la double casquette, avec qui tout le monde peut parler. (Directrice adjointe, Maison centrale)

La figure du surveillant-infirmier rend perceptible la nécessité d'un travail de médiation entre les différents groupes professionnels. Un travail qui apparait tant dans la question des aides humaines que des aides techniques. Les difficultés autour de la mise en place des aides humaines semblent être récurrentes en prison : les auxiliaires de vie venant de l'extérieur ne sont que rarement acceptés par les prisonniers ; les détenus-aidants n'ont pas le droit d'exercer des tâches paramédicales au sein de la prison et ne sont donc pas légitime légalement. De même, les aides techniques peuvent être considérées comme ne relevant des compétences d'aucun service.

Ce vide qui s'ouvre face au corps handicapé n'est pas, pour le moment, rempli. On voit qu'ici la question médicale n'est pas élargie, par exemple, à l'achat de matériel médical, le service médical considérant ce genre d'aspect comme une problématique relevant de l'hébergement.

Au moment où nous faisons la recherche sur cette structure, une assistante sociale venait d'être recrutée au sein du SPIP. Elle avait été reçue avec impatience par le service médical. En effet, les professionnel.le.s médicaux envisageaient de travailler plus étroitement avec elle et ainsi faire la jonction avec le SPIP. Cela montrait qu'il s'agissait pour eux/elles plutôt de délimiter des frontières professionnelles sur le plan local qu'à l'abandon des populations.

7.3.5. Des dispositifs visant à intégrer le handicap dans le monde pénitentiaire

L'aile a été aménagée il y a de cela plusieurs années, pour répondre à un besoin : protéger des personnes que le handicap physique rendait particulièrement vulnérables en détention. Reconstituer son histoire et les raisons précises de sa création a été difficile et reste partiel. Contrairement à la plupart des prisons, où les cellules aménagées se trouvent en rez-de-chaussée, l'aile est située à l'étage, à proximité de l'unité sanitaire. Dans des conversations avec

les détenus vivant dans cette aile, nous avons fait la supposition que la proximité de l'infirmierie a dicté son installation à cet étage.

Comme dans chaque établissement, l'affectation des détenus à un étage précis correspond aux critères de gestion pénitentiaire. L'affectation dans cette aile semble être soumise à des critères plus complexes : l'état de santé des condamnés, le besoin de protection et de surveillance supplémentaires, mais également leur propre appréciation de la situation. Les officiers de la détention signalent que le fait d'être placé à cet étage, considéré comme celui des « *malades* », peut être utilisé et vécu comme une sanction. Certains détenus qui y vivent ont eux-mêmes demandé leur affectation dans cette unité.

Pour accéder, nous entrons tout d'abord dans la détention par une porte imposante s'ouvrant directement sur une cour de promenade. On nous ouvre de l'intérieur, quelques surveillants se tiennent près de la porte. Ils observent les activités des détenus. A partir du moment où nous entrons, nous sommes obligatoirement accompagnée. Un des surveillants fait « *un mouvement* » pour nous et nous accompagne vers le bâtiment d'hébergement.

Contrairement à la maison d'arrêt A, aucun professionnel n'appartenant pas à la « *pénitentiaire* » ne peut se déplacer seul. Nous traversons la première, puis une seconde cour de promenade, en discutant le plus souvent de notre recherche. Dans les cours de promenade, nous croisons des personnes détenues s'adonnant à diverses activités : jeux, discussions, sport, marche. La première cour de promenade est bordée de jardins potagers, certains détenus sont occupés par leurs jardins.

L'ambiance est très différente d'une maison d'arrêt, où les bruits sont forts, les mouvements rapides et brusques, les tensions palpables, les accidents fréquents. Ici, tout paraît calme. En effet, par rapport à la promenade d'une heure dans un maison d'arrêt, où se concentre une très grande partie de la vie sociale, les prisonniers en centrale peuvent passer plusieurs heures à l'extérieur de leur cellule.

Devant le bâtiment d'hébergement, les portes s'ouvrent suite au signal du surveillant qui nous accompagne et nous montons ensemble les escaliers. A l'étage, nous nous trouvons devant une cabine munie d'un bureau et d'un ordinateur, le poste des surveillants de l'étage. D'un côté, une grille nous sépare de l'aile avec les cellules, une autre se ferme sur l'aile des douches, puis la grille de l'unité sanitaire, appelée dans cet établissement l'infirmierie.

Le surveillant ouvre une grille et nous nous retrouvons au milieu d'une coursive, entièrement vide, éclairée par une lumière crue, avec des portes de cellules des deux côtés. Le surveillant marche avec nous tout au long de la coursive, et nous nous retrouvons devant un mur, couvert d'une peinture murale. Au milieu de ce mur, une porte, dont nous devinons l'existence au dernier moment, quand le surveillant approche ses clés vers la serrure. Une fois dans l'unité, le surveillant ferme la porte derrière et nous laisse en compagnie des personnes détenues. Le couloir qui mène vers l'aile aménagée est connu pour héberger des détenus en mauvais état de santé, ayant surtout des problèmes psychologiques. L'étage entier est donc « *l'étage des malades* ».

Dans l'aile aménagée, il y a une dizaine de cellules, avec douche aménagée et espace buanderie, une cellule vide dans laquelle sont entreposés plusieurs chaises roulantes. Une cabine téléphonique, des plantes et un lève-personne sont disposés dans le couloir. Dans le fond, un petit espace, identifié comme réfectoire où les détenus peuvent passer du temps ensemble. Un tel espace n'existe pas dans les autres étages.

Les cellules sont à la taille d'une cellule normale. Les portes ont été agrandies et la petite cloison entre le lit et la cuvette des toilettes enlevée, pour le passage d'un fauteuil roulant. Les fauteuils ne peuvent pas se mouvoir à l'intérieur, se trouvant bloqués entre le lit et la table cloués au mur. La plupart du temps, les fauteuils restent à l'extérieur des cellules.

Les cellules sont étroites, en forme de couloir. Certaines sont particulièrement encombrées. Les détenus ont le droit d'avoir leurs propres affaires qui s'accumulent pendant les années passées en prison. Peu ont des proches qui pourraient sortir une partie de ces affaires. Aucune cellule n'est équipée de lit médicalisé.

Les détenus qui peuvent faire les transferts entre le fauteuil roulant et leurs lits, se déplacent en cellule avec un tabouret médical ou même en prenant appui sur les meubles, dont la cuvette des toilettes. Lors de notre visite, un détenu n'avait aucune autonomie et passait ses journées sur son fauteuil. Un lève-personne devait être utilisé pour l'aider à se déplacer du lit au fauteuil et inversement. Une bande soulève le linoléum au sol et court d'une cellule aux douches et ensuite à la porte de l'unité. Cette bande a été fabriquée, pour une personne aveugle détenue dans cette aile.

Un lève-personne, des chaises roulantes, des portes de cellules agrandies, une bande de guidage bricolée, des douches aménagées, des plantes vertes. Ce sont les particularités de cette aile. Les

cellules ne paraissent pas aménagées et elles ne le sont pas vraiment. L'aménagement de cette aile se situe ailleurs, plutôt dans le temps que dans l'espace.

La maison centrale pratique un régime de portes fermées. Les détenus restent en cellules entre 19h et 8h du matin et entre 12h et 14h. Le reste du temps, ils peuvent le passer en cellule, sortir pour travailler, aller à l'école, en promenade, en activité. Les sorties se font aux heures précises pendant lesquelles un surveillant viendra ouvrir la porte de la cellule. Les prisonniers peuvent aussi demander à prendre une douche ou aller à l'infirmerie. Selon le règlement et l'interaction qui s'engage, cela leur sera accordé ou non. Dans tous les cas, ils ne peuvent pas sortir de leur cellule et déambuler dans les coursives sans l'accord d'un surveillant.

Un détenu qui ne vit pas dans l'aile aménagée peut donc passer la journée à l'extérieur de sa cellule, mis à part les moments d'enfermement obligatoire. Les détenus de l'aile aménagée ont le droit d'avoir les portes ouvertes dans la journée et d'y circuler librement. Mais ils restent enfermés et séparés du reste de la prison. Cette séparation par un mur peint questionne autant les professionnel.le.s que les détenus, qu'ils vivent à l'intérieur ou à l'extérieur. Cette porte n'a pas toujours été fermée. Les détenus vivant dans l'aile réclament sa fermeture pour leur propre sécurité.

Ils ont le droit aux mêmes mouvements que les autres, s'ils sont autonomes. Sans ascenseur, la seule solution pour descendre reste un monte-charge. Que ce soit la direction de l'établissement ou les prisonniers concernés, tous expliquent l'atteinte à la dignité que cela peut représenter de monter dans un engin réservé exclusivement pour des charges et non à des personnes. Le monte-charge est tout de même emprunté lors des rares sorties des personnes en mobilité réduite. Mais une fois dehors, des marches, des tourniquets, des margelles et des pentes se présentent. Même plat, le terrain est difficilement praticable pour un fauteuil roulant. Jusque récemment, quelques marches entre les deux cours de promenade empêchaient l'accès aux parloirs, même avec une aide extérieure. Un des prisonniers nous explique qu'après avoir fait plusieurs demandes il a dû se mettre en grève de la faim et de la soif pour avoir enfin gain de cause et obtenir les travaux nécessaires.

Pour aller au parloir, au centre scolaire, aux ateliers de travail, aux salles d'activité et aux cours de promenade, les obstacles sont donc nombreux et parfois même insurmontables. Différentes solutions sont expérimentées pour sortir les personnes de leur isolement. Des activités leur sont proposées au sein de l'aile où elles vivent : des heures de cours scolaires, du travail en cellule, visiteurs de prison qui se rendent en cellule, des visites d'une association caritative.

L'aménagement de cette aile pose plusieurs difficultés. Le régime de portes ouvertes est très convoité par les autres détenus. Symboliquement, il représente une liberté qu'eux-mêmes n'ont pas et qu'ils voient comme un privilège. Cependant, ils ne souhaiteraient pas se retrouver dans cette aile. L'état de santé des détenus handicapés, en leur rappelant les ravages du temps, les effraye :

« Il faut voir comment on les descend pour aller à l'hôpital, dans un brancard, comme des morts. Ils traversent la cour comme ça. Y en a qui rigolent « un mort, un mort ». Moi, je ne veux pas voir ça. Ça me fait peur moi. Ils peuvent pas les descendre, je sais pas, sans qu'on les voie. J'ai 20 ans à faire moi, on vieillit, on tombe malade en 20 ans. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

En second lieu, l'isolement de ces prisonniers est à la fois dénoncé et revendiqué par tous les acteurs. Les professionnel.le.s dénoncent l'isolement mais revendiquent la protection :

« Ce dispositif est très gênant, on le sait. Mais pour certains, c'est le seul moyen de les protéger et de s'occuper d'eux. Comment prendre une douche dans les douches communes ? Comment faire même pour aller aux toilettes quand on a besoin d'aide ? »(Chef de bâtiment, Maison centrale)

Les détenus handicapés eux-mêmes parlent de leur isolement tout en le revendiquant :

« Ici, au moins, je suis tranquille, je n'ai pas à répondre à tous ces gens qui me demandent « pourquoi t'es là, pourquoi t'es là » et qui n'arrêtent pas de me regarder. En plus avant, il y avait des vols, on n'était jamais tranquille. Là, on est vraiment tranquille. » (Vannart, 66 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Transparaît parfois, de la part des personnes détenues dans cette aile, un souhait de reconstruire un ordre pénitentiaire adapté à leur particularité. Ainsi, ils réclament d'avoir dans leur coursive plutôt des machines de musculation que des plantes. Ils ajoutent qu'ils sont toujours assez forts pour se battre, certains évoquent même les *indics* qu'ils ont au sein de la prison. Il est apparu lors de l'observation quelques prisonniers plus influents que d'autres, qui pouvaient orienter la vie sociale dans cette aile, comme demander plus d'activités ou au contraire moins. Ils cherchaient à s'inscrire dans la convention par renommée où être connu et influent est particulièrement valorisé.

En même temps, ils doivent faire avec leurs difficultés au quotidien. Deux personnes détenues, classées « *auxiliaires de service général* », appelées « *auxis* » en prison, travaillent dans cette

unité. Un « *auxi* » d'étage s'occupe du nettoyage des coursives et de la distribution des repas, une pratique commune dans les différentes prisons. En règle générale, c'est un poste qui nécessite d'avoir la confiance des officiers, des surveillants et des autres détenus. Mais un tel emploi peut aussi être le résultat d'un « *classement thérapeutique* ».

Le second « *auxi* » possède des compétences d'auxiliaire de vie et nous l'appellerons détenu-aidant. Il s'occupe des transferts et de la prise des repas d'un prisonnier très diminué physiquement, mais aussi du nettoyage de certaines cellules et de la buanderie. Il aide également d'autres prisonniers handicapés, par exemple, pour aller au parloir. Les personnes détenues n'ayant pas le droit d'exercer des tâches médico-sociales au sein des prisons, son travail peut être considéré comme se situant hors du cadre légal.

Certaines de ses fonctions sont médicales, notamment le changement des poches urinaires. Ce type d'arrangement existant pratiquement dans toutes les prisons, est dénoncé avec véhémence à la fois par les services médicaux et de détention. Les risques auxquels sont exposés l'aidant et l'aidé sont importants. Le prisonnier « *auxi* » est lui-même au courant de ces enjeux, ayant pratiqué dans un autre établissement mais toujours avec une infirmière à ses côtés. Les responsabilités attribuées à l'aidant sont énormes mais les risques de maltraitance notamment, que cela fait courir aux aidés ne sont pas moindres. La proximité physique en prison, mais aussi les variables « *gros profils* » et « *maison centrale* », rendent ce rapport plus complexe encore :

« Un codétenu de soutien, qui aide à la distribution du repas, tout ça, ça passe encore mais dès lors que ça rentre dans la sphère de l'intimité, je trouve que c'est délicat. Alors on est, en plus en maison centrale, avec forcément des personnes détenues qui ont des gros profils, des profils variés mais qui ne sont pas là pour avoir volé. Et du coup, la relation de force peut très vite s'établir, surtout pour des personnes vulnérables à cause du handicap. Donc c'est vrai qu'être en maison centrale, ça aggrave le problème. Le détenu-aidant c'est vrai qu'on n'a pas le choix. Enfin si, on a l'option de choisir entre la peste et le choléra. » (Directrice adjointe, Maison centrale)

Toutefois, dans l'aile aménagée, le détenu-aidant est une solution. Comment faire autrement, l'infirmerie est une unité de consultations et de soins ambulatoires, les infirmières ne se déplacent que rarement dans les cellules ? Dans cet établissement, pour favoriser l'autonomie des prisonniers, ils doivent se rendre à l'infirmerie pour leurs traitements. Il n'y a pas de distribution de médicaments en cellule.

Des interventions extérieures d'une association d'aide à domicile existent, mais elles ont lieu quelques jours par semaine, une fois par jour. Ceci est une solution pour la toilette mais pas pour l'aide quotidienne dont ont besoin certains prisonniers. Par ailleurs, l'entrée de ces personnes en prison n'est pas très bien vue par tous les bénéficiaires potentiels. Même si l'administration pénitentiaire souhaite éviter au maximum le recours au codétenu aidant, sa présence semble une constante plus ou moins institutionnalisée par l'établissement.

Le second « *auxi* » est une personne, qui, selon ses codétenus, a été affectée dans cette aile non pas pour des raisons de perte d'autonomie physique, ni pour les aider, mais plutôt à cause d'une grande difficulté d'adaptation à la détention. Ce prisonnier n'est pas considéré comme handicapé, malgré des troubles psychiques qui semblent importants, un traitement lourd et une reconnaissance officielle validée par le bénéfice de l'AAH.

Ses fonctions sont le nettoyage des coursives et la distribution des repas, chose qu'ils semble faire « à moitié ». Les détenus en fauteuil considèrent que son travail est purement thérapeutique, c'est-à-dire devant surtout le mettre dans une dynamique de travail. Il apparaît, en langage pénitentiaire, comme un « *faible* ».

Dans cette unité vivent donc cinq personnes avec des problèmes moteurs. Le détenu aidant vit aussi dans cette aile pour la proximité avec les personnes dont il s'occupe. Enfin, deux personnes qui n'ont pas de déficience physique importante dont l'« *auxi* » d'étage. Ces deux personnes sont dans cette aile à leur propre demande, car elles ont besoin d'être protégées du reste de la détention. Peut-être leur crime, mais surtout leur tempérament semblent les exposer particulièrement aux violences en détention habituelle. Dans les entretiens avec le chef de bâtiment et le chef de détention, l'existence de l'aile aménagée est une véritable solution pour ce type de détenu. Sinon le seul moyen pour les protéger aurait été le placement en quartier d'isolement. L'aile aménagée constitue donc un espace intermédiaire.

Un aménagement produisant un sentiment de non-existence

Les personnes détenues au sein de l'aile se perçoivent dans une situation de non-existence et d'illégitimité, tout en revendiquant un statut particulier. En effet, pour les professionnel.le.s, ce lieu assure protection sans isoler complètement les personnes. Les prisonniers, de leur côté, cherchent à reproduire l'ordre pénitentiaire.

Cette situation peut être analysée dans une approche de liminalité⁵⁹², ils ne sont ni complètement inclus, ni complètement exclus mais demeurent dans une situation liminale. Les prisonniers se vivent et se déclarent comme « *non existants* », rappelant aux autres détenus « *la mort* ». La vision de leurs corps affaiblis semble enrailler l'image de force et de virilité que les autres prisonniers souhaitent se donner. De plus, des images de contagion et de souillure sont très présentes dans les discours des prisonniers ne vivant pas dans cette aile.

Nous avons constaté que cette situation liminale était très bien reflétée par les rapports aux objets. Ainsi, la peinture murale à l'entrée de l'aile, les plantes et la machine à laver sont apparues comme autant de symboles de la présence problématique des personnes ne correspondant pas tout à fait aux valeurs carcérales.

La machine à laver

Lors de nos présences dans cette aile, nous avons eu écho d'un conflit autour de la machine à laver. Nous avons même participé aux échanges liés à ce conflit. Le faible nombre de maisons centrales en France (6) témoigne du fait que la proximité familiale n'est pas privilégiée. Ainsi, le linge sale n'est pas pris en charge par les familles. Un service de buanderie est mis en place par l'établissement.

Or, dans la prison C, la majorité des prisonniers s'oppose à ce que leurs vêtements soient lavés avec ceux de l'aile aménagée. Ne pouvant pas les laver par eux-mêmes ou par des proches à l'extérieur, la situation est devenue rapidement très problématique. Le problème a été réglé par l'achat d'une machine à laver pour l'aile aménagée. Les prisonniers handicapés s'occupent donc seuls de leur linge avec l'aide du détenu aidant.

Au moment de l'enquête, en plein été, la machine était en panne et la question de l'hygiène se posait de manière urgente. La capacité de se maintenir propre a une grande importance en prison : c'est une des composantes du rôle de détenu, mais également une obligation de l'administration d'assurer le nécessaire. Le soin que l'on s'apporte est très important pour les prisonniers d'un point de vue hygiénique, pour éviter toute souillure et contagion. Ce soin est important aussi d'un point de vue symbolique, dans le rapport engagé avec l'administration, le corps et le soin qu'on lui apporte sont particulièrement significatifs.

⁵⁹² MURPHY, R. *Vivre à corps perdu : Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, Paris : Plon, 1993.

Le contact avec des personnes, ayant un handicap physique, qui ne contrôlent pas entièrement leur corps apparaît comme fortement menaçant. Les condamnés « *valides* » avaient donc peur que les vêtements des « *malades* » se retrouvent au même endroit que les leurs. La machine à laver au sein de l'unité était donc une solution, mais aussi le symbole d'une frontière entre les détenus.

La peinture murale et les plantes

D'autres symboles de l'exclusion tant symbolique que physique sont apparus lors des entretiens avec des détenus ne vivant pas dans l'aile aménagée. Nous avons fréquemment été interpellés au sujet des plantes et de la peinture murale. Ces détails faisaient apparaître pour les détenus le statut liminal des prisonniers handicapés.

La peinture murale qui cachait la porte, cachait aussi leur présence derrière. Tout le monde était au courant de leur présence et on pouvait les voir circuler sinon dans l'établissement, au moins dans l'infirmerie. De plus, leurs sorties régulières en brancard pour des soins à l'extérieur offraient un spectacle « *morbide* » régulier. Pour les autres détenus, cette peinture avait la fonction de « *cache-misère* ».

Les plantes qui se trouvaient dans le couloir étaient tout aussi décriées. Qu'ils vivent dans l'aile aménagée ou pas, les détenus s'insurgeaient : « *avez-vous vu des plantes dans une prison ?!* » ; « *c'est un hôpital ou c'est une prison ?* » ; « *je ne sais pas pourquoi ils les ont mis ici ? Ils pourraient nous mettre des machines de musculation, pas des plantes, ça fait plus prison* ».

Les plantes apparaissent aussi comme un signe de plus de la position liminale de ces détenus. Si toute déficience peut constituer une situation liminale, dans cette prison, la situation liminale est le signe du handicap. En effet, les personnes semblent arrêtées dans un entre-deux constant, ni malades ni en bonne santé, ni de vrais détenus ni de vrais handicapés, ni tout à fait vulnérables ni tout à fait dangereux.

7.4. Le Centre pénitentiaire et l'acceptation socio-pénitentiaire du handicap

7.4.1. Le handicap comme « *trouble* » à l'ordre pénitentiaire

Lors du premier contact, le directeur de ce centre pénitentiaire a opposé un refus à la recherche. Le motif évoqué était le sous-effectif des surveillants. Neuf mois et quelques tentatives plus tard, nous avons obtenu une autorisation. Le travail de terrain a pu commencer dès le lendemain de la première rencontre. Pouvoir mettre en avant d'autres prisons déjà étudiées, ainsi que de mobiliser un réseau d'interconnaissances ont été des atouts pour cette ouverture.

Finale­ment, nous avons été présente pendant huit mois, souvent plusieurs jours par semaine. Nous n'avons pas eu besoin de mettre en place de phase exploratoire puisque la recherche avait débuté dans les deux autres établissements déjà évoqués. Cette présence longue, avec ce qu'elle implique de compréhension implicite des phénomènes, a permis d'éclairer les données des autres établissements. Ici, dès le début, nous avons dû faire preuve d'une relative autonomie. Une des conditions pour accéder à la détention était que nous nous déplaçons non accompagnée au sein de l'établissement. Des autorisations mensuelles ont été fournies, ce qui a permis de gérer les prises de rendez-vous plus facilement.

Dans la prison P, la recherche a été grandement facilitée par le chef d'établissement. Il nous a reçu, mais n'a pas souhaité s'exprimer au sujet du handicap en prison. Cependant, dès la première rencontre, il nous a guidé dans les bâtiments de la détention, en nous présentant aux acteurs/trices-clé pour la recherche. Cette prison est composée de trois quartiers – maison d'arrêt pour courtes peines, maison d'arrêt pour prévenus et centre de détention, et donc trois bâtiments différents. Le directeur nous a présenté les chef.fe.s de ces bâtiments et les autres surveillant.e.s encadrant.e.s.

Nous avons rencontré le médecin-coordonateur et sommes prévenue par le directeur que si nous pouvons attendre un bon accueil et une coopération de la part des chef.fe.s des bâtiments, il ne peut pas garantir la même chose du côté médical, l'unité sanitaire étant indépendante. Ici aussi, un contentieux oppose ces deux corps de métiers. Nous sommes également présentée à la cheffe du SPIP et aux deux directeur.e.s adjoint.e.s de l'établissement.

Parmi les professionnel.le.s, nous avons rencontré : le chef de l'établissement, une directrice adjointe responsable de la santé, les trois chef.fe.s de bâtiments, trois premiers surveillants, un officier responsable des ateliers de travail, deux officiers responsables du classement au travail, à la formation, aux activités en prison, deux personnels de direction du SPIP, la responsable des activités socio-culturelles attaché au SPIP, le juriste du Point d'accès aux droits attaché au SPIP, l'assistante du service social attaché au SPIP, la médecin coordonnateur de l'unité sanitaire, la cadre de santé, un psychiatre, une secrétaire médicale, trois psychologues, la responsable local d'enseignement et enfin trois enseignant.e.s du centre scolaire.

Nous avons eu, pendant cette période, plusieurs conversations informelles avec des représentants des différents corps de métiers, le plus souvent des surveillant.e.s. Ils/elles nous ont donnée des informations précieuses et nous ont orientée vers d'autres professionnel.le.s. L'implication longue sur ce terrain a permis d'être connue et de pouvoir suivre au long cours les situations de certains détenus.

Nous avons rencontré et mené des entretiens avec 32 personnes détenues. Nous les avons rencontrées à la suite de leur réponse à un courrier. Avec une quinzaine de prisonniers, l'entretien a été mené sur le mode biographique, en les rencontrant deux ou trois fois. Avec les autres, pour diverses raisons, les entretiens ont dû être arrêtés ou adaptés, menés sur le mode de la conversation. Les entretiens ont été adaptés quand la personne n'avait pas une maîtrise suffisante de la langue ou quand un trouble d'origine psychique ou mentale rendait impossible la mise en récit.

7.4.2. Une prison ouverte aux interventions extérieures

Cette prison, un centre pénitentiaire, est constituée de trois bâtiments, correspondant à deux régimes de détention : deux quartiers de maison d'arrêt, dont une pour courtes peines et une pour prévenus, et un quartier centre de détention. Il s'agit de la structure la plus récente que nous ayons vue lors de la recherche. Elle fait partie du « *Plan 4000* ». C'est un programme de construction de places en prison, qui fait suite au « *Plan 13000* ». Ces programmes sont mis en place depuis les années 1980, visant à remédier au manque de places de prison et à la vétusté des anciennes prisons.

Concernant ce dernier programme, les prisons sont considérées comme étant relativement accessibles pour des personnes à mobilité réduite. Un détenu se déplaçant en fauteuil déclare devant l'Express :

« Seuls les plans 4000 (ndlr : pour 4000 places) sont accessibles pour les détenus en fauteuil roulant. Contrairement à ce que peut dire l'administration pénitentiaire, les plans 13000, ainsi que tous les vieux établissements ne sont pas adaptés ».

Ce témoignage avait, au début de la recherche, justifié le choix de cette prison : la structure est récente et fonctionne depuis 2005.

La prison se trouve à la périphérie d'une ville de banlieue éloignée, nécessitant une voiture ou bien plusieurs transports en commun. Dès l'entrée, nous remarquons des poussettes, des fauteuils roulants d'appoint pliés, qui servent apparemment pour le passage sécurisé des proches à mobilité réduite.

Munie d'un badge estampillé « *détention* », nous traversons cour d'honneur, bâtiment administratif, la nef avec le service médical et le centre scolaire, les quartiers disciplinaires et d'isolement et arrivons donc en « *détention* ». A chaque étape, nous appuyons sur un bouton, montrons notre badge et attendons l'ouverture.

Les entrées dans les trois bâtiments d'hébergement se font de la même manière. Il faut longer une allée, légèrement en pente, se trouver devant la porte, appuyer sur un bouton, attendre, se faire ouvrir, longer une autre allée plus étroite cette fois-ci, grillagée de tous les côtés, y compris en haut. La pente se creuse de plus en plus en arrivant devant le bâtiment d'hébergement. Les bruits deviennent plus concrets. Ici encore, nous appuyons un bouton, contrôlé par le poste de sécurité à l'intérieur du bâtiment. Après l'ouverture, nous sommes dans un sas, nous donnons régulièrement la raison de notre présence au surveillant derrière son poste. On se retrouve dans un endroit, appelé le noyau. Une grille mène d'un côté vers l'aile des locaux d'activité, de l'autre vers une coursive de détention. Une porte donne vers des escaliers, menant à la cour de promenade. Chaque bâtiment a sa propre cour de promenade située à l'étage zéro de la détention. Ici, nous sommes submergée par les bruits, les voix, parfois les cris, le claquement des portes, les bips constants, les discussions par talkie-walkie, les pas amplifiés par l'écho. L'odeur également, de cohabitation, de produit de nettoyage, de cuisine.

Nous avons le droit de mener les entretiens avec les détenus dans la coursive des activités. Elle est aussi séparée par une grille et nous attendons régulièrement à ce qu'on nous ouvre. Dans

cette coursive, se trouvent les bureaux des chef.fe.s du bâtiment et des surveillant.e.s gradé.e.s. Ils/elles sont responsables de leur bâtiment et nous ne les verrons pas dans les autres bâtiments. Au contraire, les autres surveillant.e.s, dits d'étage, tournent régulièrement et nous les retrouvons à différents postes.

Au tout début, dans la coursive des activités, il y a le bureau du surveillant des activités, qui, tous les jours, diffère. C'est à lui que l'on signale notre présence et les noms des personnes qu'on voudrait voir, qu'il communique au surveillant d'étage qui doit appeler les détenus. S'ensuivent quelques petits bureaux avec les fenêtres grillagées, munis d'une table et deux chaises et d'un ordinateur. C'est ici que les CPIP, les directeurs et les autres professionnel.le.s pénitentiaires convoquent les détenus, en audience. Il y a également une salle d'attente, où les détenus sont enfermés en attendant leur tour pour le rendez-vous, et une salle de fouille. Une bibliothèque, une salle d'activité collective, une salle de musculation se trouvent dans le fond.

Devant la grille, nous attendons l'ouverture par le surveillant responsable des activités. Une conversation s'engage, qui a souvent cette allure :

Extrait du journal de terrain « *On convoque pour activité sociologue alors ?* »

Vous êtes CPIP ? – Non – Vous êtes quelle activité alors ? – En fait je ne suis pas une activité, je suis sociologue, je fais des entretiens – Je convoque pour activité sociologue alors ? – Convoquer ?! Non. Activité sociologue ?! Je ne sais pas. – Je convoque ou pas alors ? - Enfin, ok si vous voulez – Ok, je convoque pour activité sociologue.
--

Au fil du temps nous apprenons que pour gagner de temps, il faudra se présenter comme « *activité sociologue* ». Le surveillant ouvre un bureau et nous attendons les détenus pour les entretiens.

7.4.3. Les prisonniers vus comme des usagers par les professionnel.le.s

Dans la Maison d'Arrêt pour « Courtes peines », la plupart des détenus ont des peines de moins de 3 ans ou sont prévenus en procédure correctionnelle en attente de jugement. Ce quartier est considéré comme hébergeant « *les plus virulents* ». Il héberge une majorité d'hommes jeunes,

dans des procédures liées aux infractions à la législation des stupéfiants. Une population urbaine, jeune et socialisée à la prison⁵⁹³.

Le régime de vie est typique d'une maison d'arrêt. Sans travail ou autre activité, les personnes restent enfermées en cellule 22 heures sur 24, avec une promenade d'une heure le matin et d'une heure l'après-midi. La plupart des prisonniers sont déjà condamnés et ils ont souvent un emploi ou une activité.

Au rez-de-jardin, sont regroupées les personnes ayant des troubles du comportement à caractère sexuel. Il ne s'agit pas ici du profil pénal des personnes et donc de l'infraction jugée, mais d'un trouble qui se présente en détention. On nous parle de détenus ne pouvant pas « *contrôler leurs pulsions* ». A l'étage où sont regroupées ces personnes, il n'y a pas de femmes surveillantes qui interviennent. D'autre part, les personnes considérées comme ayant des troubles du comportement sont souvent seules en cellule, considérées comme plutôt dangereuses.

Même s'il n'y a pas de preuve d'agressivité, l'administration est contrainte de faire attention et de protéger ses « *usagers* ». Dans d'autres cas, la bizarrerie même du comportement impose l'encellulement individuel : « *quelqu'un comme ça, il n'arrête pas de bouger, de s'agiter, il raconte des bêtises, on peut pas le mettre avec quelqu'un d'autre, il va devenir victime* » (Surveillant gradé, quartier maison d'arrêt « Courtes peines », Centre de détention).

Dans un contexte de surpopulation carcérale, mettre une personne seule en cellule suppose que d'autres cellules soient sur-occupées, avec un taux d'occupation de 170% au moment de l'enquête. En ce sens, les « *troubles du comportement* » constituent un problème épineux pour l'administration. A l'inverse, et comme déjà évoqué précédemment, des personnes présentant des risques d'isolement, de suicide, sont au contraire obligatoirement « *doublées* », la cohabitation avec un détenu étant considérée comme bénéfique.

Le rez-de-chaussée, à proximité de la coursive des activités et des bureaux des surveillant.e.s, se trouve être l'étage « *des malades* ». Les personnes à mobilité réduite, les malades somatiques, mais aussi des personnes ayant un handicap psychique et des lourds traitements sont affectées dans cette aile.

Le travail autour de l'organisation spatiale demande des observations et surtout des décisions à prendre sur le vif, concernant la santé et la sécurité des personnes. C'est ici que la question des

⁵⁹³ En disant « socialisée à la prison » nous entendons une population qui même si elle n'a pas eu de longues années d'incarcération a souvent vécu dans des milieux où on entend parler de la prison très tôt.

troubles du comportement apparaît. Il s'agit, tout d'abord, de gérer une population considérée turbulente. Et cette gestion implique de prendre soin des personnes. Il faut aussi palier à la réduction des personnels qui implique des procédures de plus en plus standardisées. Toutes ces contraintes semblent être utilisées dans cet établissement comme ressources pour l'action, tournée vers la gestion des troubles du comportement.

Pour les personnes handicapées, on signale une attitude à nuancer, entre la répression et la compassion. Ne pas être automatiquement dans des attitudes répressives semble nécessaire pour ne pas « *entrer dans le jeu des détenus* », mais « *être dans la pitié* » n'est pas forcément un bon positionnement parce qu'« *il faut tenir la détention* ». Pour le premier cas, on nous donne l'exemple d'un prisonnier qui a des troubles cognitifs et qui est souvent en prison pour violences :

« Avec lui, et même avec les autres, on ne peut pas tout de suite être dans le répressif, tout de suite vouloir sanctionner et cadrer, parce que pour eux, la violence ils connaissent. C'est leur langage, donc, ils connaissent mieux que nous. » (Cheffe de bâtiment, quartier maison d'arrêt, Centre pénitentiaire)

Dans le second cas, la pitié éprouvée envers un détenu au corps infirme et les libertés qu'on peut lui accorder pourrait être utilisée par celui-ci ou par d'autres pour faire entrer des objets interdits. Pour ce cas de figure, les exemples sont légion. Le respect de la dignité des prisonniers, lié à la protection de l'intégrité physique, est aussi évoqué.

Nous avons rencontré dans ce bâtiment 21 personnes détenues. Les profils sont variés, des personnes à mobilité réduite, d'autres souffrant de maladies invalidantes, d'autres ayant fait plusieurs séjours en hôpital psychiatrique ou bien encore des personnes sous tutelle pour problèmes cognitifs.

La Maison d'arrêt pour « Prévenus » reçoit essentiellement des prévenus dans des procédures criminelles et des condamnés en attente d'affectation. Il s'agit le plus souvent de procédures longues. La problématique du choc carcéral est apparue ici avec le plus d'acuité. Ici aussi, les prisonniers sont enfermés 22 heures sur 24. Arrivés récemment, ces détenus ont moins souvent de travail ou d'autres activités et restent plus longtemps enfermés.

Ici, aucune spatialisation de la prise en charge n'apparaît, sinon selon des critères pénitentiaires : ne pas mélanger prévenus et condamnés, ni ceux en procédure criminelle et correctionnelle, séparer les fumeurs des non-fumeurs, les personnes de moins de 21 ans de

celles en procédure criminelle, ne pas affecter dans la même aile des personnes impliquées dans la même affaire ou engagées dans des rapports conflictuels.

Ici, un suivi plus individualisé est mis en avant. Par exemple, s'agissant des personnes décrites comme ayant un handicap psychique ou mental un officier prend la place d'interlocuteur privilégié, c'est-à-dire de « *tuteur* ». Ce système s'établit de manière implicite. On cherche à savoir avec quel surveillant gradé le détenu va se comporter de manière appropriée. Lors du départ d'un officier en vacances, qui a en charge un détenu, on se posera la question de son remplacement et on fera même le « *transfert* » d'une manière presque officielle. Une audience⁵⁹⁴ sera organisée pour expliquer le départ et désigner le nouveau « *tuteur* ».

Parfois, le « *tuteur* » peut être quelqu'un d'externe à la détention, un.e psychologue, un.e CPIP. Il s'agit, pour la détention, de repérer cette personne qui peut jouer un rôle important. On raconte le cas d'un détenu « *8 ans d'âge mental* », qui était très attaché à sa CPIP. Elle était la seule personne qui pouvait lui expliquer et lui rappeler régulièrement la raison de son enfermement. Lors de la mutation de sa conseillère, il a demandé son transfert dans l'établissement où allait travailler celle-ci.

Ce système est mentionné dans d'autres établissements, là, où les officier.e.s de bâtiment peuvent garder et rationner les cigarettes et le tabac des prisonniers ne pouvant pas les gérer par eux-mêmes. Ce système a le mérite de mettre en exergue la confiance qui doit s'établir entre détenu et professionnel.le.s. Notons que le mot confiance ne sera jamais utilisé dans les entretiens. De plus, le système du tutorat est rapidement questionné car il pose la question de la dépendance et l'irresponsabilisation de certains prisonniers.

Dans les conversations, la question du handicap est connectée à des thématiques très pénitentiaires, telles que la radicalisation et le grand banditisme. La première bénéficie d'une attention très particulière, les détenus considérés comme *faibles* pouvant y être entraînés. A l'opposé, les personnes ayant appartenu au grand banditisme sont évoquées comme un appui dans la gestion de la détention.

Lors de la recherche, plusieurs personnes, dont les surveillant.e.s, ont parlé des détenus hospitalisés d'office ou accueillis en unité pour malades difficiles (UMD). Dans cette maison d'arrêt, nous avons vu 6 personnes ayant des déficiences motrices, neurologiques ou psychiques.

⁵⁹⁴ Le cadre dans lequel un officier va rencontrer dans son bureau un détenu.

Dans le bâtiment Centre de détention, sont reclus des hommes condamnés à des peines dites moyennes et longues. Chaque détenu est seul en cellule. Ici, l'organisation spatiale correspond aux régimes de vie déjà évoqués dans le chapitre précédent. En effet, la plupart des centres de détentions doivent appliquer des régimes différenciés. Le travail sur la réinsertion est ici plus codifié et prend une place plus importante. Les prisonniers ont un projet et suivent un parcours d'exécution de peine. Ce projet n'apparaît pas comme obligatoire mais, un jour un officier dira, à propos d'un détenu : « *lui, on ne comprend pas pourquoi il est là, il n'a pas le profil CD [centre de détention]. Il est plus maison centrale. Il n'a aucun projet* ». La vision des professionnel.le.s qui travaillent en centre de détention est orientée vers l'avenir :

« Moi, c'est la première chose que je dis quand il y a un arrivant. Il a été jugé, il a passé quelque temps à penser aux faits. Une fois arrivé ici, même s'il a vingt ans à faire, il a un pied dehors. Parce qu'ici on commence le projet pour la sortie. C'est de ce qu'il va faire ici que dépend sa sortie. » (Surveillant gradé, quartier centre de détention, Centre pénitentiaire)

Le parcours d'exécution de peine doit permettre à chaque condamné de donner un sens à sa peine et être un outil dans son individualisation. Dans un premier temps, des buts propres à l'univers carcéral sont évoqués : améliorer la sécurité des établissements, ainsi qu'aider le juge d'application des peines (JAP) et le Procureur dans la prise de décision en apportant un maximum d'informations sur le comportement des prisonniers. Dans un deuxième temps, ce parcours renvoie au concept de projet et d'évaluation tels qu'ils se présentent aujourd'hui dans le secteur social et médico-social et plus généralement dans les politiques publiques. Dans les discours des condamnés, le parcours d'exécution de peine n'est jamais mentionné.

En arrivant au centre de détention, les personnes détenues sont tout d'abord affectées au régime d'observation, correspondant au régime portes fermées, comme en maison d'arrêt. Pendant une certaine période, leur comportement est observé et selon leur « *autonomie* », ils seront affectés au régime semi-ouvert, de confiance ou de privilège.

L'architecture du bâtiment et le fait que ce centre de détention se trouve à proximité d'une maison d'arrêt limite les mouvements. Les détenus évoquent souvent l'impossibilité de circuler plus librement, comme ils l'auraient fait dans un « *vrai* » centre de détention. Pour eux, ce n'est qu'une « *maison d'arrêt améliorée* ».

Quand on évoque la question du handicap, très rapidement, l'étage où sont affectés les personnes en observation, occupe la discussion. Une partie de ces détenus sont ici depuis leur arrivée. En effet, cette aile n'est pas tant un lieu d'observation qu'un lieu où restent enfermés les prisonniers les moins autonomes, en l'occurrence ceux ayant des problématiques psychiatriques importantes.

Le mot autonomie décrit l'impossibilité des prisonniers à respecter les rituels pénitentiaires. Le manque d'autonomie pour la vie pénitentiaire et le handicap psychique semblent se superposer partiellement. Lors de l'enquête, il est impossible de mener des entretiens avec les personnes hébergées dans cette unité, car « *en ce moment, on a du mal à les tenir* », selon la cheffe du bâtiment. Il s'agit de personnes considérées comme dangereuses ou imprévisibles.

Dans ce bâtiment, nous pouvons remarquer deux logiques à l'œuvre, en fonction de la capacité des condamnés à entrer dans une relation prévisible et routinière. Soit mis à l'écart, soit inclus mais comme présentant des particularités. Ici, comme en Maison centrale, l'observation apparaît comme un outil important, il s'agit d'une posture quasiment clinique. D'autre part, les personnes étant condamnées, il est nécessaire de les traiter. C'est l'impossibilité du traitement qu'introduit le handicap, qui va dicter la mise à l'écart.

Dans ce bâtiment, nous verrons des personnes détenues ayant un handicap souvent reconnu administrativement. Le temps plus long et le travail autour d'un projet peuvent être les raisons de cette reconnaissance accrue, jouant comme des leviers administratifs.

7.5. Le Centre de détention et l'acceptation médico-pénitentiaire du handicap

7.5.1. Le handicap comme « incapacité »

Pour le dernier établissement dans lequel nous avons mené la recherche, le recueil des données a débuté presque deux ans après l'obtention de l'autorisation de la DAP et deux ans et demi après le début des démarches pour y accéder.

Nous avons mené plusieurs entretiens avec : le directeur de l'association gestionnaire de l'ESAT, le chef d'établissement à l'époque de la création de l'ESAT, une personne de l'association qui a mis en place l'ESAT, la cheffe d'établissement à l'époque du début de la recherche, le chef de détention, le chef de travail, le responsable du travail et de l'ESAT, la SPIP responsable des dossiers santé, deux assistantes sociales, un psychiatre et deux cadres de santé.

Dans les autres prisons, nous avons fortement regretté l'absence de toute personne référente sur qui nous appuyer en cas de difficulté. Alors, l'annonce que nous serions accompagnée tout au long de notre enquête était plutôt rassurante. A la suite à un premier entretien avec la cheffe d'établissement, nous avons été mise en relation avec notre référent. Il nous a proposée de nous guider et de prendre un premier contact avec les professionnel.le.s concerné.e.s.

Pour cette prison, nous devions donc établir des rendez-vous à l'avance et faire le voyage dans la journée. Lors de notre première arrivée, nous sommes reçue dans les locaux des surveillant.e.s et présentée aux personnes qui y travaillent. Nous visitons ensuite l'établissement et nous comprenons que le fait de nous accompagner bloque la journée entière du surveillant accompagnateur.

Lors de cette première journée, nous sommes présentée à plusieurs personnes susceptibles de nous accorder un entretien. Toutes sont au courant de la raison de notre présence. Lorsque nous tentons de nous présenter et d'aborder l'objet de la recherche, nous devons faire face à des sourires bienveillants, mais aussi à des mines d'exaspération.

Si, dans les autres prisons, nous avons été souvent dans des situations très inconfortables, la situation dans ce dernier ne favorise pas la recherche. Elle est tributaire de l'emploi de temps du surveillant-référent. Les rendez-vous sont fixés selon ses disponibilités, parfois dans plusieurs semaines. De surcroît, la présentation de la recherche apparaît comme superflue, les professionnel.le.s déjà au courant, semblaient en avoir discuté et formé leur opinion. Nous avons l'habitude jusqu'ici de prendre notre temps pour faire une longue présentation de la recherche, répondre à des questions et expliciter certains points, et surtout de guetter les premières réactions face à l'annonce du sujet, souvent très utiles pour comprendre certains positionnements. Enfin, notre enquête venait chronologiquement après un diagnostic d'accessibilité établi par des architectes et apparaissait dans sa continuité. On a ainsi eu beaucoup d'informations sur les plans inclinés dans tout l'établissement.

Dans notre journal de terrain, dès le premier jour, nous nous posons la question de la possibilité de mener la recherche sous cette forme. Malgré tout, nous avons poursuivi pendant quatre mois.

Dans cette situation particulière, nous devions passer les pauses entre les entretiens et la pause de midi, dans le meilleur des cas, dans un local de déjeuner où notre présence apparaissait parfois comme dérangeante, ou bien dehors devant le centre de détention. Si cette situation est possible pendant quelques jours, elle s'est révélée intenable pour une recherche au long cours, notamment pendant les mois d'hiver. En effet, la difficulté de mener une recherche en prison n'a pas tant été d'être dans l'espace même de la détention, ni dans la rencontre avec les détenus, mais dans les longs moments d'attente, souvent debout et à l'extérieur.

7.5.2. Une prison tournée vers la réadaptation des individus

La Prison D est un très grand centre de détention construit pendant les années 1980. Cette époque marque le début d'une politique sécuritaire et d'un programme ambitieux de construction de nouvelles places de prison. La prison se trouve à la périphérie d'une ville nouvelle, à quelques kilomètres de la gare et accessible par un bus. La structure est assez imposante, visible par le train et dès l'arrivée à la gare. Elle a l'apparence de plusieurs bâtiments cylindriques, ceints par un haut mur.

En arrivant, nous longeons longuement le mur d'enceinte pour se retrouver devant un bâtiment administratif en forme d'arche, à l'extérieur de la détention. Dans ce bâtiment, se trouvent les bureaux de la direction, du SPIP, des locaux de formation des surveillant.e.s, le mess⁵⁹⁵.

L'espace de la détention est séparée en deux grands ensembles, chacun pouvant héberger 400 personnes. Les entrées pour chaque division se trouvent des deux côtés du bâtiment administratif. Les locaux sont immenses, notamment avec une grande surface dévolue aux ateliers de travail. Les deux ensembles possèdent un centre socio-scolaire, une antenne Unité Sanitaire et une antenne service médico-psychologique régional (SMPR), enfin, les lieux d'hébergement.

Généralement, les SMPR sont disponibles seulement en maison d'arrêt. La Prison D fait partie des rares centres de détention avec un tel service. Cependant, le dispositif en question est seulement une antenne sans lit d'hospitalisation et il est attaché au SMPR d'une maison d'arrêt voisine.

Les locaux de cette prison sont apparus comme un véritable dédale. Le fait d'être accompagnée en permanence a renforcé cette impression de lieu impersonnel et labyrinthique. Par ailleurs, nous n'avons jamais été autorisée d'avoir un dictaphone et avons été, pour la première fois, obligées de porter un appareil pour donner l'alarme en cas de problème.

7.5.3. Les troubles psychologiques importants comme catégorie de traitement

Cette prison n'a pas de spécialisation initiale mais a dû s'adapter aux publics qui lui ont été affectés. La proximité géographique fait qu'une partie de la population vient de la région parisienne, ce qui lui donne en partie une allure « *jeune de banlieue* », avec des caractéristiques telle que la « *violence* », l'« *impulsivité* » ou la « *turbulence* ». L'existence de l'antenne SPMR influence une autre partie de la population, les condamnés ayant de « *grosses problématiques psychologiques* » et des auteurs de violences sexuelles⁵⁹⁶.

⁵⁹⁵ Le nom donnée à la cantine des professionnel.le.s en prison.

⁵⁹⁶ Ces derniers sont nommés AICS – auteur d'infraction à caractère sexuel et ont de multiples obligations de suivre des soins pendant l'incarcération. Cette exigence précède à leur affectation dans des établissements qui ont une offre psychiatrique importante.

L'établissement se divise en deux ensembles : « *Courtes peines* » pour les condamnés à des peines de moins 5 ans et « *Longues peines* » pour des peines de 5 ans à la perpétuité. Toutes les personnes étant condamnées, elles sont incarcérées dans des cellules individuelles.

La partie des courtes peines est considérée comme plus turbulente, vindicative et de type « *banlieue parisienne* ». L'autre partie est vue comme plus tranquille. Les situations qui posent un problème sanitaire et pénal peuvent être trouvées dans les deux divisions, avec une surreprésentation du côté des longues peines.

La présence de l'antenne SMPR a apparemment permis l'affectation dans l'établissement de profils « *très, très lourds* ». Il s'agit surtout de profils psychiatriques, avec un étiquetage préalable à l'incarcération. L'antenne SMPR donne la possibilité d'un travail sur l'acte criminel, ce qui oriente les affectations des prisonniers qui ont des problématiques psychiatriques avérées ayant eu une influence dans la commission des faits et/ou qui nécessitent un travail avec un psychiatre ou un psychologue.

On parle ici, comme dans la Prison C, d'un cumul des problématiques : sanitaires et pénales. Près de la moitié des personnes affectées dans cette prison le sont pour des délits ou crimes sexuels et 30% pour assassinat ou meurtre. Peu sont les personnes condamnées pour infraction à la législation aux stupéfiants, mais une grande partie des infractions sont commises sous l'emprise de psychotropes⁵⁹⁷.

La directrice nous signale : « *On nous envoie tous les cas compliqués* ». Ici aussi, les cas d'incurie, avec un cumul de problèmes somatiques et psychologiques, est mentionné comme prenant de l'ampleur. Il s'agit de personnes qui ne sortent plus de leur lit et qui refusent les mesures élémentaires d'hygiène. La difficulté consiste encore de savoir que faire de ces personnes ayant de longues peines, difficiles à libérer, mais aussi difficiles à prendre en charge en cas de libération.

La seconde difficulté évoquée dans cet établissement est celle des malades considérés comme dangereux. On parle des détenus qui sont « *dans le déni de leur pathologie* » et qui refusent toute prise en charge, y compris leur traitement et qui peuvent avoir des moments d'agressivité. Ici aussi, la situation se règle dans une articulation entre sanction et hospitalisation. Les cas les plus faciles sont ceux où l'action est d'ordre pénitentiaire : le placement dans une unité sécurisée ou de « *malades* », les deux au régime fermé. D'autres fois, les surveillants signalent

⁵⁹⁷ Rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur cette prison.

leur impuissance devant les cas où aucun déplacement ne permet la gestion. Ils doivent attendre un passage à l'acte, la sanction disciplinaire, puis la levée de cette sanction par le médecin et l'envoi en hôpital psychiatrique.

Enfin, les prisonniers ayant un « *faible quotient intellectuel* », ne pouvant pas comprendre les règles et le fonctionnement, semblent poser question dans la gestion. Un lien est fait entre les condamnés pour délits et crimes sexuels et cette déficience. Mais ceux-ci ne sont pas regroupés dans une unité particulière, puisqu' « *ils arrivent quand même à se débrouiller sans poser trop de problèmes* ».

Les deux premières catégories de personnes, « *incuriées* » et ayant des problématiques psychiatriques lourdes, ont été regroupés dans un quartier, avec un régime à part. Les personnes ayant une déficience intellectuelle y sont affectées seulement s'il existe une problématique de troubles du comportement qui peut les rendre vulnérables. L'affectation dans cette unité ne fait pas office de sanction disciplinaire. Tout d'abord parce que l'état des personnes est très dégradé, « *si c'est une sanction ? non, vous savez, ils ne se rendent même pas compte où ils sont, donc ça ne peut pas être une sanction* ». Ensuite, parce qu'une autre unité, appelée « *sécurisée* » semble prendre en charge les « *individus dangereux* », à l'extérieur du placement en quartier disciplinaire et quartier d'isolement.

7.5.4. La mise en concurrence des logiques pénitentiaires et médico-sociales

L'architecture de cet établissement est très particulière. Il s'étend sur une très grande superficie. Les bâtiments d'hébergement sont en forme de cylindres, chaque unité de vie étant composée de deux niveaux accessibles par des escaliers métalliques en colimaçon, les cellules se trouvent autour d'un balcon circulaire. Le reste des locaux est construit en niveaux et demi-niveaux. L'accessibilité physique semble très difficile à mettre en place.

Toutefois, plusieurs mesures existent pour prendre en charge des personnes à mobilité réduite. Une entrée à part a été aménagée pour des arrivants avec des problèmes de mobilité. Une des douches dans le quartier arrivant permet l'accès à un détenu en fauteuil.

La prison D n'a pas de cellule aménagée. Une seule cellule a bénéficié de l'enlèvement de la cloison entre la cuvette des toilettes et le lit. Les personnes ayant des difficultés de déplacement, reçoivent un certificat médical pour qu'elles soient affectées dans des cellules au premier étage mais aussi pour pouvoir emprunter un autre chemin que celui habituellement utilisé pour circuler. La non-adaptation architecturale des lieux est notoire. Ici aussi, l'utilisation d'un monte-charge se révèle nécessaire, mais il reste toujours quelques marches à faire, que ce soit pour aller en promenade ou à l'unité sanitaire. Les mouvements des personnes à mobilité réduite sont fortement réduits, se limitant à arpenter les couloirs.

Une association de type SIAD (soins infirmiers à domicile) intervient dans l'établissement pour faire la toilette des prisonniers handicapés et dépendants, un seul en bénéficie au moment de l'enquête. Les infirmier.e.s ou aide-soignant.e.s qui interviennent utilisent une douche aménagée se trouvant dans les locaux de l'Unité sanitaire. Une convention était sur le point d'être signée, avec une association d'auxiliaires de vie, pour prendre la relève de la SIAD, puisque son intervention était de courte durée. Dans cette prison, l'emploi de détenu-aidant est formalisé, codifié par une fiche de poste. Ce détenu aide le prisonnier handicapé pour sa vie quotidienne, le repas, le nettoyage de la cellule, l'accompagnement dans les trajets, notamment à l'Unité sanitaire.

Dans ce centre de détention, les suspensions de peine aboutissent rarement, même quand les demandes sont faites pour des polyopathologies somatiques importantes. L'établissement est obligé de prendre en charge ces situations particulièrement compliquées, qui ne sont facilitées ni par l'architecture, ni par la formation des personnels.

Dans les entretiens, les différents régimes n'apparaissent jamais. Selon les professionnel.le.s, ils sont mis en place « *assez approximativement* » et sont nommés : ouvert, commun et contrôlé, et éventuellement fermé.

Le régime ouvert se caractérise par l'ouverture des portes des cellules et des unités. Les personnes ont la clé de leur cellule et peuvent circuler librement en détention pendant les heures autorisées. Le régime commun est celui où les portes des cellules sont ouvertes, mais pas celles des unités. Les prisonniers peuvent circuler librement dans leur unité, aller dans la cellule d'un autre, passer du temps dans une salle commune, faire la cuisine et manger. Ils possèdent aussi la clé de leur cellule. Le régime contrôlé est appliqué aux arrivants. Ailleurs, il est appelé d'observation. C'est un régime de type maison d'arrêt.

Les deux unités qui nous intéressent sont donc les deux qui présentent une exception dans les régimes de vie : l'unité qui héberge les détenus malades les plus compliqués, que nous appellerons la « *unité psychiatrique* » et celle qui enferme des détenus difficiles, « *l'unité sécurisée* ».

L'unité psychiatrique regroupe les personnes malades et pour certaines dépendantes. Ces prisonniers font souvent des allers-retours entre hôpital psychiatrique, hôpital de jour en milieu pénitentiaire (SMPR), unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et unité de malades difficiles (UMD). Les portes des cellules sont constamment fermées, mais ce n'est pas à cause d'un régime pénitentiaire. Les prisonniers eux-mêmes demandent cette fermeture, ayant peur les uns des autres. La fermeture de l'unité et ensuite la fermeture des cellules a ici un but sécuritaire, celui de protéger des prisonniers très vulnérables.

L'unité sécurisée est plutôt un lieu de confinement où la fermeture a le rôle de sanction et non de protection. Le confinement est une sanction disciplinaire moins lourde que le quartier disciplinaire. On peut la pratiquer en confinant le détenu dans sa propre cellule en lui interdisant la plupart des activités communes, à l'exception de la promenade. Cette unité a été mentionnée comme pouvant parfois héberger des personnes ayant des problématiques psychiatriques lourdes avec une dangerosité importante. D'ailleurs, y sont placés des détenus pour qui le quartier disciplinaire n'est pas indiqué à cause de leur état de santé.

La prison en question doit donc faire face à une surreprésentation des personnes ayant des troubles psychiques avérés. De plus, deux types de populations se croisent ici : la population de type parisienne ayant des peines plus courtes mais turbulente et souvent dans l'opposition à l'autorité et, une autre, aux peines plus longues mais qui ne posent pas forcément des problèmes en détention. Les premiers peuvent vouloir souvent « *mettre la pression* » sur les seconds.

Cette surreprésentation de prisonniers présentant des troubles psychiques, la nécessité de protéger une partie des plus vulnérables, mais aussi de les occuper et de les préparer à la sortie, ont guidé la mise en place d'un dispositif expérimental, un ESAT⁵⁹⁸.

⁵⁹⁸ ESAT – établissement et service d'aide par le travail. Dispositif à destination des personnes ayant une reconnaissance médico-administrative de leur handicap et une orientation de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)

L'ESAT

L'atelier du travail aménagé et l'unité psychiatrique sont apparemment nés à une même période. Mais les personnes qui travaillent aujourd'hui dans cet atelier et celles qui sont hébergées dans l'unité ne sont pas obligatoirement les mêmes. A l'époque de leur création, plusieurs cas de suicides, d'automutilations, d'isolement et de violences sont survenus, sans qu'aucune technique pénitentiaire puisse y remédier. Il n'y avait alors aucune possibilité de gérer cette « épidémie » par des activités, du travail, ou des aménagements de peine, puisqu'il s'agissait de personnes qui ne pouvaient pas entrer dans de telles logiques. Il s'agissait des détenus qui ne pouvaient pas être classés au travail ni aux activités. Mélangés avec d'autres, ils pouvaient facilement devenir des victimes ou avoir des accès de violence. Isolés, ils se désocialisaient et s'automutilaient.

C'est à cette époque que ces deux prises en charge ont été envisagées, empruntant certaines logiques au secteur médico-social, pour aller jusqu'à créer un dispositif médico-social en prison. En effet, si la gestion spatiale fait partie des logiques propres à la prison, séparer une population selon un critère peut apparaître comme une pratique typiquement pénitentiaire, l'unité psychiatrique a été prévue « *presque comme un lieu de soin* » avec une salle commune, des ateliers thérapeutiques, des activités quotidiennes, bref une vie commune développée :

« Notre idée c'était de les séparer mais pour eux. On voulait leur en donner plus et pas les séparer, en fait. Comme ils n'avaient pas la possibilité de participer à la vie de la prison, on avait pensé qu'on pouvait faire quelque chose dans cette unité. C'était un parcours, on l'avait pensé comme un parcours, il y avait le travail adapté, la formation adaptée, les ateliers de poterie. Il y avait même du sport adapté, enfin ce n'était pas trop adapté, mais c'était juste pour eux. Mais ça n'a pas marché. Petit à petit, ils ont voulu que leurs cellules restent fermées. Ils ne veulent pas trop se mélanger, donc ils ne vont pas dans la salle commune. » (Chef de détention, Centre de détention)

Les deux dispositifs ont été mis en place avec une vision de prise en charge médico-sociale mais pour remédier aux problématiques typiquement pénitentiaires. Petit à petit, les populations des deux dispositifs se sont éloignées. Dans l'ESAT, sont orientés des prisonniers qui ont quelques compétences. Dans l'unité psychiatrique, restent les prisonniers ayant des problèmes psychiatriques très importants, ne pouvant pas se déplacer pour certains.

L'intérêt de mettre en place la recherche dans cet établissement est évident, car la création d'un ESAT démontre la possibilité et la nécessité aux yeux des acteurs du milieu pénitentiaire et médico-social de travailler ensemble. Mais, son fonctionnement quotidien n'a de cesse de mettre en exergue tous les « *points d'achoppement* » entre logiques pénitentiaires et médico-sociales selon les dires de la cheffe de l'établissement.

Ce dispositif suscite des conflits et des réactions très vives autant dans la prison qu'au sein de l'association gestionnaire. Son statut de dispositif expérimental semble le remettre en cause régulièrement puisqu'aujourd'hui il existe dans un vide juridique : l'existence d'un dispositif médico-social au sein de la détention n'est prévue par aucun texte.

La question financière est aussi très présente. D'un point de vue macrosociologique, dans un contexte de pénurie d'emplois, donner du travail aux « *criminels* » n'apparaît pas comme une solution « *morale* ». C'est apparemment une question qui se pose régulièrement dans l'environnement de cette prison, par des journalistes ou par des gestionnaires du secteur médico-social. Par ailleurs, le travail en prison et le travail en ESAT convoitent les mêmes marchés et sont souvent en concurrence. La rhétorique autour des « *bons et mauvais pauvres* » intervient ici de manière prégnante.

La question économique a des retombées tout à fait pratiques. Il nous est signalé que l'activité économique de l'ESAT n'est pas suffisante pour couvrir les frais et que c'est à la prison de payer la différence. L'association gestionnaire n'étant pas forcément implanté dans cette région géographique, le dispositif peine à trouver suffisamment des concessionnaires et donc du travail. La question de sa viabilité financière reste constamment ouverte.

Cependant, les professionnel.le.s déclarent que, malgré les divers conflits qu'il suscite, l'ESAT a rempli et continue de remplir sa fonction initiale. En effet, les personnes détenues ont intégré ce lieu de travail et un « *vrai changement de posture* » a été observé, avec des réactions « *presque d'euphorie* » au début. Le changement de posture est simple :

« *Ils se lèvent le matin. Pour certains, on ne croyait pas qu'ils seraient capables de se lever le matin. Ce n'est pas seulement qu'ils se lèvent mais ils sont prêts et ils attendent devant la porte. Ils prennent soin d'eux. Avant ils se laissaient aller, au niveau hygiène et le reste. Maintenant comme ils travaillent, ils sont un peu mieux.* » (Surveillante gradée, Centre de détention)

Le sentiment d'euphorie a été parfois particulièrement fort pour certains prisonniers :

« C'était incroyable, certains disaient « je n'ai plus besoin de médicaments, je suis guéri, je peux travailler, tout va bien. Je peux sortir et trouver du travail, je n'ai plus besoin de médicament ou de psy. » Il a fallu leur rappeler que, non, ce n'est pas fini. Tout n'est pas réglé. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

Le dispositif est considéré par les professionnel.le.s pénitentiaires comme une véritable solution pour gérer la détention mais également travailler sur la réinsertion.

« S'il n'y a pas ça, on ne peut rien pour ces détenus, ni à l'intérieur, ni pour l'extérieur. Avec l'ESAT maintenant, on peut envisager une sortie préparée, on peut se projeter. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

7.5.5. La réadaptation contrariée par les exigences pénitentiaires

La création de l'ESAT semble avoir apaisé les conflits à l'intérieur de la prison, notamment entre « pénitentiaire » et « médical ».

« Ils [les professionnel.le.s de la santé] ont vu qu'on n'était pas que dans la répression, je crois qu'ils ont apprécié. Ils le disent, le fait qu'on fasse, nous la 'pénitentiaire' quelque chose pour les détenus, surtout malades. Ça les a étonnés et ils ont changé d'attitude. Ils voient qu'on n'est pas [ne finit pas sa phrase] qu'ils peuvent travailler avec nous. » (Surveillant gradé, travaillant dans les ateliers de travail, Centre de détention)

Des alliances semblent se composer et recomposer. Ainsi, le SPIP et le « médical » travaillent ensemble et peuvent faire apparaître des points de vue similaires. L'ESAT fait l'objet de réunions régulières où se négocient les articulations entre logiques pénitentiaires et médico-sociales.

Malgré ces articulations, la contradiction entre les deux rationalités – médico-sociale et pénitentiaire – et son pouvoir conflictuel, n'est pas pour autant éteinte. Elle est évacuée à travers l'association gestionnaire de l'ESAT, et notamment les deux employés qui travaillent sur place.

La question qui se pose est celle de la compétence d'une association du secteur médico-social à intervenir en prison. Plusieurs compétences sont mises en question : la possibilité de trouver

des marchés, de ne pas connaître le monde de la prison et d'avoir une appréhension des prisonniers, le fait de maintenir les bénéficiaires dans du travail occupationnel. Bref, il leur est reproché de ne pas connaître les logiques du monde pénitentiaire et de ne pas en tenir compte.

Nous avons passé quelques journées au sein de l'ESAT. Nous avons discuté avec le moniteur et la responsable, les personnes détenues qui y travaillent et les surveillants à proximité. Nous avons pu observer les interactions dans cet endroit et en savoir plus sur les trajectoires de la dizaine de détenus qui y travaillent.

Nous avons également visité l'unité qui enferme des malades et avons discuté avec les surveillants gradés ainsi qu'avec un détenu hébergé dans cette unité.

Dans cet établissement, pour la première fois, on nous signale une surreprésentation, une inflation même, des demandes de reconnaissance de handicap. En effet, on peut parler d'un déplacement du stigmatisme puisqu'ici, apparemment, c'est plutôt le fait d'être considéré comme délinquant sexuel qui est stigmatisant et non pas le fait de bénéficier de l'Allocation d'Adulte Handicapé.

Malgré cela, les quelques personnes détenues reconnues handicapées avec qui nous nous sommes entretenues ont tenté de cacher, d'éviter ou ont clairement préféré dire ne pas aimer parler de cette question.

Synthèse du chapitre 7

Le septième chapitre analyse la manière dont le handicap s'institue concrètement dans les quatre prisons étudiées pour cette recherche. Y sont décrites les manières dont les régimes d'action précédemment exposés sont mis en œuvre. La mise en sens du handicap est dépendante des configurations carcérales formées dans chaque établissement.

Ces configurations se forment par l'interdépendance de cinq composantes. Une première composante est la place que tient le handicap dans chaque établissement, approchée par l'analyse de la réception de la recherche. La deuxième composante est déterminée par le contexte architectural, géographique et organisationnel des quatre prisons. La troisième composante analyse le statut des prisonniers handicapés dans l'organisation carcérale. Les tensions entre groupes professionnels et la manière d'atteindre un « équilibre des forces » s'objectivent dans la quatrième composante. Enfin, la cinquième composante donne à voir les types d'aménagement pour la prise en charge du handicap.

Ainsi, la configuration dans la prison A, une maison d'arrêt, est subordonnée à une « acception médicale du handicap ». En effet, ce sont les services médicaux qui se sont particulièrement investis dans l'enquête par rapport aux autres groupes professionnels. Le monde médical y assume entièrement la prise en charge des prisonniers malades, contribuant ainsi à un cloisonnement entre les différents métiers dans la prise en charge du handicap. Cette configuration est également déterminée par le type d'établissement, une maison d'arrêt accessible et soumise à la gestion des flux (entrées et sorties quotidiennes). Dans ce contexte, les prisonniers handicapés brouillent les repères carcéraux et provoquent une distanciation des professions non-médicales. Les régimes d'action prioritairement utilisés y sont l'externalisation et le transfert des prises en charge des prisonniers gravement malades vers le monde médical. Dans ce type de configuration, une question reste ouverte, celle de la prise en charge des prisonniers porteurs d'une déficience (sensorielle, cognitive) sans forcément nécessiter de prise en charge médicale.

La configuration de la prison C, une maison centrale, se caractérise par une acception pénitentiaire, relevant d'une « socialisation des particularités à l'univers carcéral ». En effet, le handicap est un objet de tensions organisationnelles. Cette prison possède une aile aménagée pour des prisonniers se déplaçant en fauteuil roulant et héberge un certain nombre de personnes

avec des troubles psychiques importants. Dans le contexte d'une maison centrale, la figure du prisonnier est fondée sur deux stigmates, vulnérable et dangereux, contribuant ainsi à l'impossibilité d'être pensé comme malade et détenu. Les équipes médicales et de probation se dessaisissent de la responsabilité des détenus handicapés, en les prenant en charge soit seulement comme malades, soit seulement comme détenus, rendant ainsi visible la nécessité d'une médiation entre les logiques médicales et pénitentiaires. L'environnement de cette prison est difficilement accessible. Hébergeant un grand nombre de condamnés à de très longues peines, la prison est prioritairement orientée vers la gestion du temps long. La prise en charge des détenus est donc essentiellement tournée vers la socialisation des particularités, en détournant certaines pratiques pénitentiaires vers le soin.

La configuration dans la prison P, un centre pénitentiaire, se caractérise par une « acception socio-pénitentiaire de l'anomalie physiologique ». En effet, la question du handicap y est envisagée en tant que « trouble » à l'ordre pénitentiaire et les prisonniers handicapés sont vus comme des usagers. Tous les régimes d'action y sont présents, les prises en charge se faisant en fonction des situations individuelles. Les rapports entre les groupes professionnels sont très conflictuels. Cependant, un certain terrain d'entente semble être trouvé dans le travail autour des prises en charge individuelles.

La configuration dans la prison D, un centre de détention, se caractérise par une « acception médico-pénitentiaire du handicap ». En effet, le handicap y est vu comme « incapacité » et des dispositifs médico-sociaux sont mis en place, pour prendre en charge une partie des détenus présentant de « très lourdes problématiques psychiatriques » selon les professionnel.le.s et ne pouvant pas être intégrés au monde carcéral sans l'aide des techniques du secteur médico-social. Services pénitentiaires et médicaux semblent trouver un accord autour de la logique de réadaptation des prisonniers. La mise en place des techniques venues du secteur médico-social apaise les conflits entre groupe professionnels, tout en les déplaçant vers ces nouveaux intervenants médico-sociaux.

Synthèse de la deuxième partie

La seconde partie de cette thèse analyse la manière dont la prison rend socialement signifiante la présence de personnes interrogeant l'ordre carcéral. Elle appréhende les usages sociaux des textes législatifs ainsi que l'ancrage organisationnel et fonctionnel des principes qu'ils énoncent. Les perturbations à l'ordre interactionnel se transforment en perturbation à l'ordre normatif. Une « zone d'incertitude » apparaît dans les relations entre professionnel.le.s et prisonniers. Certains prisonniers deviennent moins légitimes et invalident ainsi les pratiques professionnelles. Le handicap perturbe le cadre conventionnel de la prison, la « convention en renommée », et devient une « épreuve » pour l'ordre pénitentiaire.

Pour dépasser cette épreuve et restaurer la relation carcérale entre détenus et professionnel.le.s, un travail de mise en sens est effectué. Il a été analysé sous la forme de « régimes d'action » qui instituent dans le quotidien la définition donnée au handicap. Un premier régime se spécifie par « l'externalisation » des prisonniers qui correspondent le moins à l'image que l'univers carcéral se donne à lui-même. Un deuxième s'organise autour du « transfert » de la gestion des risques liés au handicap aux services médicaux ou médico-sociaux. Le « régime pénitentiaire » donne au handicap une dimension transgressive et le prend en charge d'une manière pénitentiaire. Le dernier régime s'organise autour de la « socialisation » du handicap à l'univers carcéral, les personnels pénitentiaires utilisant des techniques appartenant aux métiers du soin.

Ces régimes d'action sont mis en œuvre dans tous les établissements étudiés mais ils sont mis en place et combinés différemment en fonction des éléments caractéristiques de chaque prison. En effet, quatre configurations se dessinent, en fonction de la manière de rendre socialement signifiante la présence de personnes interrogeant l'ordre pénitentiaire : une configuration se spécifiant par une « acception médicale du handicap », une configuration organisée autour de « l'acception pénitentiaire de socialisation de la déficience », une configuration caractérisée par « une acception socio-pénitentiaire », et centrée sur les situations individuelles et enfin une dernière où prédomine une « acception médico-pénitentiaire des déficiences », organisée autour de pratiques ré-adaptatives.

Les analyses dans cette partie permettent de voir la production et l'institution du handicap comme tributaire d'un grand nombre de facteurs, dont la déficience est un élément parmi

d'autres. En effet, les mêmes déficiences peuvent être mises en sens différemment en fonction du contexte et de la configuration créée.

La troisième partie montre comment les significations sociales produites par l'univers carcéral sont intégrées dans l'expérience des prisonniers, du point de vue identitaire, biographique et quotidien.

Troisième partie.

L'expérience carcérale du handicap

Dans la première partie de cette thèse, nous avons vu la manière dont le handicap en prison se construit d'un point de vue politique, historique et juridique. Dans la seconde partie, nous nous sommes attachée à analyser comment les particularités biologiques sont rendues visibles et signifiantes par le monde pénitentiaire. Les interactions sociales et les conventions qui les sous-tendent ont mis en évidence un « *ordre pénitentiaire* » fait de règles, de prescriptions, de classements et de rôles à jouer, implicites et explicites.

Cette troisième partie entend montrer comment ces aspects, politiques, juridiques, interactionnels et conventionnels, se matérialisent dans la vie des prisonniers handicapés. La démarche de la théorie ancrée, déjà développée dans la première partie, a permis d'inclure la question du genre, même si elle ne faisait pas partie de la problématisation initiale. En effet, les entretiens avec les prisonniers avaient initialement un but très clair : établir leurs trajectoires. Or, la situation d'entretien est devenue rapidement, du point de vue des détenus, une mise en scène pour des hommes qui jouaient constamment leur masculinité. Ces mises en scène ont permis de saisir les enjeux vécus par les détenus.

Au début, nous pensions les questionner uniquement autour de la question du handicap. Il s'agissait de ne pas envisager l'incarcération comme le seul moment de l'étude, mais de l'inscrire dans une trajectoire faite de multiples expériences. La présence d'une différence physique ou mentale laissait supposer l'intervention d'autres institutions, en plus de la judiciaire, dans les trajectoires des hommes rencontrés, ajoutant une dimension supplémentaire à leurs « *parcours institutionnels* ». L'analyse devait donc permettre de tenir compte des rapports qu'ils avaient établis aux différentes institutions, telles que l'école ou la médecine. Il apparaissait judicieux de comprendre comment ces différentes interventions institutionnelles étaient articulées dans leur vécu et les discours qu'ils produisaient. Les entretiens biographiques visaient donc à comprendre les liens entre les institutions sociales et la manière dont ils se matérialisent dans la vie des personnes.

Pourtant, les hommes que nous avons rencontrés n'ont pas répondu à nos questions de la manière attendue. Les identités de « *handicapé* » et de « *criminel* » contribuaient à les figer dans des rôles dont ils se défendaient. Plusieurs parmi eux nous ont prévenue de ne pas confondre le handicap et la criminalité, quand d'autres se sont défendus d'être handicapés ou ont mis en avant une déficience qui leur paraissait moins honteuse que celle qui avait donné lieu à une reconnaissance officielle. Beaucoup ont analysé la reconnaissance du handicap, tout

comme l'enfermement, comme une stratégie institutionnelle contribuant à leur disqualification et exclusion sociale. Ils venaient aux rendez-vous volontairement avec leurs dossiers médicaux et en même temps refusaient de parler du handicap. Souvent, ceux qui vivaient dans une unité « *pour malades* » le reconnaissaient tout en nous prévenant qu'ils n'étaient « *ni homosexuels, ni pédophiles* », puisque c'est ainsi que le lieu où ils étaient enfermés était connu.

La construction des trajectoires s'est donc révélée moins aisée que prévue. Nous n'avions que la parole des hommes, sans possibilité de la mettre en perspective avec des données institutionnelles. Par ailleurs, d'un entretien à l'autre, ils se contredisaient, dissimulaient ou amplifiaient certaines dimensions de leur vie. Ils changeaient de positionnement ou de point de vue, revenaient sur leur parole, consentaient à parler d'une déficience jusqu'ici cachée, ou présentaient leur expérience comme celle de quelqu'un d'autre.

Le « *faux-semblant* », notion initialement utilisée pour décrire le stigmate⁵⁹⁹ est aussi étudiée dans les recherches sur la prison. Elle semble structurer la « *présentation de soi* » en prison et être même un préalable des relations carcérales. Selon Léonore le Caisne, le faux-semblant en prison se construit autour de trois « *figures morales* » :

« [...] qui constituent l'ossature des relations carcérales et des identités pénales : figures qui leur permettent de se situer face à la personne libre, figures qui leur permettent de se construire une identité d'exclus, figures qui les autorisent à communiquer les uns avec les autres »⁶⁰⁰.

Mais l'auteure nous prévient. Il est inutile de chercher de la cohérence dans leurs propos. Selon le moment, l'interlocuteur et la situation, les prisonniers mobilisent aussi bien des contenus biographiques que des contenus issus de la fiction ou même empruntés de l'histoire de quelqu'un d'autre⁶⁰¹. Ils semblent s'inventer des crimes et des conquêtes, se mettre en scène comme dangereux et puissants, stratégiques et capables de tenir tête. Selon l'auteure :

« L'élaboration de ces figures morales et le faux-semblant qui s'ensuit, influent alors – tout autant que les appréciations portées sur chacun d'eux par les magistrats lors de leur procès – sur la perception qu'ils ont de leur propre histoire, de leur crime et de la raison de leur incarcération »⁶⁰².

⁵⁹⁹ GOFFMAN, E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Editions de Minuit, 1975.

⁶⁰⁰ LE CAISNE, L. *Prison. Une ethnologue en Centrale*, Paris : Editions Odile Jacob, [eBook] 2000.

⁶⁰¹ *Ibid.*, chap. 4, par. 6.

⁶⁰² *Ibid.*, chap. 4, par. 7.

L'expérience carcérale influe ainsi sur les manières de se raconter et de raconter son histoire. Ainsi, l'entretien sociologique en prison, inscrit dans l'expérience carcérale ne peut pas échapper à la mise en scène de ces figures morales, tout comme la question du handicap.

En effet, l'expérience carcérale supplante tous les autres moments de la vie. Selon Corinne Rostaing, « *l'expérience carcérale est souvent vécue comme la condition principale tandis que les autres statuts sont considérés comme des statuts accessoires* »⁶⁰³. Le statut de « handicapé » est alors apparu comme soumis à cette expérience et le faux-semblant qui la caractérise. L'auteure a ainsi pu constater que les prisonniers répondent avec une très grande précision aux questions liées à leur incarcération et ont des difficultés à situer d'autres dates, habituellement considérées comme marquantes. Dans les entretiens, toutes les expériences étaient toujours corrélées et intégrées à cette expérience carcérale.

D'une manière générale, « *paraître sauvage* », « *se montrer fort* », assurer son « *autoprotection* », faire preuve de sa force physique, morale et mentale fait partie du faux-semblant en prison⁶⁰⁴. En prison pour hommes, il est particulièrement lié aux valeurs relatives à la masculinité.

C'est à la lumière de cette perspective que les entretiens menés avec les hommes handicapés ont pris leur sens et sont devenus parlants. Voici pourquoi ils avaient besoin de rejouer leur identité d'hommes : des pères, des époux, des compagnons, des frères ou des fils ; les protecteurs des plus faibles et notamment des femmes ; d'hommes multipliant les conquêtes, de propriétaires, de travailleurs acharnés ou bien de criminels accomplis, d'hommes ayant survécu à la rue, aux maladies et aux addictions ou d'hommes ayant éprouvé leur corps. Certains mettaient en avant un statut de caïd, d'autres préféraient se voir en « *monsieur tout le monde* ». La force physique, la force morale ou la « *normalité* » étaient donc constitutives de leur « *éthos* » d'hommes. Ces aspects étaient revendiqués pour opérer des classements par rapport aux autres détenus et aux hommes en général. Mis en scène, joué, exprimé, et finalement « *incarné* » dans le vécu et le corps, le masculin en tant qu'« *ordre de genre* »⁶⁰⁵ est apparu comme structurant les expériences des hommes handicapés emprisonnés.

⁶⁰³ ROSTAING, C. La compréhension sociologique de l'expérience carcérale, *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 04 novembre 2019 p.40. <http://journals.openedition.org/ress/249>

⁶⁰⁴ CHAUVENET, A., MONCEAU, M., ORLIC, F., ROSTAING, C. *La violence carcérale en question*. Paris : CNRS/EHESS, 2005.

⁶⁰⁵ CONNELL, R. *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris : Amsterdam Editions, 2014. Édition établie par HAGEGE, M. et VUATOUX, A.

Dans cette troisième partie, portant donc sur l'expérience de la masculinité des détenus handicapés, le chapitre huit décrit les positionnements des détenus interviewés face à leur handicap et à la peine en tant que rapport social de genre et de classe d'âge. Le chapitre neuf approfondit cette dimension en revenant sur les itinéraires moraux⁶⁰⁶ des prisonniers. Il s'agit de saisir la manière dont déficience, handicap et enfermement se construisent dans les parcours comme autant de classements sociaux formalisés par des institutions de socialisation ou de normalisation. Enfin, le chapitre dix raconte la vie quotidienne en prison et la manière dont le handicap renforce les effets de dépersonnalisation⁶⁰⁷ et de sur-individualisation⁶⁰⁸ sur les prisonniers qui en sont porteurs.

Plus encore, dans cette dernière partie, nous avons voulu faire « *entendre* » la voix des prisonniers. C'est la raison des citations parfois longues et fréquentes issues des entretiens. En effet, un peu à la manière de Bourdieu, nous avons voulu donner une voix aux sans voix.

⁶⁰⁶ GOFFMAN, E., 1975, *Op. cit.* p. 45.

⁶⁰⁷ GOFFMAN, E., 1968, *Op. cit.* p. 90.

⁶⁰⁸ En prenant en compte les prisonniers comme des individus autonomes.

8. Le handicap en prison pour hommes : une mesure de classement ?

Dans la deuxième partie de cette thèse, nous avons analysé les deux conventions qui régissent l'ordre pénitentiaire aux prises avec la vulnérabilité : la convention en renommée et la convention de protection. Si ces deux conventions sont utilisées pour établir des accords entre les groupes professionnels en prison, elles sont aussi agissantes en ce qui concerne les prisonniers. En effet, les économies de la grandeur sur lesquelles s'appuient ces conventions servent de grilles de lecture et de classement entre les hommes incarcérés. Ces grilles semblent empreintes de valeurs masculines qui fonctionnent comme un référentiel normatif. Le fait d'être catégorisé comme handicapé oblige à déroger à ce référentiel.

Ce chapitre analyse d'abord l'espace de positions hiérarchiques que constitue la prison et décrit ensuite les manières qu'ont les détenus handicapés interviewés de se positionner en tant qu'hommes dans cet espace contraint.

8.1. Les dilemmes identitaires des hommes détenus et désignés comme handicapés

Les hommes incarcérés sont ainsi exposés à plusieurs classements. Ils sont d'abord exclus de la société et auront à se mesurer avec les autres. Ainsi, le type de la peine et les infractions qui l'ont précédées peuvent jouer dans ces classements. Mais la capacité à être autonome, à obtenir de privilèges et d'accroître sa réputation sont des facteurs tout aussi importants.

Nous décrivons dans ce sous-chapitre le concept de « masculinité hégémonique » et la manière dont il se matérialise dans un milieu où les hommes se retrouvent dans une situation d'homosocialité non choisie. Ils se voient ainsi contraints à se soumettre aux hiérarchies carcérales et cela provoque un dilemme plus fort encore chez ceux qui ont particularité physique ou mentale.

8.1.1. Définir la masculinité hégémonique

« Parler des prisons revient généralement à les considérer, selon le tropisme masculin, comme des institutions masculines »⁶⁰⁹ dit Corinne Rostaing. Elle continue ainsi : « les prisons sont pensées par les hommes et faites pour eux »⁶¹⁰. Selon l'auteure, l'incarcération des hommes et des femmes sont fortement différenciées :

« Les organisations sont « genrées », c'est-à-dire non neutres du point de vue des identités sexuées ; elles s'appuient sur des conceptions codifiées du masculin et du féminin et elles contribuent ainsi à reproduire des inégalités de genre. »⁶¹¹

Comme le montre Carolyn Newton⁶¹², dans un article précurseur qui propose de lier les études de genre à la sociologie de la prison pour hommes, le masculin étant considéré comme

⁶⁰⁹ ROSTAING, C. Une monographie stimulante sur une prison masculine. In : SYKES, G. *La société des captifs*, KAMINSKI, D. ; MARY, Ph. (éds), 2019, p.70 ; Dans les pays anglo-saxons le système judiciaire et pénitentiaire tiennent de plus en plus compte du genre : « genre responsive penalty »

⁶¹⁰ *Ibid.*, p.71.

⁶¹¹ *Ibid.*, p.71.

⁶¹² NEWTON, C. Gender theory and prison sociology : Using theories of masculinities to interpret the sociology of prisons for men. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 1994, vol. 33, no 3, p. 193-202.

« neutre », « universel », et « référent », la variable du genre n'était pas initialement étudiée dans cet univers. Or, selon l'auteure, « *la sociologie de la prison est mieux comprise lorsque le genre est problématisé* »⁶¹³. Comme elle le constate, puis un grand nombre de chercheur.e.s après elle, un certain nombre de dimensions structurant les prisons pour hommes, telles que la solidarité entre hommes, le code du prisonnier et les hiérarchies carcérales, sont en fait des dimensions caractéristiques de la « *masculinité hégémonique* » et même un résultat de celle-ci⁶¹⁴.

La théorie de Raewyn Connell de la masculinité hégémonique est une théorie qui permet de comprendre comment les structures sociales sont vécues et exprimées différemment selon une multitude de « *féminités* » et de « *masculinités* ». Ce modèle ne se réduit pas à une opposition entre féminin et masculin mais montre comment ces oppositions opèrent au sein des deux groupes. Si la masculinité hégémonique est caractéristique « *d'une virilité bourgeoise, hétérosexuelle et blanche* »⁶¹⁵, les autres hommes – issus des minorités ethniques, homosexuels, ayant un faible niveau d'études, pauvres ou malades – sont assignés aux positions marginalisées et subalternes. Ils sont mesurés à l'aune des valeurs liées à l'autonomie, le charisme, à la maîtrise corporelle, technique et oratoire mais aussi à la capacité de s'imposer aux autres⁶¹⁶. La prison, peuplée d'hommes très peu représentatifs de la masculinité hégémonique, devient un miroir qui reflète cet idéal de rapports de pouvoir et d'hiérarchisations. Elle est donc un lieu très propice pour l'étude des masculinités car elle renforce et exacerbe ses traits caractéristiques.

Au contraire, selon certains auteurs venant des *Disability studies*⁶¹⁷, le handicap a la force de supplanter tous les autres ressorts identitaires, notamment le genre. Les personnes apparaissent comme asexuées et les attributs de leur genre leur sont déniés. Ceci semble d'autant plus vrai que le masculin comme « *idéologie de l'homme autonome* » s'oppose au handicap, vu comme une forme de dépendance⁶¹⁸. Selon Tom Shakespeare, handicap et féminité sont deux phénomènes qui s'affirment l'un l'autre par ce qu'ils supposent de dépendance, tandis que

⁶¹³ *Ibid.*, p. 194.

⁶¹⁴ *Ibid.*, p. 195.

⁶¹⁵ CONNELL, R., 2014, *Op. cit.*, p. 233.

⁶¹⁶ *Ibid.*

⁶¹⁷ GERSCHICK, T.J., MILLER, A.S. Coming To Terms : Masculinity and Physical Disability, In : KIMMEL, M.S., MESSNER, M.A. (Eds), *Men's Lives*. New York : Macmillan, 1995, p. 262–275. ; SHAKESPEARE, T. The Sexual Politics of Disabled Masculinity. *Sexuality and Disability* 1999/No. 17, p. 53–64 ; SHUTTLEWORTH, R., WEDGWOOD, N., WILSON, N.J. The Dilemma of Disabled Masculinity. *Men and Masculinities*, 2012/No.15, p. 174–194.

⁶¹⁸ *Ibid.*

handicap et masculinité ne cessent de s'opposer⁶¹⁹. Il cite alors Connell : « *La constitution de la masculinité par la performance corporelle signifie que le genre est vulnérable lorsque la performance ne peut être maintenue - par exemple, à la suite d'un handicap physique.* »⁶²⁰

Encadré 7 Qu'est-ce que la masculinité hégémonique ?

Le concept de masculinité hégémonique a été proposé il y a 25 ans par la sociologue australienne Raewyn Connell. Il est tiré de recherches empiriques qui étudiaient les inégalités en milieu scolaire (*Making the Difference*, 1982) ou ouvrier (*Ruling Class, Ruling Culture*, 1977). Dans les années 80, elle proposera le concept de masculinité hégémonique, à la suite de ses ouvrages sur les liens entre le genre et la classe sociale (*Gender and Power*, 1987) et sur la construction du corps masculin (*An iron man : The body and some contradictions of hegemonic masculinity*, 1990). En 1995 elle publie « *Masculinities* » où elle définit le concept de masculinité hégémonique : « *Ce concept vise à analyser les processus de hiérarchisation, de normalisation et de marginalisation des masculinités, par lesquels certaines catégories d'hommes imposent, à travers un travail sur eux-mêmes et sur les autres, leur domination aux femmes, mais également à d'autres catégories d'hommes.* » Cet ouvrage gagne une grande popularité et devient incontournable dans les études de genre, notamment les *men's studies*.

Le concept de masculinité est forgé à partir de nombreuses études et collaborations, qui mêlent théorie critique, psychanalyse et études empiriques. Il est rapidement repris et utilisé dans les recherches empiriques. Mais il est aussi critiqué, amendé, modifié. L'intérêt de ce concept réside dans le fait que le masculin n'est plus vu à partir d'une essence identitaire ou des rôles sociaux à jouer. Il n'est pas vu non plus uniquement comme un déterminisme structurel. Il permet, à travers la notion de « *configuration de pratiques* », une vision dynamique et processuelle, qui lie structure et pratiques.

La masculinité hégémonique, même si elle est présente dans une minorité de cas, donne à voir un ordre de genre et la nécessité de correspondre à une norme, parce qu'elle « *implique que les autres hommes se positionnent par rapport à elle* ». Il ne s'agit pas d'un groupe établi d'homme mais plutôt d'un *ordre de genre* en cours dans la société. A l'opposé de la *masculinité hégémonique* se trouvent les *masculinités subordonnées*, ne correspondant pas à la norme véhiculée. Connell donne comme exemple les hommes homosexuels ou les personnes ayant un handicap physique. Il y a ensuite les *masculinités complices* qui bénéficient des privilèges du patriarcat sans forcément y contribuer. Et enfin, les *masculinités marginalisées* se présentent comme celles de certains hommes des classes sociales dominées qui présentent les attributs de la masculinité hégémonique mais n'ont pas l'autorité sociale qui la caractérise. Les criminels et les prisonniers peuvent en faire partie.

⁶¹⁹ SHAKESPEARE, T. 1999, *Op. cit.*, p. 57.

⁶²⁰ *Ibid.*, p. 57.

Pourquoi et comment le concept de masculinité s'est imposé comme une dimension à analyser dans le cadre de la recherche présentée ici ? En effet, elle s'est imposée, car, initialement, elle n'avait pas été envisagée comme un analyseur des trajectoires. Comme déjà évoqué, c'est par le biais de la présentation de soi et de la mise en scène de la vie quotidienne que les détenus ont donné à voir l'importance de la masculinité.

Ainsi, pendant la période de terrain, nous avons été surpris de constater la difficulté des hommes de parler d'eux en termes de handicap, alors même que souvent ce sont eux qui sollicitaient les entretiens. Tout en reconnaissant une maladie ou un trouble, ils cherchaient à les nier.

Le rejet de la faiblesse ou de la vulnérabilité prenait des formes diverses, comme le refus d'évoquer le handicap, évoquer une autre difficulté ou les difficultés d'une autre personne. Ainsi, il a fallu déterminer quel statut donner à tous les récits, plus au moins proches de la réalité, comme le reconnaîtront certains.

Quelle place, dans des entretiens qui traitent du handicap en prison, peuvent avoir les récits insistant sur les conquêtes féminines même en prison, l'argent caché, la famille normale, les « *gros coups* », les épreuves imposées au corps, des repas gargantuesques, les « *prises de bec* » avec l'administration ? Pourquoi une telle insistance sur ces choses sans lien apparent avec la thématique du handicap en prison ? Comment comprendre les entretiens entrecoupés par les hésitations à rester dans la situation de l'entretien ou par l'énervement d'un prisonnier lorsque les mots vulnérabilité ou fragilité sont prononcés à la suite de son récit décrivant un certain nombre de difficultés ?

Outre cette première dimension, certaines situations observées en prison nous laissaient dans une grande difficulté. Comment expliquer le sentiment d'inconfort pendant les demi-journées passées dans une aile aménagée ? En effet, lors de ces visites, nous restions plusieurs heures avec des prisonniers présentant des déficiences motrices sévères, se déplaçant en fauteuil roulant, ne pouvant pas se coucher ou aller aux toilettes seuls, ayant souvent des douleurs physiques fortes. Nous discutons en prenant un café, offert par eux-mêmes ou plutôt par leur auxiliaire, codétenu-aidant.

Ils nous parlaient de douleurs physiques et de difficultés administratives. Parfois ils dévoilaient des stratégies, des envies de vie autonome, avec ou sans une femme. Ils racontaient des exploits, passés et présents, plus au moins avouables. En été, ces discussions étaient menées près de la

fenêtre avec vue sur une des cours de promenade. On y voyait « *parader* », selon le terme d'un des prisonniers des hommes jeunes, musclés, torse nu, le t-shirt posé sur l'épaule, poitrine en avant. Certains détenus commentent leur attitude « *de gosses qui ne connaissent rien à la vraie prison* » et qui « *se croient à la cité* », mais aussi le regret d'être rejetés de cette « *mascarade* ».

Quel était le sens de ces matériaux, enregistrés à leur demande ? Ils semblaient en effet nous renseigner sur l'importance de l'image et du corps dans l'expérience carcérale.

Une question plus théorique est venue s'ajouter ensuite : pourquoi parler de masculinité plutôt que de virilité ?⁶²¹ Parler de virilité en prison fait courir le risque d'une essentialisation des personnes enfermées. De même, on risquerait assez automatiquement d'envisager les personnes présentant un handicap comme manquant de virilité. En effet, ce n'est pas vraiment d'attitudes dont nous aimerions parler mais d'un ordre qui s'impose aux hommes enfermés. Comme le disent les auteurs d'un article introduisant la pensée de Connell :

*« Pointer seulement la masculinité considérée comme trop visible et trop expressive (ou pas assez) a ensuite pour effet d'invisibiliser les masculinités normalisées et donc d'empêcher leur étude. L'étude des « masculinités hégémoniques » consiste inversement à étudier le processus (jamais achevé) d'institutionnalisation de certaines pratiques et représentations de la masculinité. Il s'agit le plus souvent de parler des attributs et caractéristiques visibles et donc naturalisées, liés à la violence et la force physique. »*⁶²²

Nous nous appuyerons sur le concept de masculinité hégémonique pour envisager la prison et le handicap comme des institutions sociales produites par et produisant, au jour le jour, un ordre social. Ce concept permet de rendre compte des liens qui existent entre les institutions sociales, le vécu des prisonniers, leurs pratiques quotidiennes et l'image qu'ils cherchent à donner lors des entretiens. En effet, si Connell propose d'envisager d'abord des liens entre le genre, la classe et la race, elle met au centre de ses recherches la construction du corps. En ce sens, cette approche peut être mobilisée dans le cas du handicap, cette notion renvoyant à un corps diminué, faisant de cette masculinité, une masculinité subordonnée.

⁶²¹ RIVOAL, H. Virilité ou masculinité ? L'usage des concepts et leur portée théorique dans les analyses scientifiques des mondes masculins. *Travailler*, 2017/no 2, p. 141-159.

⁶²² GOURARIER, M., REBUCINI, G., et VÖRÖS, F. Penser l'hégémonie. *Genre, sexualité & société* [En ligne], 13 | Printemps 2015, par. 4, mis en ligne le 01 juin 2015, consulté le 4 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/gss/3530>

8.1.2. Une « homosocialité » contrainte

L'homosocialité en prison est considérée comme une des composantes de la peine. Elle décrit le fait de se retrouver essentiellement entre personnes du même sexe et ce, dans l'intimité et de manière prolongée. En dehors de la prison l'homosocialité est étudiée comme le choix d'une sociabilité entre personnes du même sexe sans connotation sexuelle ni érotique. Au contraire, cette sociabilité entre hommes semble renforcer les rapports de domination, le masculin et le viril étant valorisés en infériorisant tout ce qui relève du féminin.

L'homosocialité non choisie oblige les hommes à donner des preuves constantes de leur conformité aux représentations dominantes relatives au genre masculin, par leur corps, leur imaginaire et leur comportement.

La peine, avec tout ce qu'elle comporte d'isolement, de dépendance, de privations et de sentiment d'indignité, oblige les détenus à développer des positionnements identitaires autour du corps, puisqu'en fin de compte c'est l'enjeu central de la peine. En effet, comme le disent certain.e.s auteur.e.s :

« Construire en prison un corps, et plus globalement un rapport au corps, puissant, volumineux, robuste, musclé ou d'une certaine manière, viril, s'inscrit au cœur d'enjeux identitaires pour des détenus cherchant à (re)conquérir une masculinité menacée par la peine, l'isolement, les privations et l'homosociabilité imposés. »⁶²³

En effet, tous les aspects de l'expérience carcérale menacent une certaine idée de « la masculinité », caractérisée par l'autonomie, la maîtrise de son environnement, la posture de dominant, les relations hétérosexuelles et, éventuellement, la paternité⁶²⁴. Étant privé de tous ces aspects sociaux, le seul véhicule restant de la masculinité est le corps et ses usages⁶²⁵. La prison devient le lieu par excellence pour étudier les manifestations d'une certaine forme de masculinité⁶²⁶.

⁶²³ SEMPE, G., BODIN, D. Homo-sociabilité et (auto)exclusion en prison pour hommes. Usages sociaux du sport et division de l'espace. *Espaces et sociétés*, 2015/vol. 162, no. 3, p. 79.

⁶²⁴ MICHALSKI, J- H. Status hierarchies and hegemonic masculinity : A general theory of prison violence. *British Journal of Criminology*, 2015, vol. 57, no 1, p. 40-60.

⁶²⁵ BOLTANSKI, L. Les usages sociaux du corps. *Annales. Economies, sociétés, civilisations*. 1971, p. 205-233.

⁶²⁶ SEYMOUR, K. Imprisoning masculinity. *Sexuality and Culture*, 2003, vol. 7, no 4, p. 27-55.

Les prisons en France comptent parmi les derniers bastions de la non-mixité, hommes et femmes détenu.e.s étant séparé.e.s. La surreprésentation statistique des hommes en prison⁶²⁷ à laquelle s'adjoit l'image de virilité⁶²⁸, occultent les autres types de populations incarcérées – femmes, mineurs, personnes « âgées », personnes homo ou transsexuelles, ou ayant des particularités physiques ou mentales. Toutes ces populations deviennent des populations « spécifiques », puisqu'elles sont à distance des représentations du détenu ordinaire. Ce terme désigne donc tous ceux qui s'écartent à la fois des statistiques et des représentations de la virilité.

Les prisonniers rencontrés nous évoquent régulièrement les fictions cinématographiques et les romans qui les ont construits⁶²⁹ – « *Le parrain* » d'abord, mais aussi « *Le Corse* », « *Papillon* », « *Midnight express* », « *tout ce qu'il y avait sur les mauvais garçons* », et « *le rap aussi, beaucoup* ». Ils évoquent des grandes figures de la criminalité et commentent « *Faites entrer l'accusé* ». Même si parfois ils regrettent ces influences, ils donnent des indications sur les figures constitutives d'un imaginaire commun.

Au-delà de ces figures relevant d'un imaginaire collectif, les conditions matérielles de l'univers carcéral font apparaître des rapports sociaux comme de la « *sur-virilité* »⁶³⁰. Elle n'est pas inhérente aux personnes incarcérées, mais le résultat des conditions carcérales. En effet, les prisons françaises étant non-mixtes et même si les professions pénitentiaires se féminisent, une grande partie des intervenants dans les établissements pour hommes restent des hommes. Ainsi, en prison « *s'y concentrent et s'y épanouissent des valeurs masculines partagées par détenus et surveillants. [...] ces valeurs reposent sur une semblable dévalorisation des femmes et de leur corps.* »⁶³¹ Au-delà des surveillantes et des métiers féminins comme dans le travail social, la santé et l'enseignement les prisonniers ont peu de possibilité d'entrer en contact avec des femmes. Ainsi :

⁶²⁷ Au 31 octobre 2019, les femmes représentent 3,5% de la population incarcérée. Voir « Les chiffres clés de l'Administration pénitentiaire » sur le site internet du Ministère de la Justice.

⁶²⁸ Le criminel faisant partie des grandes catégories de la virilité selon CORBIN, A., COURTINE, J-J., VIGARELLO, G. *Histoire de la virilité*. Paris : Seuil, 2011.

⁶²⁹ Il est intéressant de noter que malgré un très grand nombre de fictions contemporaines traitant de la criminalité ou de la prison, en entretien sont évoqués seulement « les classiques ».

⁶³⁰ BESSIN, M., LECHIEN, M-H. *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Paris : EHESS, 2000.

⁶³¹ MALOCHET, G. Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance des prisons pour hommes. *Sociétés contemporaines*, 2005, no 59-60, p. 199.

« Comme dans d'autres institutions totales et non mixtes, la vie entre hommes pousse toute la population carcérale à se donner à elle-même les preuves de sa virilité et participe à l'imprégnation des rôles sexués. »⁶³²

Même la présence de femmes parmi les professionnel.le.s, notamment des surveillantes, n'arrive pas à gommer les effets de l'homosocialité. Elle la renforce même, parce qu'elle leur :

« [...] rappelle constamment [aux détenus] leur absence d'accès aux rapports hétérosexuels, en particulier pour les condamnés qui ne bénéficient ni de parloirs avec une compagne, ni de permissions de sortie. »⁶³³

Dans les faits, cela peut même susciter des réactions violentes. Comme nous pouvons le voir dans cet extrait d'entretien où un condamné désigné comme ayant des troubles du comportement explique la raison de son dernier compte-rendu d'incident :

« La dernière fois, c'est une surveillante, ils disent je l'ai agressée, oui, je l'ai agressée. Elle me sourit, une fois, deux fois, elle cherche à me chauffer ?! [Hausse le ton, avec indignation]. Elle pense quoi, je suis détenu, j'ai plus de parloirs, ça ne va pas avec ma copine, c'est facile pour elle de chauffer les mecs. Bon, le chef me dit, c'est la politesse le sourire, tu préfères des surveillants, ils te bousculent, ils te parlent mal et tout ? Je lui fais : ouais, ouais, je préfère, comme ça je suis tranquille. » (Ammari, 47 ans, Centre de détention, peine de 6 ans)

Ainsi, le manque de relations entre les deux sexes semble contribuer à l'exacerbation des traits virils, liés à l'agressivité et la brutalité. « L'intrusion » de femmes avec ce que cela suppose d'ambiguïté dérange certains prisonniers. Ils sont « tranquilles » lorsqu'il faut agir d'une manière connue et routinière, bien qu'elle implique de rudesse. Cela peut être une clé pour comprendre le refus de certains détenus de discuter avec une surveillante, fût-elle la cheffe de bâtiment. Le refus d'un certain nombre de prisonniers à mobilité réduite d'être aidés par une femme aide-soignante renvoie à cette même dimension. Dans de telles situations, les professionnel.le.s interprètent et donnent comme explication la nature du crime et ce qu'il dit du « rapport aux femmes » du prisonnier. Or, on pourrait envisager qu'il s'agisse plutôt d'une fragilité en lien avec la manière dont le détenu cherche à exprimer sa masculinité. En effet, si

⁶³² BESSIN, M., LECHIEN, M.-H., Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, XXXII, 2002, p. 75.

⁶³³ RICORDEAU, G. ; MILHAUD, O. Prisons, *Géographie et cultures* [En ligne], 83 | 2012, p. 6, mis en ligne le 19 avril 2013, consulté le 04 novembre 2019. <http://journals.openedition.org/gc/2056>

ces mêmes prisonniers valorisent les contacts avec une directrice, une médecin ou infirmière en mettant en avant leurs compétences et donc leur statut, ils rejettent souvent violemment la possibilité d'être dépendants de femmes dont ils doutent des compétences, ayant des métiers socialement dévalorisés.

8.1.3. Des hiérarchies carcérales sous-tendues par des valeurs masculines

On peut supposer que les violences en prison, au-delà de leur aspect défensif et non maîtrisé, ont un but expressif et volontaire – performer son identité d'homme. Michalski, se basant sur la théorie de l'habitus de Bourdieu, affirme dans son article⁶³⁴ que dans un endroit où l'on est privé de l'expression de tous les capitaux sociaux, le statut manifesté par la réputation devient la seule ressource identitaire. Et son vecteur est la violence.

Les hommes se voient obligés à performer au quotidien leur masculinité, en l'exposant, en la mettant en scène, en la maintenant et en la défendant. Privés d'autres moyens, c'est par la violence qu'ils cherchent une issue ou comme le disait Pélissier, un détenu : « *je n'avais que mes poings* ».

L'exemple suivant, tiré du journal de terrain est éclairant :

Extrait du journal de terrain « *Obligé de répondre* »

Mai 2016, Centre pénitentiaire.

J'attends le lieutenant X pour un entretien. Il n'est pas encore là mais comme le surveillant me connaît, il me laisse dans le couloir près de son bureau. Un incident semble s'être produit dans la cour de promenade. Le lieutenant, accompagné d'au moins cinq surveillants, arrive. Ils traînent un détenu qui se tortille de colère et qui crie « *Je vais le tuer, je vais le tuer* ». Le lieutenant me dit qu'il va gérer rapidement la situation. Ils s'installent dans un bureau où une discussion avec le détenu est engagée. Même si la porte est fermée, on entend le prisonnier argumenter : « *Il a dit que j'étais un petit dealeur, un dealeur de merde. Que j'avais bossé pour des mecs. Quoi !!! Moi !!! Je ne suis pas un petit, je ne suis pas un dealeur de merde. Il ne connaît rien lui, il connaît pas mes réseaux.* [Des surveillants lui parlent mais on ne comprend pas] *Mais, je peux pas le laisser moi, je peux pas le laisser dire ça. [...]* *C'est pas possible, c'est pas possible, il me dit ça dans la cour, y a tout le monde, c'est obligé de répondre. [...]* *Ouais, ouais, [plus calme] s'il faut aller au mitard, je passe au mitard, on sait que*

⁶³⁴ MICHALSKI, J. H. 2015, *Op. cit.*

je ne suis pas un petit... » Plus tard, dans l'entretien avec lieutenant qui porte sur les troubles du comportement en prison, nous abordons l'incident dans lequel le prisonnier que nous avons vu s'en serait pris violemment à un autre. Il dit : « Les mecs comme, tout à l'heure, c'est facile, avec eux on sait comment faire, c'est juste des imbéciles qui ne connaissent que la violence, c'est leur langage, ils sont nés dedans. Il vient d'arriver, il a une place à se faire. Lui, il connaît bien la prison mais bon, à chaque fois... Ce qui est plus compliqué, c'est avec les gens où t'as aucune prise, tu ne sais pas comment leur parler. Celui que vous avez vu, il sait à qui s'attaquer, il va faire son mitard et c'est bon. Mais, y en a, chef, pas chef, tout le monde y passe, ils s'en fichent. Et même, s'ils sont reconnus irresponsables, ils ne vont même pas au mitard. »

Dans un lieu où prévaut la convention *en renommée*, comme nous l'avons vu en deuxième partie, le capital réputationnel se bâtit constamment. Ce capital implique toujours le corps, dans la représentation, l'affrontement et la sanction. Il ne semble pas possible d'y échapper. C'est un impératif moral (« *obligé de répondre* ») au risque de se voir attribuer un statut inférieur. Accepter d'être « *traité* » de « *petit* » dealeur, en plus en début de peine, aurait eu des conséquences tragiques pour la suite de la détention.

Le détenu risquerait d'être exclu de l'économie morale carcérale, comme ceux qui « *s'en fichent* » et ne vont même pas au mitard. Pour le lieutenant, cette situation paraît évidente et « *naturelle* » à la prison et surtout des « *milieus* » d'où sont issus ces prisonniers. Si pour le prisonnier, sa réaction est censée le placer plus haut dans la hiérarchie carcérale, pour le lieutenant et la cheffe du bâtiment (qui se joint à nous au cours de l'entretien), l'interprétation n'est pas la même.

Il a gardé, selon eux, « *sa mentalité de détenu* » et l'affrontement est le signe qu'il « *n'est pas prêt à changer le marché* »⁶³⁵. Ils expliquent que leur travail n'est pas de répondre par le même type de violence, mais plutôt de montrer les règles « *sans entrer dans leur jeu* ». Pour cela, une attitude trop pédante, trop sévère n'est pas préconisée, car elle incite les prisonniers « *à se comporter comme ils savent le faire et là où ils sont forts*. » Et ce genre d'attitude, qui ne permet pas aux détenus de changer de comportement, est attribuée aux jeunes surveillantes et non aux surveillants, même lorsqu'ils sont en début de carrière.

L'économie des grandeurs en prison se fonde sur la maîtrise de soi. Que ce soit chez les professionnels ou les détenus, cette qualité vient concurrencer la violence, tout en sachant que

⁶³⁵ S'entend de changer d'activité, sortir de la délinquance.

cette économie des grandeurs varie selon les établissements. Dans un entretien, une cheffe d'établissement nous explique :

« Ça dépend des établissements tout ça. Par exemple, ici [un centre de détention spécialisé dans la prise en charge des prisonniers condamnés pour des délits et crimes sexuels], j'ai beaucoup de vieux, beaucoup de profils atypiques, pour la prison je veux dire. Donc c'est assez calme. Mais dès que j'ai un jeune, un peu plus ... qui fait son malin, il cherche à faire le caïd. Parce qu'ici c'est facile, avec des papys. Ce même jeune, on sait que si on le met dans un autre établissement, dans une maison d'arrêt, il devient la victime, il se prend des baffes tout de suite. Les hiérarchies, les profils en prison... Ce n'est pas si clair en fait. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

Les rivalités nourrissent les comportements de défiance, d'opposition et d'agressivité. Les hiérarchies carcérales renvoient à celles reprises par les chercheurs en sciences sociales : le crime guide la catégorisation. Le « *politique* » et le braqueur se retrouvent tout en haut pour laisser le délinquant sexuel et éventuellement le consommateur de drogues tout en bas. D'autres études reprennent ces hiérarchies à travers l'expérience carcérale. Ainsi, le criminel du milieu devient le « *mec bien* » et le délinquant sexuel, le « *sale type* ».

Ces catégorisations sont toujours agissantes. Nous avons entendu maintes fois des prisonniers se dire ou dire de quelqu'un « *un mec bien* » et se défendre d'être « *un sale type* ». Ainsi, un certain nombre de prisonniers, comme nous l'avons déjà évoqué, se retrouvent dans les unités pour malades réputées accueillir des délinquants sexuels, catégorie criminelle la moins réputée de l'univers carcéral.

Pour autant, Léonore Le Caisne suggère que ces hiérarchies ne sont pas une réalité en soi mais des repères mobilisés par les détenus :

« Si les valeurs que nous avons trouvées à la maison centrale de Poissy sont bien celles dégagées par les sociologues anglo-saxons dans leurs études sur la « communauté des détenus », elles sont plus des repères qui permettent aux condamnés de construire leurs rapports sociaux selon les contraintes de la situation que des prescriptions. Contrairement aux rôles sociaux, les figures définissent moins des identités qu'elles ne sont des références à l'intersection desquelles les détenus tentent de construire leur

identité morale, qui n'est finalement qu'une identité sociale reposant sur un système de classement ordinaire appauvri. »⁶³⁶

Ainsi, lorsque nous évoquons les hiérarchies carcérales, nous prenons en compte plusieurs dimensions. Un prisonnier nous le dit clairement un jour :

« Les « pointeurs », on dit qu'ils ne sont pas acceptés en prison. C'est vrai en parole. Peut-être en maison d'arrêt, un peu plus, où les gens sont chauds encore. Mais ça dépend. Ça dépend de beaucoup de choses. Si c'est un pauv'type oui, il n'est pas accepté, il va être victime, mais si le mec travaille en cuisine. Ah ! ça change tout. Il a pu s'arranger pour travailler en cuisine déjà. Et après, il peut te trouver des choses. D'un coup, que le mec a violé des gamines, t'oublies. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Il apparaît dans les entretiens avec les détenus une autre hiérarchie, qui ne remplace pas les précédentes mais qui semble les modifier. Dans cette nouvelle hiérarchie, une importance primordiale est accordée au corps et son rapport à l'espace.

Il est mis en scène à tous les moments de la vie carcérale : la force physique et les muscles sont seulement les avatars les plus visibles. Dans la lutte engagée pour prendre une place, il faut être propre, « toujours bien rasé », avoir des vêtements de marque ou tendance, avoir la démarche appropriée, c'est-à-dire « marcher la tête haute, sinon on te calcule pas », et surtout « ne pas raser les murs », avoir la poignée de main ferme « sinon, pour eux tu leur manques de respect », et enfin défendre sa réputation en étant « obligé de répondre ». Moins visible immédiatement, avoir un travail valorisé ou avoir la clé de sa cellule permet d'accéder à des espaces inaccessibles pour d'autres, vient gommer ou du moins désactiver l'action de certains stigmates, en fonction des circonstances et des interactions.

Avoir une place-clé dans le système d'interdépendances carcérales signifie une maîtrise de soi et, de manière relative, de son environnement. La hiérarchie morale où l'on classe par type d'infraction est revue donc par une autre hiérarchie, le degré d'autonomie possible, donnant lieu, nous pouvons aisément l'imaginer, à une infériorisation supplémentaire des détenus qui apparaissent comme dépendants, cela étant souvent dû à une déficience. L'autonomie étant vue comme une qualité typiquement masculine et demandée en priorité aux hommes, il s'agit d'un

⁶³⁶ LE CAISNE, L. L'économie des valeurs distinction et classement en milieu carcéral. *L'Année sociologique*, 2004, vol. 54, no 2, p. 535.

classement qui implique le genre. Le détenu qui, malgré des pratiques sexuelles peu acceptées, arrive à mettre en place des stratégies rationnelles et autonomes, lui assurant un statut, est considéré comme supérieur.

Professionnel.le.s et prisonniers, partageant facilement les histoires relatives aux classements qu'ils/elle produisent, sont peu loquaces sur ce type de hiérarchie. Elle apparaît d'une telle évidence qu'elle n'est ni interrogée ni racontée. Mais elle semble agir constamment, comme un « *arrière-plan* » au sens entendu par Garfinkel⁶³⁷. Cela est palpable dans l'extrait de journal de terrain qui suit :

Extrait du journal de terrain « *Les métiers féminins comme dégradation suprême* »

Septembre 2015, Maison centrale.

Je suis arrivée un peu plus tôt pour discuter avec les surveillants avant le début des entretiens avec les détenus. Ils sont très accueillants et nous discutons. A 14 heures, le détenu qui nettoie leurs locaux arrive. Le plus ancien des surveillants me le présente : « *Voici notre « Nafisatou Diallo ».* Ils rient « *il rend presque les mêmes services qu'elle. Pas tous mais il fait bien le ménage* ». Le détenu n'est pas vraiment à l'aise, moi non plus. Le plus jeune surveillant rectifie : « *ce n'est pas vraiment la même chose parce que travailler ici, c'est beaucoup d'avantages* ». Le détenu rebondit et une discussion s'engage sur un autre prisonnier qui aide un codétenu, la conclusion arrive rapidement : « *c'est lui la vraie Nafisatou Diallo* ».

Ainsi, être codétenu aidant, au lieu d'être valorisant, renvoie aux activités féminines subordonnées. Autrement dit, tout ce qui se rattache à la dépendance produit une sorte de contagion faisant du codétenu aidant et du détenu handicapé des êtres infériorisés. En effet, même en prison, le soutien et l'aide renvoient non seulement au féminin, mais aussi au « *sale boulot* »⁶³⁸.

A l'inverse, faire le ménage dans les bureaux des surveillants, qui se trouvent ici à l'extérieur des bâtiments de la détention, renvoie à une forme de masculinité dominante, si ce n'est hégémonique. En effet, les surveillants et leurs bureaux en dehors de la détention sont le signe le plus élevé de la hiérarchie relative à l'autonomie, plaçant le détenu haut dans la hiérarchie

⁶³⁷ GARFINKEL, H. *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.

⁶³⁸ HUGUES E.-C. *Le Regard sociologique, Essais choisis*, Paris : EHESS, 1951, 1996. ; BESSIN, M., LECHIEN, M.-H. Proximité avec le corps malade des détenus. In : FASSIN, D., MEMMI, D. (Eds.) *Le gouvernement des corps*. Paris : Editions de l'EHESS, 2004, p. 207-233.

des pairs, tout en le situant bas dans la hiérarchie des hommes autonomes, puisqu'il reste un détenu.

Ainsi, ce détenu accroît sa réputation. Il peut facilement parler aux chefs et être un élément agissant de la configuration carcérale. Dans le cas du codétenu aidant, le travail vient le confiner et invisibiliser plus encore dans une cellule, où il accomplit une activité considérée comme féminine.

Lorsqu'un prisonnier devient auxiliaire pour des personnes handicapées, « *il faut aimer ça, mais il faut aussi être sûr de soi, quelqu'un qui a fait un crime crapuleux, il ne peut pas faire ce boulot* » (Nicolas, Maison d'arrêt) - nous explique un des trois codétenu-aidants que nous avons rencontrés. En effet, ici, la suspicion d'abuser de la vulnérabilité jette un discrédit important sur les détenus ayant commis des crimes « crapuleux » mais aussi, il faut pouvoir échapper à la contagion morale imputée au prisonnier dépendant. Comme le montrent M. Bessin et M-H. Lechien, être codétenu aidant suppose une position particulière dans « *l'espace des positions carcérales* »⁶³⁹. Position caractérisée par la confiance de la part des surveillant.e.s, qui parlent d'eux comme des « *types bien* » et parfois des autres prisonniers qui les considèrent comme « *courageux* » et les envient pour certains avantages attachés à leur fonction. Ainsi, une hiérarchie se dessine, outre l'amour d'un acte d'aidant, renvoyant encore une fois au féminin.

Une ambivalence peut apparaître dans l'univers carcéral puisqu'un autre détenu aidant explique :

« *Moi, on me l'a déjà dit comme si c'était une insulte, tu travailles avec des gens qui se pissent dessus. Mais moi j'ai ma famille, je veux avoir un métier, je ne suis pas un violeur, je ne suis pas un meurtrier, j'ai pas à avoir honte.* » (Hamid, Maison Centrale)

Les codétenus aidants peuvent se prémunir de la hiérarchie relative à l'autonomie, par l'intermédiaire de la hiérarchie relative au type de peine et à la masculinité hégémonique, telle qu'elle est représentée en prison.

Ainsi, certaines positions sont féminisées et donc infériorisées. Être classé dans les hiérarchies carcérales demande la mise en scène des comportements appropriés qui donnent accès aux positions considérées comme masculines et donc valorisantes. Prisonniers et professionnel.le.s, toujours en opposition, semblent adhérer aux mêmes systèmes de représentations. Les comportements relevant de la masculinité, qu'ils soient transgressifs ou non sont valorisés,

⁶³⁹ BESSIN, M., LECHIEN M-H., 2004, *Op. cit.*, p. 226.

compris et intégrés dans des grilles communes. Parmi les prisonniers rencontrés, ne pouvant ou ne souhaitant pas accéder à ces positions, certains deviennent lucides des raisons de leur disqualification.

Bachir décrit ainsi la participation des détenus à l'ordre pénitentiaire :

« La population pénale, j'ai pris mes distances. Je ne suis pas comme eux. Moi, je lis et je réfléchis, et ça ne passe pas. Je porte plainte et je saisis le juge quand il y a un problème. Je leur dis [aux autres détenus, aux instances de contrôle] « il faut qu'ils respectent nos droits, il y a plein de choses à faire, il faut avoir un projet d'exécution de peine, ici, personne ne sait ce que c'est ». Eux [un geste pour montrer l'endroit où se trouve la détention], ils s'en fichent. Ils passent leur temps à se montrer torse nu en promenade, à se bagarrer et à raconter n'importe quoi, à casser des trucs, jeter des ordures par [ne finit pas] à chercher à avoir une place au travail. Des gens, ils n'ont jamais travaillé dehors. C'est quoi ça à votre avis ? Moi, je dis la prison c'est le syndrome de Stockholm généralisé. Ils font tout ce que 'la pénitentiaire' attend d'eux. Moi, je ne crie pas, je n'ai pas de rapports et je suis pas classé au travail, ça fait des années [Il reconnaît plus tard que c'est principalement sa maladie qui ne lui permet pas de travailler. C'est pour la même raison qu'il n'est pas sanctionné]. Ah, ils se disent antisystème [les autres détenus, secoue la tête d'un air dépité]. Avec leur comportement, ils sont à fond dans le système. » (Bachir, 38 ans, Maison centrale, peine de 20 ans)

Le discours de Bachir nous permet d'avoir un autre point de vue sur les hiérarchies carcérales. Ainsi, ces hiérarchies rendent obligatoires certains comportements permettant de maintenir l'ordre pénitentiaire, par l'intermédiaire d'un *statu quo* identitaire. Dans un tel lieu, être fragile, vulnérable ou faible, c'est-à-dire ne pas correspondre aux codes moraux peut devenir un stigmaté.

Avec notre recherche, en parlant de handicap, nous avons suscité ce discours de hiérarchisation. Souvent, dans les entretiens, les détenus handicapés se retrouvent catégorisés avec d'autres groupes tenus pour socialement inférieurs – transsexuels, délinquants sexuels, toxicomanes, indigents – tous ceux dont la condition se rapproche d'une position sociale de dominé, une position subordonnée.

Le système carcéral produit ainsi une frontière entre ceux capables de participer à l'économie morale de la prison et ceux ayant des statuts inférieurs et dégradés. Finalement, envisager la

prison par le biais du handicap permet de se rendre compte que la plupart des systèmes de classification visent à produire différentes catégories de « vulnérables », comme nous l'avons évoqué dans la deuxième partie, montrant ainsi que détenus et professionnel.le.s partagent une vision commune de la prison :

« Directrice : La première chose à faire pour nous, c'est déjà de voir si c'est une personne qui est vulnérable ou que c'est quelqu'un qui peut gérer sa détention. Autonome peut-être pas, mais qui pourra se débrouiller. Mais attention, quand je dis vulnérable, ce n'est pas handicapé, hein. On peut mettre les fous, les super fragiles, les AICS [auteur d'infraction à caractère sexuel], les atypiques genre anciens flics ou, sinon homosexuels, ou les vieux.

Question : est-ce qu'une personne que vous considérez comme handicapée se retrouve obligatoirement dans le groupe des vulnérables ?

Directrice : Obligatoirement, oui. Si la maladie est connue, si c'est visible, oui. Pour les cas psychiatriques, ça met un peu de temps avant de se rendre compte. Mais dès que c'est connu, on considère comme vulnérable. Même si c'est une personne qui est depuis longtemps en prison, qui connaît bien. Il y a des détenus, on peut les considérer même comme dangereux et comme vulnérables.

Question : Comment faites-vous cette séparation ?

Directrice : Un détenu va être vulnérable quand, pour une raison quelconque, de médicaments ou de protection ou de surveillance, il est dépendant. Il est plus dépendant que les autres. Et on ne peut pas trop prévoir son comportement. C'est comme ça, en gros, la séparation. » (Directrice adjointe, Maison centrale)

Une différence physiologique, dès qu'elle est connue, devient donc un motif de classement pénitentiaire. La catégorie de vulnérable n'exclut nullement la dangerosité. C'est ainsi qu'interviennent en plus deux facteurs qui doivent agir conjointement, l'imprévisibilité et la dépendance, pour que le tableau de la vulnérabilité carcérale soit complet. Il n'est dès lors guère étonnant que les valeurs les plus prisées par les détenus relèvent de la maîtrise de soi et de l'autonomie. Ces deux valeurs permettant en théorie, l'octroi de places donnant lieu à des avantages valorisés par l'univers carcéral. Or, le handicap renvoie systématiquement, dans les discours, au manque de maîtrise (« les gens qui se pissent dessus », selon certains détenus), à

l'impévisibilité (« *ne savent pas ce qu'ils font* »), notamment pour les « *cas psychiatriques* » ou à la dépendance.

Une ligne de séparation se dessine entre détenus légitimes, parce que légitimant l'ordre pénitentiaire, et ceux qui ne le sont pas. Ces derniers, au contraire, troublent l'ordre et l'obligent à trouver de nouvelles manières d'agir. Cette ligne de séparation est dictée par de nouvelles lois et les normes qui cherchent à protéger certaines populations. Ainsi se dessine une frontière morale, imposée par le droit et réactualisée dans le quotidien de la prison.

8.1.4. Handicap, prison et dilemme identitaire

Comme déjà évoqué, des études anglo-saxonnes suggèrent que le handicap provoque un dilemme identitaire plus fort chez les hommes que chez les femmes⁶⁴⁰. Les effets d'une déficience étant vus comme faiblesse et manque d'autonomie, ils mettent à distance *de facto* de la masculinité hégémonique, sans possibilité de renégocier l'identité, ces catégories étant biologisées et donc naturalisées. Les chercheurs venant des études sur le handicap suggèrent même un conflit idéologique entre masculinité et handicap. En effet, la vision médicale, toujours largement répandue dans la société, se constitue autour du lien entre déficience et le manque, la faiblesse, la maladie, la dépendance et l'incapacité alors qu'une idéologie masculine promeut l'autonomie, un corps et un esprit tant sains que capables.

D'autres chercheurs mettent en évidence les angoisses éprouvées par les hommes lorsqu'ils doivent contracter des relations de soin : « *Un sentiment d'être émasculé, ne pas vouloir être un fardeau pour les autres, frustration face aux perceptions d'impuissance.* »⁶⁴¹ Ces mêmes chercheurs appellent à des études qui approfondissent la complexité des liens entre les différentes visions de masculinité et les différents types de handicap⁶⁴².

⁶⁴⁰ SHUTTLEWORTH, R., WEDGWOOD, N., WILSON, N.J. 2012, *Op. cit.*

Une revue de la littérature brève et très concise est à trouver sur le site URL : <https://masculinities101.com/2014/04/28/conflicting-ideologies-converging-identities-the-masculinity-disability-dilemma>.

⁶⁴¹ BARRETT, T. Disabled masculinities : A review and suggestions for further research. *Masculinities & Social Change*, 2014, vol. 3, no 1, p. 37.

⁶⁴² SHUTTLEWORTH, R., WEDGWOOD, N., WILSON, N.J. 2012, *Op. cit*

La prison garde des rapports plus évidents avec la masculinité. Mettre en scène son identité d'homme étant à la fois impossible et obligatoire. Le dilemme de l'homme handicapé en prison est d'autant plus renforcé par le fait de se trouver à l'intersection de plusieurs statuts, qui ont pour caractéristiques d'être économiquement et/ou culturellement dominés :

- Ce sont des « *homme[s] venant des milieux défavorisés* » qui se caractérisent par « *une quête personnelle de dignité* »⁶⁴³, repérable dans les attitudes de défiance et d'opposition. Ainsi, Péliissier le répète souvent : « *C'était comme ça, Madame, c'était avec les poings, c'est ce qu'on a appris. On a toujours vu les oncles, les cousins, on a toujours vu les poings et les bagarres. C'est comme ça, on nous a appris qu'il faut toujours se battre si on veut qu'on nous respecte.* »
- De *prisonnier* et donc vivant une situation de domination extrême dans un environnement qui tend à « *émasculer* »⁶⁴⁴ puisqu'il prive de tous les supports externes permettant de prouver l'appartenance au masculin. Il s'agit dès lors de rendre immédiatement visible les signes corporels de virilité. En effet, les « *sources de virilisation sont très rares en prison et souvent limitées au corps et au comportement* »⁶⁴⁵ ;
- De *criminel* incarnant une des grandes figures de la virilité⁶⁴⁶. Cependant, il s'agit d'une virilité effrayante qui le rapproche du marginal et l'exclut ;
- De *handicapé*, c'est-à-dire une position potentiellement stigmatisante dans tous les milieux⁶⁴⁷, donnant lieu à des droits et suscitant des réactions de compassion.

Des chercheurs anglo-saxons ont considéré que l'idéal de masculinité est au centre de la définition carcérale de la vulnérabilité⁶⁴⁸. Nous pouvons ajouter qu'il contribue ainsi à produire dans le quotidien la relation masculinité/vulnérabilité. Ils se sont ainsi saisis des différentes

⁶⁴³ BOURGOIS, Ph. *En quête de respect : Le crack à New York*. Paris : Le Seuil, 2013, p. 37.

⁶⁴⁴ BUTLER, J. *Troubles dans le genre*, Paris : La Découverte, 2005.

⁶⁴⁵ BESSIN, M., LECHIEN, M-H. 2000, *Op. cit.*

⁶⁴⁶ CORBIN, A., COURTINE, J-J., VIGARELLO, G. *Histoire de la virilité*. Paris : Seuil, 2011.

⁶⁴⁷ EVANS, T., WALLACE, P. A prison within a prison? The masculinity narratives of male prisoners. *Men and Masculinities*, 2008, vol. 10, no 4, p. 484-507.

⁶⁴⁸ RICCIARDELLI, R., MAIER, K., HANNAH-MOFFAT, K. Strategic masculinities: Vulnerabilities, risk and the production of prison masculinities. *Theoretical Criminology*, 2015, vol. 19, no 4, p. 491-513.

manières d'envisager la vulnérabilité en prison. L'équipe de Ricciardelli a interviewé des prisonniers sur la vulnérabilité physique et émotionnelle, sans que cette vulnérabilité soit visible. Ils ont constaté que les prisonniers vivent dans une grande incertitude qui les rend vulnérables. Cette incertitude est liée à un large éventail de possibilités : avoir des sanctions disciplinaires, être transféré, partager la cellule avec quelqu'un de plus fort qu'eux, perdre les liens avec sa famille, éprouver peur et culpabilité.

Selon les auteurs, leurs manières d'agir est d'exagérer les comportements de « *dur* » et de « *dangereux* ». Comme le dit De Viggiani, dès le titre d'un article, il s'agit d'« *essayer d'être quelqu'un d'autre* »⁶⁴⁹, en se basant sur une recherche avec des prisonniers ayant des problèmes de santé. Il s'agit selon ces auteurs, pour cacher cette vulnérabilité, de jouer et de mettre en scène des comportements et des attitudes masculines.

Les prisonniers que nous avons rencontrés sont marqués par une différence qui rend leur vulnérabilité visible. Certains n'ont pas la possibilité de la cacher, leur capacité de produire des mises en scène est limitée. Or, ils ne laissent que très rarement leur statut d'handicapé prendre le pas. Ils rejouent constamment le dilemme qui les traverse et ne cessent de produire ou de « *faire* »⁶⁵⁰ le genre ou plutôt la masculinité comme position dominante. Il ne s'agit plus seulement de jouer un rôle ou de se mettre en scène mais de vivre en tant qu'homme. Le récit suivant expose la manière de vivre ce dilemme identitaire.

Le dilemme du Monsieur Dunod

Le récit de monsieur Dunod montre la complexité de ce dilemme. Agé de 70 ans, Mr Dunod se déplace en fauteuil roulant et commence à perdre la vue. Avant même de débiter l'entretien il nous prévient « *Nous n'existons pas madame. Ici, dans cette prison nous n'existons pas. Nous ne sommes ni en prison, parce que les autres détenus ne nous considèrent pas, mais nous ne sommes pas en hôpital non plus.* »

Lors de l'entretien, il parlera beaucoup de ses précédentes incarcérations mais jamais de l'infraction. Il laisse tout de même entendre une vie d'aventures et d'argent « *ramassé* », de fréquentations de milieux exotiques. Il a une peine de 30 ans et vient de terminer sa période de

⁶⁴⁹ DE VIGGIANI, N. Trying to be something you are not : Masculine performances within a prison setting. *Men and Masculinities*, 2012, vol. 15, no 3, p. 271-291

⁶⁵⁰ WEST, C., ZIMMERMAN, D., MALBOIS, F. Faire le genre. *Nouvelles questions féministes*, 2009, vol. 28, no 3, p. 34-61.

sureté. Sa présence au sein de la prison est remise en question par l'avancement de sa maladie. Demandant plusieurs interventions médicales quotidiennes, celle-ci est impossible à gérer dans une prison ordinaire, même s'il vit dans une aile aménagée. L'équipe médicale propose une hospitalisation dans l'Etablissement Public de Santé National de Fresnes. Celui-ci a mauvaise presse parmi les détenus, parce que dans certains cas, ce sont les détenus en fin de vie ne pouvant pas obtenir de libération conditionnelle qui y sont envoyés.

Monsieur Dunod refuse d'aller « *dans un mouroir* », d'autant plus que lors d'une intervention chirurgicale dans cet hôpital pénitentiaire, il aurait perdu « *sa masculinité* », un fait toujours difficile « *à avaler* » selon lui.

Cela étant, il demande une suspension de peine pour pouvoir se soigner à l'extérieur. Il se positionne comme quelqu'un de responsable et d'autonome : il sait ce qu'il y a de mieux à faire – se faire amputer les pieds et faire faire des prothèses ; il plaint le personnel médical qui doit effectuer des interventions sur lui tous les jours ; il supporte de grandes souffrances et prend une grande quantité de morphine quotidiennement.

L'opération dont il parle n'est possible que s'il n'est pas incarcéré, mais la suspension de peine n'est apparemment pas envisageable au vu de l'infraction. M. Dunod souhaite que son statut de personne handicapée soit reconnu, tout en revendiquant, lors de l'entretien, son statut de détenu.

Il commence d'ailleurs l'entretien en décrivant les quelques bagarres auxquelles il a récemment participé, « *ils [les prisonniers valides] pensent quand on n'a pas de jambes, on n'a pas de tête ou on a pas de bras* » lance-t-il avec un sourire. Ayant fait toutes les démarches pour avoir une compensation du handicap, il refuse d'être aidé par une femme auxiliaire de vie, ne voulant pas entrer en interaction « *avec une bonne femme qui n'a rien d'intéressant à dire, qui me regarde comme une curiosité* ». Il se plaint des regards qu'il subit dans les couloirs de l'hôpital tout en trouvant normal d'être entravé « *je suis quand même en période de sureté, je suis considéré comme dangereux* », dit-il plusieurs fois avec insistance.

Par ailleurs, lorsqu'il parle de ses visites à l'hôpital, il regrette de se voir transporter dans un brancard à la vue de tous les prisonniers, mais arbore un air satisfait quand il décrit la peur que ses entraves et menottes provoquent auprès des « *pauvres papys et mamies* » à l'hôpital. Au sein de l'aile spécifique où il vit, il a une position de décideur : « *je [ne] voulais plus voir les*

*gens de l'association*⁶⁵¹ mais bon, j'ai demandé qu'ils reviennent pour Vannart, qui est très seul. »

De même, Dunod déclare parfois aider ses codétenus financièrement, dans les démarches administratives ou auprès de l'administration carcérale. Il suit les débats autour des lois pénales et sociales, compte à s'en saisir. Il juge d'autres prisonniers, âgés ou malades comme pouvant rejoindre l'unité et les incite à venir. Par ailleurs, même notre visite semble avoir été préparée par lui. A la réception du courrier il aura invité les autres détenus d'y répondre favorablement.

Par ces attitudes, il semble mettre en scène des formes de caïdat qu'il aurait développées pendant ses précédentes incarcérations. Il semble reproduire, à la hauteur de ce que lui permet sa santé, dans l'unité médicalisée, le système carcéral tel qu'il le connaît. Ainsi, une certaine connivence semble s'être établie entre lui et le détenu aidant. Il protège et défend ses codétenus mais aussi les observe, leur « *parle* » et donne l'impression d'orienter certains de leurs choix.

Le dilemme provoqué par la prison et le handicap semble s'exprimer de manière particulièrement forte pour M. Dunod. Ainsi, il explique ses expériences précédentes : les batailles judiciaires, les postes à responsabilité en prison, les revendications pour obtenir plus de droits, ou bien encore les « *mouvements stratégiques* » qu'il a organisés.

Or, comme il le répète, il a « *perdu sa masculinité* » au cours de cette dernière incarcération. Au début de sa peine, il était « *bien placé* ». Il avait « *un bon travail* », « *courait partout* », vivait dans une 'doublette'⁶⁵², autant de privilèges signes d'un statut supérieur en prison. Au début de sa maladie, on lui propose même de rester dans sa cellule, mais cela lui semble impossible pour plusieurs raisons : il ne se sentait plus à sa place ou comme il le dit « *j'avais perdu mon corps, je ne pouvais pas rester en détention ordinaire* », mais aussi parce qu'il craignait pour sa sécurité, « *c'était pas si évident d'être malade et d'avoir autour que des mecs en pleine forme* ».

Il utilise aussi les moyens pénitentiaires pour manœuvrer. Ceux-ci comportent des actions aussi anodines que parler aux chefs, fournir quelques denrées alimentaires aux prisonniers ayant des postes-clés, mais aussi des activités impliquant fortement son corps malade⁶⁵³ comme les bagarres et les grèves de la faim et de la soif pour obtenir, par exemple, l'aménagement du

⁶⁵¹ Personnes d'une association caritative visitent une fois par semaine l'unité spécifique où il vit. Leurs visites se font comme les visites aux malades, ce qu'une grande partie des bénévoles a déjà fait.

⁶⁵² Cellule double, composée de 14 m2 au lieu de 9m2.

⁶⁵³ Ces activités sont rarement prises au sérieux par l'administration carcérale.

chemin pour aller au parloir. Enfin, même s'il considère être doublement stigmatisé en prison, par sa maladie et par son âge, M. Dunod se dit content que « *la maladie n'est pas arrivée plus jeune* ». Ainsi, pour M. Dunod mais aussi pour pratiquement tous les autres détenus interviewés, l'âge devient une dimension importante pour concilier le dilemme devant lequel ils sont mis.

8.2. Trois expressions de la masculinité selon l'âge et le rapport à la déficience

Pour comprendre comment la masculinité influence l'expérience carcérale des personnes handicapées, structure les rapports sociaux et la manière dont les identités s'expriment, nous avons suivi plusieurs pistes, codé, construit et combiné plusieurs variables. Finalement, nous avons croisé le rapport à la virilité, c'est-à-dire les manières dont les prisonniers cherchaient à nous convaincre de leur masculinité, avec le rapport à la peine et à la prison et le rapport au handicap et plus généralement au corps.

Tableau 7 Trois façon d'expression de la masculinité pour résoudre le dilemme entre identité pénitentiaire et identité de personne handicapée

Type d'incarnation de la masculinité	Rapport à la virilité	Rapport à la peine	Rapport au handicap/la santé/le corps
Une masculinité d'« <i>insoumission</i> »	Mise en avant de la force physique	La peine de prison comme marqueur social de distance au handicap	« Troubles du comportement » interprétés comme signes d'insoumission par les prisonniers parce qu'attachés aux activités institutionnelles de disqualification
Une masculinité de « <i>dépassement</i> »	Mise en avant de la force morale	La peine de prison comme preuve de la capacité à sauvegarder sa dignité même en ayant une déficience	Les déficiences sont à la fois inscrites dans le vécu et occultées par la capacité à « <i>faire face</i> » aux épreuves de la vie
Une masculinité « <i>subordonnée</i> »	Mise en avant de la normalité	La peine de prison est rarement évoquée, elle est vécue comme un accident à affronter et surtout comme facteur alourdissant les pathologies	Le handicap physique ou psychique définit les prisonniers et leur condition au sein de la prison

Ainsi, nous avons vu se dessiner trois groupes. Le premier, relevant de la « masculinité d'insoumission », est composé des prisonniers les plus jeunes. Ils mettent en avant surtout leur force physique et tout ce qu'ils font pour la développer. La peine est vécue comme un moment initiatique et ils parlent de la prison en termes de « *problèmes avec la justice* ». Presque tous ont été diagnostiqués comme ayant des « *troubles du comportement* » qu'ils réfutent, en les considérant comme des injustices.

Le second groupe, composé surtout de prisonniers d'âge moyen, met en avant une « masculinité de dépassement », s'appuyant sur la force morale. Ils évoquent avoir vécu un grand nombre de traumatismes qu'ils ont su dépasser. Ils vivent leur peine comme le moyen de « payer » ou « d'être quitte » avec la justice. Leurs déficiences sont souvent intimement liées à leur mode de vie, la désocialisation et des comportements à risque. Sans les cacher, ils les occultent en les inscrivant dans les divers accidents au cours de leur vie.

Le troisième groupe, celui de la masculinité « subordonnée », est essentiellement composé de prisonniers ayant plus de 50 ans et de ceux qui sont pour la première fois en prison. Ils se caractérisent par l'évocation constante d'une normalité et la différenciation avec le reste des prisonniers. Leur peine, même très longue, est présentée comme accidentelle dans les rares cas où elle est évoquée. Ils cherchent à se présenter autrement que comme des prisonniers. Leur handicap est reconnu et pris en charge et leur permet d'envisager leur identité plutôt comme une identité de malade.

L'âge apparaît comme un phénomène structurant des positionnements de ces hommes, le premier groupe se révélant être composé des plus jeunes, le second de ceux d'âge moyen et le troisième des prisonniers ayant plus de 50 ans et de ceux qui sont pour la première fois en prison. En effet, si Connell préconise de prendre en compte les contextes matériels et historiques, elle n'a pas envisagé l'âge comme un rapport social. Néanmoins, de nombreux sociologues ont depuis mis en avant l'importance de cette question⁶⁵⁴.

Dans l'enquête menée par l'Insee en 1999⁶⁵⁵ sur les trajectoires des hommes détenus, il est apparu que les hommes incarcérés sont le plus souvent plus jeunes que la population générale. Aujourd'hui encore, même si le vieillissement de la population carcérale a été remarqué, cette population reste en moyenne plus jeune qu'à l'extérieur.

Les hommes que nous avons rencontrés ont entre 18 et 75 ans. Dans l'enquête menée par l'INSEE auprès des hommes détenus, la moitié avait moins de 30 ans et l'âge médian était de 31,9 ans. Pour les 49 détenus se déclarant et/ou déclarés handicapés de notre recherche, l'âge moyen est de 45 ans et l'âge médian de 42 ans. 40 prisonniers ont plus de 30 ans et 20 plus de

⁶⁵⁴ VOLÉRY, I., TERSIGNI, S. La masculinité hégémonique au crible de l'âge. Ce que les espaces d'animation fréquentés par les 9-13 ans nous disent des masculinités du capitalisme avancé. *Genre, sexualité & société*, 2015/n° 13

⁶⁵⁵ CASSAN, F., MARY-PORTAS, F-L., KENSEY, A., AUBIN, S., TOULEMON, L., CLANCHE, F., COMBESSIE, Ph., ROSTAING, C., LONGE, E. *L'histoire familiale des hommes détenus*, INSEE, Synthèses, 2002.

40 ans et 10 ont plus de 60 ans. Même s'il s'agit d'une recherche qualitative, ces chiffres permettent de voir que les personnes rencontrées déclarant un handicap sont plus âgées que la moyenne.

8.2.1. Une « masculinité d'insoumission » pour mettre à distance la déficience

Ce premier groupe est constitué de 10 hommes entre 18 et 33 ans. Fait intéressant, dans ce groupe d'âge, nous trouvons un seul prisonnier qui est pour la première fois en prison⁶⁵⁶. Les plus jeunes sont donc ceux qui ont la plus grande expérience de la prison. Pour tous, une déficience a été diagnostiquée ou de moins soupçonnée avant l'incarcération. Deux personnes de ce groupe sont des français, d'origine et de nationalité, quand les autres se considèrent comme étrangers. Presque tous ont quitté l'école très tôt et la plupart ont bénéficié de prises en charges scolaires, socio-éducatives, pénales et/ou médicales. Nous les avons rencontrés uniquement en Maison d'arrêt et en Centre de détention. En prison, tous sauf un sont étiquetés comme ayant des « *troubles du comportement* ». Eux préfèrent parler de leur « *problèmes avec la justice* », mettant en cause une société injuste. Ci-dessous un tableau qui donne une vision de la constitution de ce groupe.

Tableau 8 Les plus jeunes et la « masculinité d'insoumission »

Nom	Age	Prison type	Peine	Etiquetage médico-pénitentiaire
Saïd	18 ans	MA	3 ans	Troubles du comportement
Podi	20 ans	MA	En attente	Troubles du comportement (hospitalisations en psychiatrie)
Boubakar	22 ans	MA	18 mois	Déficience motrice - démarches MDPH
Bibre	23 ans	MA	2 ans	Troubles du comportement
Kobé	28 ans	MA	2 mois	Troubles du comportement et déficience motrice - reconnaissance MDPH, sous tutelle
Hannachi	30 ans	CD	20 ans	Troubles du comportement (hospitalisations en psychiatrie)
Boulangier	30 ans	CD	2 ans	Troubles du comportement - reconnaissance MDPH
Sanga	30 ans	MA	13 ans	Troubles du comportement
Constant	33 ans	MA	23 mois	Troubles du comportement
Durand	33 ans	MA	En attente	Pas d'étiquetage pénitentiaire Déclare hospitalisations en psychiatrie

⁶⁵⁶ Ceux qui sont en prison pour la première fois se trouvent regroupés dans le troisième groupe

Mais leur jeunesse, le milieu « populaire », le lieu d'habitation, c'est-à-dire « le quartier » ou « la cité », apparaissent difficiles à détacher du diagnostic « troubles du comportement ». Le trouble est rarement reconnu par les prisonniers et les démarches de reconnaissance sociale du handicap sont rares. En effet, ce groupe se caractérise par un refus de l'étiquetage médico-social⁶⁵⁷. Celui-ci est présenté comme injuste et en lien avec les multiples discriminations institutionnelles vécues depuis l'enfance. Ils préfèrent évoquer l'expérience carcérale, vécue comme plus valorisante identitairement.

En prison, les personnels de 'la pénitencière', n'ayant pas des compétences médicales, ni le mandat de faire des diagnostics, signalent le plus souvent ceux pour qui un traitement particulier est nécessaire par des étiquettes de type « fou », « mental », « débile », « instable », « fragile » ou « troubles du comportement ». Avec nous, ils/elles ont utilisé les plus souvent le terme de « troubles du comportement ». Il s'agit, pour eux/elles, de qualifier les personnes qui créent un désordre qui dépasse celui attendu dans une détention. C'est à la fois un stigmate et une reconnaissance que la personne peut ne pas être totalement consciente de ses actes et donc de la nécessité d'adapter la prise en charge pénitentiaire.

Dans le groupe des jeunes, un seul n'est pas qualifié comme ayant des troubles du comportement. Il s'agit de M. Boubakar, 22 ans qui, selon lui, a « seulement » un bras paralysé de naissance qui le met, depuis l'adolescence « dans une infériorité par rapport aux autres » mais qu'il « gère » et compense avec « beaucoup, beaucoup de sport » et qu'il espère pouvoir soigner. Il était avant l'incarcération sur le point de faire les démarches pour une reconnaissance auprès de la MDPH, dans le cadre de son projet de « s'installer avec la copine, avec une formation, un travail et tout et tout ». Pour ses 22 ans, M. Boubakar a déjà une « carrière de délinquance » importante et nous le rencontrons sur sa troisième peine en tant que majeur : « depuis mes 18 ans, j'ai pas trop été dehors ».

Peu de personnes dans ce groupe sont bénéficiaires d'une reconnaissance MDPH. M. Kobé et M. Boulanger sont les seuls à en faire état. M. Kobé est traumatisé crânien, suite à un accident de moto. Il est bénéficiaire de l'AAH et sous tutelle. Lors de notre présence de huit mois dans l'établissement, nous l'avons vu incarcéré à deux reprises. « C'est un client régulier » expliquera un surveillant. Il est incarcéré pour des délits mineurs. Etant sans domicile fixe, il

⁶⁵⁷ Décrit plus précisément dans le chapitre 9.

lui arrive de provoquer des esclandres. Il est le seul de ce groupe à avoir abordé frontalement dans l'entretien la déficience physique et les problèmes neuropsychiatriques dont il souffre.

Monsieur Boulanger a une reconnaissance du handicap de longue date, suite à ses nombreuses hospitalisations en psychiatrie. Dans son parcours, il articule prison, hôpital, cure et postcure. Il évoque ses difficultés avec la justice mais aussi avec les femmes – « *je me retrouve toujours en prison à cause d'une femme et de ce système pourri.* » Il bénéficie aujourd'hui de la possibilité de travailler en ESAT dans le centre où il est incarcéré alors qu'il n'avait « *jamais, jamais travaillé* » avant.

La question des troubles est généralement cachée. M. Durand fait une demande spéciale pour venir à l'entretien. Il travaille aux heures de notre présence et les surveillants-chefs surpris qu'il puisse relever de la problématique du handicap ne sont pas enclins à le laisser venir. Finalement, lors de notre rencontre, il parle essentiellement de son problème d'addiction, venu à l'adolescence à la fois comme refuge et comme protestation. Il le considère comme un handicap et dû à la mauvaise gestion des addictions par le système judiciaire et la prison. Il a un discours construit et argumente sur les dysfonctionnements de la prise en charge de cette problématique, donnant à voir une connaissance et une réflexivité sur ce sujet. Il cherche à se positionner comme un « *homme normal* », qui a « *grandi et compris* », même s'il n'oublie pas de nous parler d'une « *très grosse peine* » qu'il a faite très jeune. Et nous montre quelques articles sur son dernier procès, parus dans les rubriques des faits divers dans les journaux locaux où il est précisément décrit comme « *un homme normal, beau gosse* ». Il oublie néanmoins que dans ces articles figure l'information sur le diagnostic de « *maniaco-dépressif* » qu'il a depuis son adolescence et qu'il a fait valoir lors du procès.

Malgré un âge jeune, ce groupe est donc marqué par les multiples incarcérations. Tous les détenus évoquent des démêlés précoces avec le système pénal. Certains ont plus de vingt inscriptions dans leur casier judiciaire⁶⁵⁸ et ils font donc des « *allers-retours* » en prison. Au moment où nous les avons rencontrés, certains sont déjà condamnés, d'autres en attente de jugement. Les condamnations se comptent généralement en mois, avec deux longues peines, de 13 et 20 ans.

De même, tous remettent en question le diagnostic d'éventuels troubles du comportement. Ce diagnostic est vu par eux comme l'expression du pouvoir, « *du système qui met des gens comme*

⁶⁵⁸ Boulanger et Constant

nous en prison » (Constant, 33 ans, Maison d'arrêt, peine de 2 ans). Mais il est dénoncé aussi comme étant produit par la prison, « *parce qu'ils font des trucs qu'il faut pas, ils disent des choses sur nous, nous on est obligé de se défendre, après on dit qu'on est malades* » (Bibre, 23 ans, Maison d'arrêt, peine de 20 mois)

Les entretiens deviennent donc un lieu pour tenter de dissimuler ces troubles et chercher à présenter d'autres facettes de leurs identités. Celles qui sont revenues à chaque fois sont le courage, la violence, l'activité criminelle choisie, permettant de faire comme ou même mieux que les hommes de son milieu. Même la vie sans domicile fixe est valorisée comme ayant permis « *de se renforcer* », « *d'apprendre la vraie vie* », « *d'être libre, de voler, de dessiner* ». Saïd raconte même sa mue qui devrait, si l'on croit le ton de sa voix, vraiment nous surprendre. Du « *petit, gros et moche* » à « *ce que je suis maintenant* ». Il aurait ainsi pu avoir avant l'incarcération « *les poches pleines de liasses* » et « *avoir toutes les prostituées* ».

Les plus âgés du groupe parlent avec plus de recul, des « *coups* » et du « *business* », des copines et des épouses, des « *injustices* » sociales surtout. Ils semblent chercher à montrer ce qu'ils étaient dehors.

Dans ce groupe, l'incarcération est décrite comme « *des problèmes avec la justice* ». Ces « *problèmes avec la justice* » sont toujours évoqués en lien avec l'école. Ils signent souvent un abandon précoce de la scolarité. Ces jeunes hommes ont souvent expérimenté plusieurs prises en charge. Nous retrouvons ici les différentes écoles et classes spécialisées, les centres éducatifs fermés, les suivis éducatifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), les programmes luttant contre divers décrochages, les centres de réadaptation et de rééducation. Deux seulement ne parlent pas de ce type de prises en charge, pour différentes raisons : Sanga, qui, au moment de l'entretien, est considéré par les surveillants comme étant « *en crise* » et Constant.

Ces diverses prises en charge, précèdent la prison mais viennent aussi s'articuler les unes aux autres. Ainsi, le suivi en PJJ peut donner lieu à une prise en charge en classe relais, suivi d'incarcération, lors de laquelle il y aura une hospitalisation en psychiatrie, suivi par une prise en charge par un programme pour les jeunes les plus désocialisés, suivi par une incarcération. Toutes ces prises en charge sont vécues sur le même mode, comme des moments d'emprise. Certaines apparaissent néanmoins comme plus difficiles à assumer, telles les hospitalisations en psychiatrie ou la scolarisation dans une classe avec des élèves qui « *quand ils se penchent, t'entends la mer* ».

Les prisonniers de ce groupe parlent facilement et en priorité de leurs infractions. Ils cherchent à se caractériser plus à travers leur parcours déviant et leur expérience de la prison, sans forcément se considérer comme de « *vrais criminels* ». Cela est d'autant plus visible chez les plus jeunes qui cherchent même à « *héroïser* » leurs conduites et les conditions difficiles dans lesquelles ils ont vécues. Les infractions qu'ils déclarent sont le plus souvent liées à la vente et la consommation de produits stupéfiants, au vol, à la dégradation des biens publics, à la conduite sans permis, aux violences conjugales, à l'outrage à magistrat. Parfois, ils cochent plusieurs cases. Les peines les plus longues sont présentées comme des « *règlements de compte qui ont mal tourné* » directement liés à une activité de vente de produits stupéfiants.

L'enfermement carcéral suscite une attitude ambivalente. Il est d'un côté très critiqué, comment faisant partie d'un système d'oppression, visant seulement les personnes issues des minorités. Mais il apparaît aussi sur un mode initiatique, valorisant les attitudes d'opposition et de résistance. Les détenus mettent en avant ce vécu carcéral où ils ont donné toutes les preuves de leur capacité de survivre et qui semble gommer le stigmate d'une pathologie : « *là-bas [quartier mineur], c'est la jungle, c'est presque pire qu'une prison d'adultes, il fallait être un animal là-bas, c'était horrible, horrible, horrible. J'ai survécu, je suis devenu un animal.* » (Hannachi, 30 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

Les plus jeunes, semblent envisager la prison comme la suite logique d'un parcours identitaire. Dans l'entretien avec Saïd, l'école et sa famille sont évoquées comme des sources de honte, et la prison comme le lieu de restauration :

« J'étais pas mauvais à l'école mais on voulait tout le temps me mettre dans des classes pour des gens pas normaux, quoi. J'étais perturbé ou hyperactif, même eux ils ne savaient pas. Moi, j'ai dit non, j'ai dit non, j'ai d'autres choses à faire. Mon père, lui, il était d'accord. [...] Mettre son fils dans une école de débiles, il est d'accord. Moi, à 13 ans je me faisais plus d'argent que lui, à 13 ans j'allais dans des hôtels, je me payais une fille. Je vais pas aller dans une école pour débiles si je peux [rires, ne finit pas la phrase]. Hein ?! Après, il y a la prison. Mais il faut pas avoir peur de la prison, c'est pas grave la prison. Je préfère la prison moi que leurs écoles. » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Il passera un long moment à chercher à nous convaincre à quel point la prison, sa violence, et les sanctions ne doivent pas faire peur. Il semble chercher à se convaincre de la nécessité de ce rite initiatique :

« *Quand on a fait la prison, après on voit que ça fait pas peur et on peut faire plein de choses. On est pas à avoir peur « si je fais ça, je vais aller en prison ». Non, on peut faire plein de choses.* » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Lorsque le sujet du handicap est abordé, il raconte ces coups de colère violents et ses séjours fréquents au « *mitard* », alors même que les surveillant.e.s gradé.e.s le décrivent comme quelqu'un qui doit plutôt être protégé des autres.

Le discours de Saïd montre sa volonté d'inscrire l'incarcération dans un parcours certes criminel mais qui exprime également une quête de reconnaissance. Les autres détenus du groupe font de même, de manière plus discrète. Ils racontent leur volonté d'être intégrés dans un groupe de prisonniers ou dans un réseau, même si cela leur vaut des sanctions.

Presque tous déclarent une addiction précédant l'incarcération. Certains même une consommation démesurée de cannabis en prison. Dans ce groupe, la question du handicap semble évacuée et c'est plutôt la prison qui constitue l'épreuve morale à laquelle ils se mesurent.

8.2.2. Une « masculinité de dépassement » où la déficience fait partie des accidents de la vie

Ce groupe est constitué de 16 hommes ayant entre 35 et 49 ans. Nous les avons rencontrés prioritairement en centre de détention, à l'exception de trois en maison centrale et deux en maison d'arrêt. La caractéristique principale des hommes de ce groupe est la difficulté qu'ils éprouvent à détacher la question du handicap de leur parcours de désocialisation et de délinquance.

Le groupe est majoritairement composé de prisonniers de nationalité française, ils sont 14 français dont 6 ayant des parents originaires d'Afrique. Deux seulement sont étrangers. Plus de la moitié ont arrêté l'école avant d'avoir un diplôme de l'enseignement secondaire et une majorité a évité toutes les propositions de prise en charge spécialisée, médicale, éducative ou autre. La moitié des personnes composant ce groupe vivait en couple avant l'incarcération, et 9 ont des enfants.

Les peines dans ce groupe sont généralement plus longues, la moitié (n=8) a des peines de plus de 15 ans. 11 personnes bénéficient ou sont en cours de demander une reconnaissance de leur

handicap. Les étrangers en situation irrégulière n'ont pas la possibilité de faire les démarches. Un seul, Taleb, refuse catégoriquement cette reconnaissance : « *je suis voleur, c'est mon métier et c'est un sale métier, et je le fais salement, je pense qu'il y a d'autres personnes qui ont plus besoin que moi* ».

Presque tous reconnaissent un problème psychique ou mental et une grande partie a la reconnaissance du handicap pour cette raison. Inversement, un grand nombre souffre également de problèmes somatiques. Dans ce groupe, on perçoit clairement le cumul des déficiences. Il est plus hétérogène par rapport aux autres groupes de ce point de vue, mais également par rapport aux infractions, avec néanmoins une surreprésentation des « *violences volontaires* » et de la « *criminalité organisée* ».

Tableau 9 Profils de la population se spécifiant par une « *masculinité de dépassement* »

Nom	Age	Type prison	Peine	Etiquetage médico-pénitentiaire
Delacre	34	CD	25 ans	Hospitalisations en psychiatrie - reconnaissance MDPH
Gérard	34	CD	3 ans	Hospitalisations en psychiatrie - reconnaissance MDPH
Mauger	35	CD	22 ans	Hospitalisations en psychiatrie - reconnaissance MDPH
Samuel	35	MC	20 ans	Hospitalisations en psychiatrie
Berkan	39	CD	5 ans	Déficiência sensorielle - reconnaissance MDPH
Makalou	40	MA	12 ans	Hospitalisations en psychiatrie - reconnaissance MDPH
Marzani	43	CD	25 ans	Déficiência motrice
Mazzini	40	CD	20 ans	Hospitalisations en psychiatrie - reconnaissance MDPH
Muhammad	40	MA	En attente	Hospitalisations en psychiatrie / Problèmes physiques
Verner	42	MA	30 mois	Déficiência motrice - reconnaissance MDPH
Sacko	42	CD	2 ans	Déficiência sensorielle - reconnaissance MDPH en cours (déclare hospitalisations en psychiatrie)
Soussan	47	CD	En attente	Déficiência motrice (en fauteuil roulant)- reconnaissance MDPH
Ammari	47	CD	5 ans	Troubles du comportement /Hospitalisations en psychiatrie – Pension d'invalidité
Taleb	47	CD	8 ans	Troubles du comportement
Delage	47	CD	16 ans	Hospitalisations en psychiatrie - reconnaissance MDPH
André	48	MC	Perpétuité	Déficiência motrice - reconnaissance MDPH en cours (déclare hospitalisations en psychiatrie)

On distingue clairement deux sous-groupes. Le premier est composé de ceux qui décrivent la « *dégringolade* » dans un parcours de « *marginalisation* », en lien à la fois avec leur handicap et le crime commis. Le second groupe se réclame de la criminalité organisée et met en avant des choix conscients.

8.2.2.1. Dépasser la « dégringolade » comme mesure de la force morale

Les prisonniers de ce groupe racontent des parcours de marginalité et de désocialisation. C'est à travers les mots « *marginalisation* », « *désocialisation* », « *clochardisation* », probablement entendus ou lus dans les nombreux compte-rendu les décrivant, qu'ils relient la déficience et l'incarcération. Ils parlent d'« *une longue clochardisation après un accident* », et d'« *une vie entre les foyers et la rue, avec les cas soc'* » ou de parcours extrêmes d'addiction : « *vous ne pouvez pas imaginer ce que c'est d'être accro, on est prêt à tout, mais on ne peut rien faire* » ; ou bien, « *c'est l'alcool, moi c'est l'alcool avec les anxiolytiques, avant d'entrer en prison, je n'étais plus un homme* ».

Les problèmes psychiques ou mentaux de ces prisonniers sont connus depuis longtemps. Ils ont été diagnostiqués depuis l'enfance ou, plus rarement, lors d'une précédente incarcération. Souvent, des prises en charge médicale, éducative et sociale ont pu être mises en place. Trois parmi eux ont des problèmes moteurs ou sensoriels, dus pour l'un aux conséquences de tentatives de suicide, pour les deux autres d'accidents liés à leur addiction ou à la vie dans la rue. Ils font tous le lien entre leurs infractions, parfois particulièrement violentes (« *vous vous rendez-compte madame, à cause de l'alcool, j'ai tué un homme ?!* ») et leur handicap (« *c'est parce que j'ai quelque chose qui fait que je suis violent* »).

Ce groupe a aussi une attitude contradictoire à la prison. Ils déclarent avoir du mal à trouver leur place au sein de la prison comme dans le reste de la société. En même temps, ils considèrent devoir être sanctionnés, tout en étant des habitués de l'institution carcérale. En effet, leur handicap même s'il n'est pas physique est souvent visible⁶⁵⁹, connu et reconnu, et leur parcours de désocialisation apparaît avec évidence pour les autres prisonniers qui peuvent les rejeter. Les récits de vécus traumatiques sont les plus importants dans ce groupe et ils ne les cachent pas. Nombreux sont ceux qui, comme André, disent dès le départ :

« *Vous allez voir, tous les gens que vous verrez vous parleront d'un traumatisme, les gens qui sont en prison, surtout ici, en centrale, il y a toujours une fracture, toujours un passé douloureux.* » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Leur masculinité semble avoir été mise à l'épreuve par nombreuses dégradations en lien avec les institutions sociales. Ainsi, André situe son « *traumatisme* » au moment où il a été considéré

⁶⁵⁹ Certains parmi eux sont nommés « cachetonnés » en raison de leur prise de médicaments psychotropes, d'autres portent les stigmates impressionnants des automutilations, des accidents, des rixes.

comme inapte par l'armée, institution masculine au demeurant : « *même l'armée ne veut pas de moi, ça pour moi, je me suis dit 't'es fini, t'es fini, t'es même pas un homme, t'es rien.'* ».

En effet, ici, l'armée renvoie à une forme de masculinité fondée sur la force et l'ordre, dimensions auxquelles André ne semble pouvoir répondre. Il ajoute un peu plus tard :

« Pour moi la virilité, c'était mon père, j'allais avec lui au bar, il pouvait boire 30 verres, il se battait, il était violent mais on le respectait, il plaisait aux femmes, « italian lover ». C'était mon héros, c'était mon exemple, je voulais être comme lui. Cette violence et cet exemple, je n'ai jamais su quoi en faire. C'est ça ma fracture à moi. »
(André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Afin de correspondre à ce modèle, il commence à boire jeune mais prend aussi des anxiolytiques, a des troubles alimentaires et fait des tentatives de suicide. Il se sent incapable d'« être comme lui ». Il lie les crimes qu'il a commis à cette accusation :

« Avec la boisson et quand j'entends t'es pas comme ton père ou t'es incapable, t'es pas un homme, t'as rien fait de ta vie. Souvent, c'est contre moi que je retourne la violence, je bois, plus de 30 tentatives d'autolyse, je me taillade. Mais parfois, je retourne la violence contre les autres. » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Mazrani, de son côté décrit comme traumatisante l'injonction de prendre une place de protecteur dans sa famille, sans en avoir les ressources psychiques et matérielles :

« C'est quoi, vers 14-15 ans mes parents ils nous ont complètement laissés tomber. Ils partaient au pays, ils revenaient. Ils se disputaient, ils nous prenaient à partie. Ils ne payaient pas le loyer. Nous, on était comme ça, je devais m'occuper de mes sœurs, elles sont plus jeunes, pour aller à l'école, au moins elles, et pour les protéger. Mais moi je n'étais pas très bien déjà. Je prenais déjà des antidépresseurs. Je savais pas quoi faire. »
(Mazrani, 43 ans, Maison d'arrêt, 25 ans)

En l'absence d'aide et de soutien, « *je suis parti dans la clochardisation, dans les drogues, des petits boulots, à droite à gauche. J'avais honte mais ça me faisait du bien aussi, avec les SDF, j'étais tranquille. Personne ne me demandait rien.* »

De la même manière qu'André, il raconte les 'faits' : « *ce que j'ai fait c'est pour ma sœur. Je l'ai vengée. Ils savent qui je suis. Ils pensaient que j'étais rien, j'étais personne, ma parole ne*

valait rien. Ils m'ont sous-estimé. C'est pour ça, ce que je fais, je regrette et je ne regrette pas. Je suis en prison mais je sais pourquoi. »

Les hommes de ce groupe concentrent leurs récits sur les moments de « *déchéance* », de « *dégringolade* » qu'ils ont su dépasser. Presque tous racontent d'abord la survenue d'une déficience physique, pour remonter ensuite vers des problématiques psychiatriques. Sans forcément cacher les problématiques psychiques ou mentales, ils semblent se définir surtout autour de la gestion de la déficience physique. Au cours de leur vie, les troubles d'ordre psychiatrique ont rarement été reconnus au moment de leur survenue :

« Je savais qu'y avait quelque chose, après chaque TS [tentative de suicide] on me proposait une hospitalisation, une thérapie. Je suis jamais allé. Je pensais que ça allait me contaminer, les psy, le monde psy. Je préférais boire. » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Sacko explique de son côté l'impossibilité de comprendre cela :

« Oui, y avait beaucoup, beaucoup de gens qui me disaient d'aller à l'hôpital, d'aller voir un médecin. Mais je m'intéressais pas à ça. Dans la famille, c'était que des bagarres. Mon père nous a mis dehors. Il fallait survivre. Après, je suis tombé dans le crack. » (Sacko, 42 ans, Maison d'arrêt, peine de 2 ans)

Les addictions viennent dans ces parcours comme autant de preuves de force et de résistance, permettant également de cacher d'autres problèmes. Les hommes de ce groupe sont ambigus envers la peine. Ils trouvent, tous, pour différentes raisons que « *la prison a du bien* ». Ils ont pu bénéficier, lors de cette peine ou des précédentes, de suivis sociaux et psychologiques. Les suivis des CPIP, rarement plébiscités par les détenus, sont vus d'un bon œil : « *ça m'a permis de me remettre en question* », « *j'ai pu m'expliquer* ». D'autres sont contents d'avoir appris le français, avoir passé des formations, tandis que certains déclarent que « *sans la prison, je n'aurais jamais appris autant sur les hommes* ». Or, la longueur des peines ou les réincarcérations amenuisent les bienfaits : « *j'ai tellement parlé de moi que maintenant, avec la psy, on parle recettes de cuisine* », ou plus fatalement « *derrière tout ça, ils veulent nous formater, nous mettre dans des cases* ».

Même s'ils ne pratiquent pas l'opposition directe à l'autorité carcérale, ils revendiquent leur inclusion, de plein droit, dans le monde des hommes « *parce que, entre grosses peines, on se respecte* » et « *parce qu'ils savent que t'as plus grand-chose à perdre* ». C'est un monde où ils

parlent de leur crime parce que « *obligé de parler du crime, il faut se protéger sinon on peut te voir comme violeur ou comme un faible* ».

En prison, le problème qui se pose pour eux, ce sont les autres prisonniers. Malgré la recherche de l'inclusion dans leur monde, l'investissement ne semble pas complet. En effet, les autres détenus sont vus comme « *malpolis, si tu leur dis merci, tu les insultes* », « *vulgaires* », tournés « *vers la violence* », « *incapables de travailler dehors* », « *sans culture* », « *ils n'ont pas le niveau* ». Les hommes que nous avons rencontrés cherchent à montrer un autre visage.

8.2.2.2. La criminalité pour occulter la vulnérabilité

Les sept détenus qui composent ce sous-groupe déclarent clairement que leur incarcération s'inscrit dans une carrière criminelle. Ammari prévient dès le début de l'entretien :

« Je veux bien rendre service pour votre travail mais je ne suis pas concerné. J'ai eu une pension d'invalidité, pour dépression, mais je ne suis pas ici pour ça. J'ai cambriolé moi, ce n'est pas la même chose. » (Ammari, 47 ans, Centre de détention, peines de 6 ans)

Le vécu de ces prisonniers ne se différencie pas beaucoup du groupe précédent. Ils déclarent aussi de multiples traumatismes et abandons à l'enfance ainsi qu'une conscience aigüe des fractures sociales dont ils ont été les victimes. La pauvreté, les exclusions, les violences intra et extra-familiales semblent même plus prononcées dans ce groupe.

Cependant, ils se différencient sur les moyens qu'ils ont choisis pour agir. Ils déclarent leurs parcours non pas comme imposés par les conditions sociales mais comme choisis pour échapper à ces mêmes conditions :

« Le banditisme, c'était pas une erreur, parce que c'était un choix que j'ai fait. Déjà à l'école je ramassais de l'argent. Je savais que je voulais pas travailler. Tout jeune, je travaillais avec mon père. Je me disais c'est pas ça la vie, c'est tout pourri. Je voyais mon père et j'avais pas envie, je voulais pas être responsable. » (Ammari, 47 ans, Centre de détention, peines de 6 ans)

Parfois ce choix est plus complexe et dépend de beaucoup de facteurs :

« Ils me sont arrivées des choses terribles dans ma vie, quand j'étais jeune. Je pensais que tout le monde pouvait voir ça, que j'étais sale, j'étais pas bien. Quand je volais, je

me sentais mieux. Je voulais faire plus que les autres, être le plus courageux, montrer qu'on m'avait pas atteint. Parce que la personne qui m'a fait ça je pouvais la tuer, je voulais la tuer. Mais je l'ai pas fait, c'est le banditisme et la prison qui m'ont sauvé. C'était pas un choix très conscient, mais c'était un choix. Je vais pas vous mentir et vous dire, j'ai essayé ça, j'ai essayé ça, ça n'a pas marché. Non. J'ai décidé. » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peine de 11 ans)

D'ailleurs, ils déclarent être dans des réseaux de trafics, des cambriolages et des braquages. Un seul est responsable de la mort d'un associé et la raison n'est ni le désespoir ni crapuleuse – ce dernier ne se serait pas comporté comme un homme, il n'a pas tenu sa parole.

Les prisonniers de ce groupe préfèrent parler de maladie plutôt que de handicap car ils sont dans une attitude de soin et envisagent leur état comme réversible. Certains déclarent avoir eu dans leur fratrie une personne, « véritablement handicapée » pour pouvoir décrire leur état plutôt comme une maladie. Ils connaissent et détaillent avec précision leurs traitements et symptômes ainsi que divers processus chimiques liés à leur maladie.

Les personnes de ce groupe se positionnent comme cherchant à contrôler les effets de leur maladie en prison, notamment par des tactiques pénitentiaires. Ils sont aidés par le caractère de leurs infractions, souvent considérées comme « nobles ». Cela semble les protéger des éventuelles confusions entre leur handicap et le fait d'être des « sales types » ou les « cas sociaux ».

8.2.3. Une masculinité « subordonnée » où la déficience est source de protection

Ce dernier groupe est composé de 23 personnes ayant plus de 50 ans et de ceux qui sont en prison pour la première fois. L'âge de 50 ans consacre le début du vieillissement en prison. Il trace une frontière symbolique entre les « vrais détenus » et les « vieux ». En tant que frontière symbolique cela ne concerne évidemment pas tous les prisonniers ayant au-delà de 50 ans mais est valable pour ceux qui ont des déficiences. A cet ensemble, s'ajoutent les prisonniers incarcérés pour la première fois. Ils présentent plusieurs caractéristiques semblables. Les primo-

détenus ont généralement autour et plus de 50 ans et ils ont en général les peines les plus longues.

Leur rapport au handicap les différencie nettement des deux autres groupes. La déficience est souvent physique et visible et le handicap est reconnu. Ils bénéficient de certains dispositifs comme des cellules aménagées, unités fermées ou aménagées, surveillances spécifiques, classements thérapeutiques, fréquentation renforcée des services médicaux et scolaires. Leur rapport à la peine les réunit également. La plupart ne parle pas de l'infraction et quand elle est évoquée, il s'agit d'un accident ou même d'une erreur judiciaire. Enfin, ils se positionnent tous dans une masculinité normalisée ce qui les oblige soit à (sur)jouer les attitudes carcérales, soit à se mettre à l'écart. Souvent, ils s'ajustent entre ces deux attitudes.

8.2.3.1. Faire face à la maladie

Ce sous-groupe est constitué de 5 personnes ayant plus de 50 ans. Il apparaît ici difficile de détacher le handicap de l'âge avancé et de la longueur des peines, puisqu'il s'agit souvent de maladies chroniques qui se sont déclarées ou ont été prises en charge en prison.

Tableau 10 Profils des détenus âgés spécifiés par la « masculinité subordonnée »

Nom	Age	Type prison	Peine	Etiquetage médico-pénitentiaire
Carpentier	51 ans	CD	20 ans	Hospitalisations en psychiatrie - Reconnaissance MDPH - maladie invalidante
Jimenez	62 ans	MA	20 ans	Maladie invalidante
Pélissier	65 ans	MC	25 ans	Déficience motrice (fauteuil roulant) - hospitalisations en psychiatrie - retraite
Dahoudi	65 ans	MC	Perpétuité	Déficience motrice (mobilité réduite) - Hospitalisations en psychiatrie - retraite
Dunod	70 ans	MC	30 ans	Déficience physique (fauteuil roulant) - Déficience sensorielle - retraite

Tous sauf un sont de nationalité et d'origine française. Pour tous, le handicap est reconnu administrativement et pris en charge. Comme le groupe des plus jeunes, celui-ci est très homogène par rapport aux infractions jugées, il s'agit surtout des violences contre des personnes avec de très longues peines allant de 20 ans à la réclusion criminelle à perpétuité. Sans grand étonnement c'est dans ce groupe que l'on trouve une surreprésentation des maladies chroniques

invalidantes. Trois personnes sur les cinq se déplacent en fauteuil roulant. Pour ces hommes, la maladie s'est présentée en prison et elle est décrite comme directement liée à l'incarcération.

D'apparence homogène quant au type des déficiences, ce groupe est néanmoins assez complexe. Malgré la surreprésentation des déficiences physiques, lors des entretiens les prisonniers font état des étiquetages de troubles psychiques et mentaux qu'ils ont vécu depuis leur plus jeune âge. Ils font ainsi apparaître dans les entretiens à la fois des difficultés préexistant à la détention et les effets du temps long de celle-ci. Ces cinq hommes se veulent à la fois « *normaux* » et donc différents des autres détenus, mais aussi « *normaux* » en tant que détenus.

Ils se positionnent comme des pères et des grands-pères, comme des maris et des frères, parlent du fait d'avoir eu « *une vie normale dehors* », d'« *avoir réussi à se réinsérer* », « *le CDI, l'appartement et la famille* ». En même temps, ils veulent être acceptés comme des « *vrais* » détenus et partagent avec nous des informations sur leur force de travail et de rébellion, sur les réseaux « *d'indics* » qu'ils auraient et sur leurs diverses compétences administratives.

Ils ne décrivent plus la maladie ou la déficience comme des choses à dépasser mais bien comme des phénomènes contre lesquels ils luttent au jour le jour. Leur virilité s'exprime donc ici, leur corps devenant le lieu où une bataille quotidienne est menée. Ils arborent cicatrices, tatouages et stigmates physiques avec fierté, tous liés à une « *émeute* », « *grève de la faim* », « *révolte* », opérations et autres accidents. Ces mêmes signes qu'ils mettent en avant pour garder une place dans les hiérarchies carcérales.

8.2.3.2. Faire face à la prison

Ce groupe est composé de dix-huit personnes qui sont pour la première fois en prison. Finalement, il s'agit du sous-groupe le plus important numériquement alors même que la plupart des prisonniers le composant sont considérés par les autres détenus et par les autorités carcérales comme « *atypiques* ». Le point commun dans les entretiens est leur préoccupation de correspondre ou non à la culture carcérale telle qu'ils l'imaginent. Ce sont les seuls qui se positionnent à l'extérieur du système carcéral. Ils se savent atypiques dans ce système et cherchent d'autant plus à jouer un rôle.

Tableau 11 Profils des détenus primo-incarcérés spécifiés par la « masculinité subordonnée »

Nom	Age	Type prison	Peine	Etiquetage médico-pénitentiaire
Benthala	32	MA	En attente	Troubles du comportement - Maladie neuropsychiatrique
Beaucourt	35	CD	30 ans	Hospitalisation en psychiatrie -Reconnaissance MDPH
Bachir	38	MC	20 ans	Maladie invalidante
Couvreur	39	MC	15 ans	Déficiência physique
Dupont	40	MA	En attente	Déficiência sensorielle - Reconnaissance MDPH
Robert	45	CD	En attente	Hospitalisation en psychiatrie -Reconnaissance MDPH
Mokhtar	49	MA	1 ans	Déficiência motrice
Garcia	49	MC	25 ans	Maladie invalidante
Quershi	50	MA	En attente	Hospitalisation en psychiatrie
Kabdi	52	MA	8 mois	Déficiência motrice - Reconnaissance MDPH
Chauvet	52	CD	15 ans	Déficiência viscérale - AAH
Viaud	58	MA	12 ans	Maladie invalidante
Provost	60	MC	30 ans	Déficiência motrice
Dacruz	63	MA	5 ans	Déficiência motrice - Reconnaissance MDPH
Collard	65	MA	12 ans	Déficiência motrice (fauteuil roulant) - pension de retraite
Vannart	66	MC	30 ans	Déficiência motrice (fauteuil roulant) - pension de retraite
Esteban	70	MC	Perpétuité	Maladie invalidante
Cormier	75	MA	12 ans	Déficiência motrice (fauteuil roulant) - pension de retraite

Les personnes du groupe des 'primaires' parlent en priorité de leur vie à l'extérieur de la prison. Ils préfèrent évoquer une identité « non carcérale », évoquant la famille même si les rapports sont conflictuels ; le travail souvent précaire, plus rarement couronné de succès ; les études, puisque dans ce groupe on a les études les plus longues ; et même, les maitresses. Toujours avec l'idée de montrer une identité d'homme normal.

Leur handicap est souvent reconnu à l'extérieur et il est d'ordre physique. Il est relativement « normalisé », la plupart connaissant les limitations et les manières de les compenser. Il est intégré à leur vie. Certains ont eu une scolarité spécialisée et sont impliqués dans des associations liées à leur handicap.

Ils parlent très peu de l'infraction commise. Quand ils en parlent, c'est souvent pour la contester. Esteban parle de son incarcération en termes de « kidnapping et séquestration ». Dans leur cas, et parce qu'attachés à la culture « des gens normaux, pas ceux qui sont en prison », l'incarcération est plus stigmatisante que le handicap, pour lequel ils ont déjà développé des

tactiques dans leur vie quotidienne. Ils se sentent dégradés par l'enfermement. Benthala se sent « *sali par la prison et trahi par la justice* », et Bachir comme « *un numéro d'écrou donc un morceau de viande* ». Quelques rares personnes, (n=3) acceptent leur peine. Tirillés par la culpabilité, ils préfèrent même être en prison que dehors.

Même si tous ces hommes ont une connaissance de leur déficience, ils doivent trouver une autre manière pour la socialiser en prison. En effet, apparaitre atypique au premier regard crée un soupçon d'être des « *pointeurs* » et plus généralement les positionne tout en bas dans les hiérarchies carcérales et les rend encore plus vulnérables. Ces hommes ont souvent une famille et un métier à l'extérieur, et parfois même une maison avec jardin. C'est cette identité qu'ils défendent dans l'entretien mais qui est difficile à mettre en avant dans une cour de promenade en prison. Ainsi M. Dupont explique :

« Je me suis préparé, avant d'aller en promenade, j'ai inventé une histoire que j'étais ici pour le shit. Je me suis entraîné à la raconter parce que, ça j'ai jamais fait. Par contre, pour mes yeux, j'ai l'habitude de faire des blagues. Ça ne m'inquiétait pas trop. » (Dupont, 40 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

D'autres, moins bien intégrés à l'extérieur disent faire attention quant à leurs contacts en prison :

« Je me méfie des mecs en prison, je veux finir ma prison et c'est tout. Si tu entres dans leurs histoires, ça va se finir mal, obligé. Donc, ils savent ce que j'ai fait, mais moi je préfère m'en sortir, je veux pas revenir en prison, comme eux. » (Couvreur, 39 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Ils recherchent la distance avec le reste des prisonniers mais ils se plaignent aussi de l'isolement :

« Je suis tout le temps seul, partout. On me donne pas trop de travail parce qu'on sait que les autres, ils veulent pas trop de moi. Je suis isolé, pas pour le handicap mais pour ce que j'ai fait. Mais je pense qu'aussi il y a les deux qui font que les gens m'évitent. » (Chauvet, 52 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

Ainsi, si les prisonniers « *primaires* » appréhendent la contamination morale de la prison, ils sont également considérés comme pouvant être une contamination morale pour les autres. Mazzini, qui lui-même se décrit comme un cas psychiatrique « *à fond dans les addictions* »

mais aussi « un père de famille, avec un bébé qui [lui] a donné beaucoup d'espoirs » partage ce dilemme :

« Aujourd'hui beaucoup de personnes n'ont rien à faire ici, on a des cas sociaux, on a des cas psychiatriques. Avant en prison y avait que des bonshommes, la mentalité était différente. Aujourd'hui avec tous ces gens, la prison ce n'est plus pour les bonshommes, il n'y a plus de fierté d'être en prison. [...] Pour des gens comme moi ce n'est pas la même chose, c'est pas comme les jeunes qui sont là pour se faire un nom, ils sont contents de se retrouver en prison. Ou comme les gens du milieu, je les connais eux, j'avais deux oncles dans la grande criminalité. Pour eux, la prison c'était un passage obligé, ils avaient préparé tout s'ils tombaient. Pour moi, c'est pas la même chose, moi la prison je la subi. » (Mazzini, 40 ans, Centre de détention, peine de 24 ans)

Si, selon Mazzini, la prison a perdu de sa grandeur, elle devient d'autant plus difficile à vivre et à subir. En effet, être en prison « *n'est plus une fierté* » et ne peut pas renforcer l'image de soi. Elle n'est que subie.

Les prisonniers interviewés vivent un même dilemme identitaire. Comment incarner leur masculinité alors qu'ils sont soumis à une double dégradation de statut, du handicap et de l'enfermement ? Ce dilemme est résolu différemment selon leur âge et leur carrière pénitentiaire. Les plus jeunes revendiquent l'incarcération comme symbole à leur opposition aux disqualifications institutionnelles et mettent ainsi à distance tout soupçon de déficience. Les prisonniers d'âge moyen se positionnent comme ayant dépassé un grand nombre d'épreuves et traumatismes et la déficience en fait partie. Elle est ainsi à la fois socialisée et occultée. Les hommes les plus âgés et ceux qui sont pour la première fois en prison ont en commun d'apparaître d'emblée comme atypiques, vulnérables et nécessitant une protection. Ils apparaissent comme un groupe subordonné, essentiellement vu sous l'angle de la déficience.

Synthèse du chapitre 8

Ce chapitre analyse comment la question du handicap en prison pour hommes s'ancre dans un ordre de genre. Cet ordre fait de la masculinité et de ses stéréotypes un référentiel normatif autour duquel s'organisent les classements sociaux. La vulnérabilité devient un des éléments dans les logiques de classement et de déclassement en prison. Le concept de masculinité hégémonique est mobilisé pour montrer la force des injonctions qui s'imposent aux hommes incarcérés. Ces injonctions sont renforcées par l'ordre pénitentiaire construit à partir d'une « homosocialité » contrainte et des hiérarchies fondées sur des valeurs masculines, notamment celle de résister à la prison.

Les hommes détenus et désignés comme handicapés doivent dès lors résoudre un dilemme identitaire : bénéficier des protections liées à leur déficience ou chercher à apparaître comme légitimes dans l'ordre pénitentiaire. En fonction de la manière dont ce dilemme est résolu, trois types d'expressions de la masculinité sont mobilisés : une « masculinité d'insoumission », « une masculinité de dépassement » et une « masculinité subordonnée ». Ces trois groupes se différencient par leur âge et leur rapport à la déficience et à la peine.

La « masculinité d'insoumission » est caractéristique des plus jeunes, qui cherchent dans leur parcours et notamment en prison à se distancier de la déficience. Ils multiplient les incarcérations, souvent pour des courtes peines, et évitent les prises en charges médicales et sociales.

La « masculinité de dépassement » est caractéristique des prisonniers un peu plus âgés, entre 35 et 50 ans. Ils ont des peines plus longues et sont aussi des habitués de la prison. Dans leur cas, la déficience s'inscrit dans des vies faites de traumatismes et d'exclusions qu'ils mettent en avant dans leur construction identitaire, leur permettant de démontrer leur force morale.

La « masculinité subordonnée » est caractéristique des détenus les plus âgés et ceux qui sont en prison pour la première fois. La déficience, ainsi que leur statut fragile, les placent dans une condition subordonnée et les condamnent à une dépendance à l'institution et aux autres prisonniers pour leur propre protection.

9. Les itinéraires moraux des prisonniers présentant un handicap

Dans la manière dont les prisonniers incarnent leur masculinité, les rapports qu'ils ont établis aux institutions sociales ont une grande importance. Ainsi, nous décrivons dans ce chapitre d'abord les rapports aux instances de socialisation telles qu'évoquées par les détenus (l'état, la famille, l'école et le travail) et ensuite les rapports aux instances de traitement (ou de normalisation : justice, médecine, travail social et réadaptation). Sont présentées ensuite les manières dont ils ont articulé leurs rapports aux instances de socialisation et de normalisation. Enfin, sur la base de leurs positionnement faces aux institutions, nous exposons leurs itinéraires moraux en fonction du moment de détection d'une déficience.

Nous avons longuement hésité sur le nom à donner aux récits biographiques des prisonniers. Etaient-ce des trajectoires, des parcours de vie ou des carrières ? Parler de trajectoires nous imposait une mise à distance par des éléments extérieurs, alors que nous avions seulement la parole et donc la subjectivité des détenus, comme seuls éléments d'analyse. Prendre la perspective des parcours supposait un lien avec les politiques publiques. Les carrières sont souvent orientées vers une problématique spécifique en lien avec un champ et une avancée dans celui-ci, avec une visée téléologique nous montrant comment devient-on fumeur de marijuana⁶⁶⁰, malade mental⁶⁶¹, anorexique⁶⁶², etc. Or, nous n'avons pas les données pour comprendre comment devenait-on un prisonnier handicapé et de surcroît une grande partie des détenus interrogés se défendaient d'être l'un ou l'autre, parfois les deux. L'analyse des matériaux biographiques pose depuis longtemps question à la sociologie⁶⁶³.

⁶⁶⁰ BECKER, H. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : Editions Métailié, 1985.

⁶⁶¹ GOFFMAN, E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Editions de Minuit, 1968.

⁶⁶² DARMON, Muriel. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris : La Découverte, 2014.

⁶⁶³ PASSERON, Jean-Claude. Biographies, flux, itinéraires, trajectoires. *Revue française de sociologie*, 1990, vol. 31, no 1, p. 3-22.

Concrètement, nous avons été confrontée à des récits qui mettaient scène de positionnements identitaires, des histoires familiales liées souvent à l'Histoire, mais aussi à la description de gestes de la vie quotidienne. Dans ces histoires faites de ruptures et de bifurcations⁶⁶⁴, les détenus nous montraient les manières de s'inscrire dans un monde qui les classe et les exclut.

Nous empruntons le terme d'itinéraire moral à Goffman, exprimant mieux le contenu des entretiens avec les détenus. La notion d'itinéraire moral cherche à montrer l'existence d'une phase de socialisation propre aux individus infligés d'une particularité « honteuse ». Pour Goffman :

*« Les personnes affligées d'un certain stigmatte acquièrent en général une même expérience de leur sort et connaissent des évolutions semblables quant à l'idée qu'elles ont d'elles-mêmes, parcourent, en d'autres termes, un même « itinéraire moral », cause en même temps qu'effet de leur implication dans une même suite d'adaptations personnelles. »*⁶⁶⁵

L'analyse des récits des prisonniers pour établir leurs itinéraires moraux est basée sur le comptage des différentes prises en charge et les rapports aux institutions. Dès les premiers entretiens, une impression remonte et ne se dément pas en poursuivant l'enquête. Presque tous les prisonniers rencontrés ont cumulé un grand nombre de prises en charge. 47 sur les 49 déclarant un handicap ont eu, au cours de leur vie, et souvent dès leur jeunesse, des contacts avec au moins trois institutions de contrôle social, c'est-à-dire de prises en charge sociales, médicales et/ou judiciaires. Par ailleurs, un grand nombre déclare des ruptures précoces, que ce soit avec leur famille, leur pays ou milieu d'origine ou, le plus fréquemment, avec l'école. Ainsi 45 sur les 49 parlent d'au moins une rupture précoce et marquante. Dans les entretiens, ils font les liens entre ces ruptures, les prises en charge et les incarcérations.

Si, dans le guide d'entretien, les différentes institutions sont indifférenciées, lors de l'analyse nous remarquons la possibilité de les séparer avec d'un côté les instances de socialisations et, de l'autre, les instances de traitement. On nommera les instances de socialisation la famille, l'école, le travail, le milieu ou le pays d'origine. Le pays ou plus largement, le milieu d'origine, n'était pas une instance prévue au départ. Or, presque dans tous les entretiens, le rapport à la France, en tant que pays colonisateur, est apparu très clairement. Un grand nombre de

⁶⁶⁴ BESSIN, M., BIDART, C., GROSSETTI, M. *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris : La Découverte, 2009.

⁶⁶⁵ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*, p.45.

prisonniers se disaient victimes de discriminations ou souhaitaient quitter la France à l'issue de leur peine. Les instances de normalisation sont la médecine, la justice, le travail social et de réadaptation. Ici la réadaptation a une place à part, séparée de la médecine et du travail social. Elle englobe les écoles spécialisées, le travail aménagé, les centres de réhabilitation ou de réadaptation.

Bien entendu, les instances de traitement peuvent jouer un rôle socialisateur, tandis que les instances de socialisation ont un caractère normalisateur. Néanmoins, les détenus ont distingué clairement ces instances par les manières dont ils les ont vécues et décrites. Les instances de socialisation sont généralement les espaces par lesquels l'ensemble des individus se socialise, tandis que les instances de normalisation sont les lieux et les espaces qui cherchent à restaurer des socialisations que les détenus ont considérés comme échouées.

L'itinéraire moral des prisonniers sera donc ici établi en fonction de leurs rapports à ces différentes instances. Il prend en compte le rapport aux institutions tout au long de la vie, y compris pendant l'incarcération ainsi que les projets d'avenir. Nous n'analyserons pas plus avant les positionnements par rapport à la criminalité mais les mettrons en perspective avec le discours sur la déficience.

L'itinéraire moral des prisonniers est composé donc des rapports qu'ils ont établis aux instances de socialisation et aux instances de normalisation. Il est important de noter que la distinction entre ces deux instances est opérée par les détenus eux-mêmes ayant un vécu particulier. En effet, les instances de traitements sont ici toutes liées à l'existence d'un trouble ou d'une déficience, à l'exception du système judiciaire, ce dernier venant renforcer la particularité des itinéraires moraux exposés ici.

Tableau 12 Instances de socialisation et de normalisation

Les instances de socialisation	Les instances de normalisation
Etat	Justice
Famille	Médecine
Ecole	Travail social
Travail	Réadaptation

Ainsi, les détenus évoquent non seulement ces différentes instances ou institutions, mais montrent également des rapports ambigus à ces institutions. Ils font par exemple le lien entre

leur origine sociale ou leur couleur de peau et le fait d'être exclu : « *ne pas faire partie de l'élite* » comme dit M. Constant. Par ailleurs, le fait d'être considérés comme « *des cancrés* » ou « *normaux mais pas comme tout le monde* » par le système scolaire renvoie à l'identification d'un trouble, donnant un effet cumulatif lorsqu'on lie stigmatisme relatif à la déficience, et un autre relatif à l'origine culturelle et géographique.

Une moindre capacité supposée et le fait de ne faire que des travaux précaires et subalternes est aussi évoquée quand il s'agit du monde du travail où toute remise en question de l'organisation du travail leur vaut exclusion. Ainsi, les instances de socialisation et de normalisation, même si elles sont considérées comme séparées, produisent des effets qui mènent vers un cumul des exclusions.

Dans cette même logique, ils évoquent les ruptures familiales car celles-ci ont des liens complexes avec le handicap et la prison. D'un côté, ces ruptures peuvent donner lieu à des comportements à risque, liés aux substances psychoactives et d'autres mises en danger, qui mettent à l'épreuve le corps et activent les agences de contrôle social. En outre, les ruptures familiales les font entrer automatiquement dans des accompagnements sociaux qui favorisent le dépistage de certaines déficiences et la mise en place de suivis socio-judiciaires. Ainsi, le diagnostic du trouble et la reconnaissance du handicap s'inscrivent dans des itinéraires où instances de socialisation et de normalisation tendent à renforcer le stigmatisme.

9.1. Trajectoires, instances de socialisation et repérage des déficiences

9.1.1. Le handicap entre une citoyenneté non reconnue et le rejet de la stigmatisation

Le milieu, ou le plus souvent le pays d'origine, prend une grande importance dans les discours des prisonniers. Même si la littérature explique que les prisons sont plus souvent peuplées par des minorités ethniques, nous ne nous attendions pas à cette question prenne de telles proportions dans les entretiens. Sur les 49 prisonniers 27 se déclarent d'origine étrangère.

Pour autant, les situations sont très différentes. Le groupe le plus important (n=18) est celui des hommes venant des anciennes colonies françaises. Quatre parmi eux ont la nationalité française. Les autres parlent souvent « *des problèmes avec les administrations/des problèmes avec les papiers* ». Quatre hommes viennent des DOM-TOM mais disent vivre comme des étrangers. Les cinq autres sont des étrangers venus en France depuis plus ou moins longtemps.

En plus des 27 qui se déclarent étrangers, 6 autres hommes, nés en France, déclarent s'y sentir comme des étrangers et vouloir quitter le pays à la fin de leur peine. D'autres se disent « *pas fier d'être français* » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité).

Les hommes venant de familles issues des anciennes colonies françaises font souvent état du mépris qu'ils ont dû subir, faisant le lien avec certains troubles diagnostiqués :

« La France est raciste. Quand t'as trois jeunes qui te traitent de bougnoule, c'est facile, tu te dis qu'ils sont cons. Mais quand t'es là depuis l'âge de deux ans, tes parents ont travaillé, t'as toujours travaillé, t'as tout respecté et on te refuse la nationalité, on te refuse une carte de séjour. Tu te dis, je me suis trompé, c'est la France qui est raciste. Ça c'est ce qui est au cœur de mon trouble mental, depuis qu'on m'a refusé c'est une rupture, quelque chose s'est passé. Parce que, le mépris, la non-considération des gens, c'est tout aussi barbare que le nazisme. » (Bachir, 38 ans, Maison centrale, peine de 20 ans)

Bachir fait un lien direct entre ce qu'il appelle son « *trouble mental inconscient* » et le rejet social qu'il subit depuis son enfance et qui s'est renforcé avec les multiples refus administratifs de régulariser sa situation en France. Les psychiatres et psychologues qui l'ont examiné⁶⁶⁶ avant son procès font de leur côté un lien entre ce rejet, sa personnalité « *pathologique* » et les actes pour lesquels il se trouve en prison.

Le rejet qu'ont subi les détenus, ils le renvoient aujourd'hui en rejetant la légitimité des institutions nationales, comme dans le cas de Makalou :

« Pour moi, la France c'est le pays des droits de l'homme, tous les hommes naissent libres et égaux. Maintenant, j'ai compris que la France ne respecte pas les droits de l'homme. On m'enferme soit en psychiatrie, soit en prison. Quand je porte plainte, on me prend pas au sérieux. J'ai la nationalité mais préfère être réfugié que français, parce que de toutes façons je suis pas reconnu comme français. » (Makalou, 39 ans, en attente)

Les plus âgés vont plus loin et évoquent des souvenirs de maltraitances et de sévices lors de la colonisation, faisant le lien avec les actes qu'ils ont commis :

« J'ai vu des choses. Mon père travaillait pour les français, j'ai vu des choses que je n'aurais pas dû voir, j'étais petit. Si je suis devenu ce que je suis, c'est parce que j'ai vu des choses. Les policiers et les psychiatres, ils me disent à chaque fois, les choses que je fais, j'ai dû les voir quelque part. » (Dahoudi, 65 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Ainsi, se dessine, chez les détenus, un lien extrêmement clair entre les discriminations subies et le développement d'un trouble d'ordre psychiatrique. De leur côté, les plus jeunes témoignent des difficultés de leurs parents, faisant écho aux discours des détenus plus âgés :

« Mes parents ont servi la France, mais après ils sont venus ici. Personne ne leur a dit que la France avait besoin d'eux juste pour travailler mais qu'il fallait partir après. Ils étaient rejetés des deux côtés. [...] Ils n'avaient rien, personne. Ma famille, c'était la sinistrose. » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

Le mot « *sinistrose* » peut interroger. Si, dans un premier temps, c'est dans son acception commune de « *pessimisme systématique* »⁶⁶⁷ que ce mot est entendu, le discours de M. Taleb

⁶⁶⁶ Bachir, comme beaucoup d'autres est venu à l'entretien avec son dossier judiciaire, que nous avons étudié ensemble tout en discutant.

⁶⁶⁷ Dictionnaire Larousse.

nous fait envisager autre chose. En effet, Taleb manie les mots, cite Zweig et Musil avec aisance, a des connaissances importantes en psychopathologie. Est-il possible qu'il utilise le mot « *sinistrose* » dans son sens premier, une pathologie de la non-reconnaissance des accidentés de la vie ⁶⁶⁸ ?

Ce sentiment de « *sinistrose* », de non-reconnaissance et de rejet subis et de revendications inaudibles permet de comprendre le rapport des prisonniers aux autres institutions. Ceci est particulièrement visible dans le discours de Saïd, le plus jeune de notre échantillon, rencontré pour la première fois quelques jours après les attentats du 13 novembre 2015. En premier lieu, il s'insurge à la fois contre les attentats terroristes et contre la France :

« Ils font des choses immondes [les terroristes] Mais vous vous êtes posée la question pourquoi ? [...] Je veux partir de la France. Ils [les français] ont enchainé, pendant combien de siècles, la colonisation, l'esclavage, les viols, les vols. Et là, ils veulent la paix, c'est-à-dire que quand tu sens que tu vas devoir payer, tu nies tout. » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Les hommes venant des territoires d'outre-mer ont un discours similaire, leur région d'origine étant assimilée un territoire extérieur à la France :

« Moi, j'aime beaucoup la France, mais j'ai fait le bilan, j'ai 33 ans et j'ai remarqué que la France ne m'aime pas beaucoup, beaucoup. [...] Sans insulter personne, je suis persuadé que dans ce pays il y a une grande force qui est contre des gens comme moi. C'est des gens comme moi qui vont en prison. [...] qui sont pas très clairs de peau, qui sont là, soit pour être exploités, soit pour aller en prison. Quand ça marche pas, on leur dit qu'ils sont malades, qu'ils ont des troubles. » (Constant, 33 ans, Maison d'arrêt, peine de 2 ans)

Certains étrangers, après plusieurs années de travail en France, ont bénéficié de la sécurité sociale française et sont aujourd'hui accusés d'en avoir abusé. Ce fait, sans lien avec leurs affaires, avait été mentionné lors du procès et inscrit dans les documents du jugement.

Pour certains prisonniers français, le sentiment d'être étranger existe depuis longtemps : *On était français mais on vivait comme des étrangers, on vivait dans des baraquements, des bidonvilles.* » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

⁶⁶⁸ RAIX, A. Réflexions sur la sinistrose, *Revue française de psychosomatique*, 1994/1 n° 5, p. 5-6.

Pour d'autres, ce sentiment d'étrangeté, accentué par ou se cumulant avec l'apparition d'une déficience, est apparu après l'incarcération :

« Franchement, je vais pas rester ici, je veux quitter la France, à la fin de ma peine. Je me sens pas chez moi ici. J'aurais passé 20 ans en prison en France. Je préfère aller quelque part où je me sens libre. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Parmi les 49 hommes interviewés, seuls 9 n'évoquent pas négativement le rapport à leur citoyenneté lors des entretiens.

9.1.2. Des troubles corrélés aux ruptures familiales

Les ruptures familiales donnent lieu à des repérages de troubles, faisant entrer dans le champ du handicap, du travail social ou de la médecine, de manière précoce. D'autres ruptures, bien plus tardives, donnent lieu également à des changements importants pour les détenus. Ainsi, les ruptures familiales constituent une composante de l'itinéraire moral des détenus handicapés. La moitié des hommes (n=25) déclare d'emblée des ruptures familiales alors qu'ils n'étaient pas encore majeurs.

Certains ont été abandonnés, beaucoup ont rompu avec le foyer parental très tôt. Ils ont fugué ou ont été placés, faits imposant l'arrêt de la scolarisation. Ils ont ainsi connu les assistantes sociales, les éducateurs, les juges, les foyers et les diverses prises en charge en protection de l'enfance. Samuel raconte ainsi les mécanismes de ce départ précoce où s'entremêlent problèmes familiaux, mal-être, désirs de virilité et réponses institutionnelles :

« Je suis parti à 11 ans en fugue. Je pensais qu'il y avait des problèmes dans la famille, je me sentais mal, mais aujourd'hui je vois que c'était pas des vrais problèmes. C'était des problèmes comme partout. En plus, je voulais pas vivre dans une famille de bourgeois, j'étais attiré par les quartiers chauds, par les caïds. C'est là que j'ai vu les psys, les juges, les assistantes sociales. J'ai fait des foyers, j'ai fait même un lieu de vie. Là-bas aussi je faisais des fugues. Jusque l'âge de 16 ans. Après, je suis parti en prison. J'étais déjà un peu dans la drogue. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Ainsi, problématiques familiales coïncident avec un mal-être et les premiers repérages d'une déficience ou d'une pathologie. Le rapprochement avec des instances de normalisation donne souvent lieu à des réorientations comme c'est le cas de M. Berkan :

« Ma famille c'est pas une famille, normale, unie. [...] Mon père avait commencé à taper ma mère, ma sœur était en fugue. C'est là qu'on a fait connaissance avec le monsieur, l'éducateur. Il a vu que je travaillais pas bien à l'école et il a dit qu'il allait m'envoyer dans une autre école, plus pour des cas comme moi. » (Berkan, 39 ans, Centre de détention peine de 5 ans)

Parfois, la rupture familiale a donné lieu à une entrée dans les addictions et à la délinquance :

« J'avais 13-14 ans quand mes parents se sont séparés, c'était dur. J'ai commencé à boire à cet-âge-là. Personne ne pouvait m'expliquer, je disais rien à personne. J'ai été alcoolique dur, vers l'âge de 16 ans. J'ai fait un peu de psychiatrie. A 18 ans, j'ai fait une grosse peine pour [quelque chose de très grave], j'étais complètement défoncé à ce moment. » (Durand, 33 ans, Maison d'arrêt, peine de 1 ans)

D'autres, comme Macalou, déclarent avoir pris directement le chemin vers la délinquance, malgré la prise en charge précoce par la protection de l'enfance :

« Avec ma mère c'est pas trop ça, on ne peut pas trop se supporter. Mon père est un hypocrite, je veux pas trop le voir. Mais c'est pas pour ça que je suis allé en famille d'accueil. C'est parce que je dealais un peu, comme tous les gars de la cité, j'étais un peu difficile. » (Makalou, 39 ans, Maison d'arrêt, en attente)

Les histoires de fugue, de précarité, d'abandon sont très fréquentes. Elles ont une influence sur les relations au moment de l'incarcération. Les liens avec les parents s'améliorent rarement. Les liens avec les enfants et la conjointe semblent tout aussi compliqués.

« Elle [la conjointe] veut pas qu'on s'arrange proprement. Moi, ça me blesse ça, intérieurement. Les gens ont des photos de leurs enfants dans leur cellule. Ils ont parler, ils parlent de leurs enfants. Ils [les enfants] pensent que je les ai abandonnés. C'est triste, la prison. » (Berkan, 39 ans, Centre de détention, peine de 5 ans)

Seulement deux parmi les hommes interrogés déclarent des relations apaisées avec leurs familles.

9.1.3. Des trajectoires marquées par des ruptures scolaires

34 prisonniers parmi les 49 déclarent un arrêt précoce de l'école qu'ils considèrent eux-mêmes comme problématique : « *L'école, je suis pas trop allé, j'aimais pas. C'est peut-être pour ça que je suis en prison aujourd'hui ? Je sais pas.* » (Podi, 20 ans, Maison d'arrêt, en attente de jugement)

Beaucoup font le lien entre leur statut national et leur parcours scolaire. C'est l'endroit où ils ont vécu et intégré les hiérarchies sociales :

« *A l'école, c'était pareil, en 93 c'est des écoles pour cancrés. J'ai déjà été inscrit dans des écoles privées. Là, j'ai bien compris qu'on vivait dans un pays élitiste et on m'a bien fait comprendre que je ne faisais pas partie de l'élite.* » (Constant, 33 ans, Maison d'arrêt, peine de 2 ans)

D'autres établissent des liens avec la situation familiale. Ainsi M. Couvreur explique, « *Moi, j'ai quitté l'école à 11 ans, parce que la situation familiale c'était pas trop ça, j'ai voulu aider ma famille, j'ai commencé à travailler à 14 ans.* » (Couvreur, 39 ans, Maison centrale, peine de 25 ans).

L'école peut être aussi un lieu d'humiliation comme l'explique M. Couvreur, donnant lieu à une rupture avec ce système :

« *Même avant 11 ans j'allais pas trop à l'école, on allait chez mes grands-parents, c'était pendant l'école. Un jour un de mes profs a dit quelque chose, toute la classe a compris et moi non. Ils se foutaient de ma gueule. Et moi, j'ai ma fierté, j'ai dit que je quittais l'école.* » (Couvreur, 39 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Pour d'autres, comme M. Péliissier, l'exclusion scolaire donne lieu aux premiers « *étiquetages* », qui tout en relevant de troubles des apprentissages donne lieu à un classement lié aux troubles du comportement. Ces « *étiquetages* » ne feront que s'accumuler par la suite :

« *J'étais dyslexique⁶⁶⁹, je pouvais pas parler, au lieu de dire lavabo, je disais bavalo, mais on m'a classé "révolté" parce que je venais des baraquements. J'étais en CP, c'est là que j'ai commencé à poser des problèmes. On m'a viré de l'école, on dit l'école c'est*

⁶⁶⁹ M. Péliissier a su seulement à l'âge de 55 ans, en prison, qu'il était dyslexique. Depuis, il a trouvé des méthodes pour pouvoir écrire et lire. De plus, comme il l'affirme lui-même, il s'est « *beaucoup apaisé* ».

obligatoire mais ça c'est du pipeau. Ils ont essayé de me mettre dans une autre école mais là ils ne voulaient pas de moi, ils ont dit "il suit pas, on peut pas", je me suis retrouvé sans aller à l'école. A partir de ce moment-là, les assistantes sociales se sont penchées sur mon cas. Les assistantes sociales à l'époque avaient du pouvoir, c'était des flics, elles travaillaient avec les flics. Elles appelaient et la police venait embarquer tout le monde. Donc après, centre de correction, centre de redressement, j'ai été enfermé. J'étais bagarreur, je m'exprimais avec mes poings, à partir de ce moment-là on a commencé à me classer comme psychiatriquement malade. Les psychiatres aussi se sont penchés sur mon cas. On m'a collé des étiquettes, des étiquettes rouges, très rouges. Jusqu'aujourd'hui j'ai des étiquettes. » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Une grande partie des prisonniers déclare ne pas s'être sentie bien à l'école, avoir été turbulents, impulsifs et redoublé plusieurs fois. Certains ont cherché à tout prix à éviter les écoles spécialisées :

« J'étais pas en échec scolaire. Mais je buvais déjà, je me sentais à part, je me sentais mal à l'école. Je suis arrivé en seconde, j'avais 18 ans. On m'avait proposé une autre école mais non. J'en avais marre d'être avec des gamins et des gamines. Je suis sorti sans diplôme. » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

M. Taleb, hospitalisé pendant de longues années au cours de son enfance, déclare : « *Mon école, c'est la prison.* » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

On arrive enfin à une vision empreinte de défi envers le système scolaire :

« Mais c'est la même chose l'école ! Ils nous manipulent. Depuis l'école, ils nous manipulent. C'est pour ça moi j'accepte pas ce système. J'accepte pas leurs classes spéciales, t'es hyper [actif] je sais pas quoi, t'as des troubles de je sais pas quoi. Ce qu'ils veulent : tu dois penser comme ils veulent. [...] Ils veulent que tu dises 'la France est un super pays, pas de discriminations, pas d'injustice, c'est l'égalité'. » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Si les autres ont vécu les exclusions scolaires comme autant d'humiliations, Saïd se positionne très différemment. Il doute dès le départ de l'institution. Il a donc inscrit toutes les propositions d'être placé dans un dispositif spécifique pour les troubles du comportement comme le « *complot général* » et a trouvé un motif pour quitter l'école.

D'autres prisonniers disent avoir arrêté l'école tout aussi tôt, mais ne considèrent pas cela comme problématique. Puisqu'ils sont plus âgés, « *à mon âge, on faisait pas trop d'études* » (Collard, 65 ans, Maison d'arrêt, peine de 12 ans) ou « *chez nous, [les gens du voyage] on est pas trop dans l'école* » (Jimenez, 62 ans, Maison d'arrêt, peine de 20 ans)

Beaucoup des détenus rencontrés entament des études en prison. Faire une formation est un moyen d'être rémunéré, de faire passer le temps et d'avoir des crédits de réduction de peine. Aller au centre scolaire, même si ce n'est pas rémunéré, permet de sortir de la cellule et là encore, de bénéficier des réductions de peine. Les prisonniers qui ont de longues années de prison derrière eux ont parfois effectué un nombre important de formations. De plus, les centres scolaires semblent devenir un refuge pour les prisonniers qui ne peuvent pas travailler, jugés comme particulièrement vulnérables.

9.1.4. Des trajectoires professionnelles marquées par l'affirmation du statut

Le rapport au travail est aussi complexe que celui des autres institutions. Il faut ici différencier le travail à l'extérieur et le travail en prison. Parfois le travail à l'extérieur peut être refusé ou inaccessible mais le travail en prison valorisé et, même rare, plus facilement accessible. En effet, le travail semble avoir des significations différentes en fonction de l'endroit où il est effectué.

43 sur 49 déclarent n'avoir jamais travaillé ou avoir eu seulement des métiers précaires. Plus particulièrement, 22 prisonniers déclarent ne pas avoir travaillé avant l'incarcération et refusent clairement le travail. 21 autres prisonniers évoquent l'impossibilité de travailler. Parmi eux, certains bénéficient d'une allocation adulte handicapés ou du RSA (revenu de solidarité active).

Le rapport au travail semble se concentrer autour des humiliations, des rejets et des exclusions expérimentés. Sans toujours faire de lien direct avec la déficience, la plupart des prisonniers ont vécu des situations de disqualification à l'entrée dans le travail. Ce rejet s'est résolu pour certains par un refus du travail. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'un rapport ambivalent marqué par l'amertume de n'avoir accès seulement aux postes subalternes.

Le refus du travail est souvent expliqué sur le même mode :

« J'ai essayé de travailler, comme tout le monde, à l'usine. Je parlais bien le français, j'ai voulu m'intégrer. Mais là-bas, les chefs c'étaient des blancs, qui nous traitaient comme des esclaves. Moi, je suis impulsif, il faut pas me chercher. J'ai frappé un contremaître. Après j'ai dit 'je vais plus travailler, je suis allergique au travail, je préfère qu'on me coupe un bras que de travailler'. » (Dahoudi, 65 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Le plus souvent c'est l'argument principal qui est mis en avant pour justifier le refus du travail : l'exploitation, « *les patrons voyous* » et le « *manque de respect* » lorsqu'on fait des métiers subalternes.

Mais il peut arriver qu'au cours des entretiens d'autres explications soient données. M. Berkan par exemple annonce au début de notre premier entretien : « *Jamais travaillé moi, dehors, jamais. C'est pas que je suis fier.* » Pour dire finalement lors du troisième entretien :

« Déjà, avec mes yeux, je ne peux pas travailler. Mais, même avant. Je me disais, si je trouve un travail et le patron voit que je ne sais pas lire, je ne sais pas écrire. Déjà que, même si tu marches droit, ils sont là à te dire « bougnoule ». S'ils voient que tu sais pas écrire ... » (Berkan, Centre de détention, 39 ans, peine de 5 ans)

Parmi les prisonniers qui ont été empêché de travailler, il y a eu principalement ceux qui ont été contraints par leur handicap. Comme Vannart : « *J'ai eu mon accident à 19 ans, j'étais déjà en chaise roulante. J'ai pas beaucoup travaillé dans ma vie.* » (Vannart, 66 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Ou comme Gérard :

« Oui, je veux travailler, j'ai cherché déjà mais quand on voit que j'ai fait de la prison et surtout, l'hôpital psychiatrique. C'est compliqué. Avec les crises, les patrons n'osent pas. La reconnaissance [MDPH] pour être travailleur handicapé, ça m'a vraiment donné de l'espoir de travailler. Mais ça n'a pas marché. » (Gérard, 35 ans, Centre de détention, peine de 3 ans)

La plupart des prisonniers qui acceptent avec résignation le fait de ne pas travailler ont une reconnaissance médico-administrative de leur handicap.

21 prisonniers déclarent avoir cumulé des métiers précaires. Ils parlent de petits boulots, du travail « *à droite à gauche* », ou du travail « *au noir* ».

C'est dans ce groupe que l'on trouve ceux qui éprouvent un sentiment de rejet social par rapport à leur intégration à l'emploi. C'est leur capacité de travailler qui est remise en question, comme le raconte M. André :

« A 18 ans, je devais faire le service militaire. J'étais content, j'avais demandé à faire le service long, je pensais intégrer l'armée après. A l'époque, j'avais caché mes marques [des tentatives de suicide et automutilations] mais le psychiatre a vu quelque chose. Ils m'ont classé 4. Ça veut dire « différent des autres », ça veut dire « inapte ». Ça a été un tournant dans ma vie, être classé incapable même pour faire l'armée. Après ça, j'ai été cassé, j'ai fait des boulots de manutention et même pour ça, on me disait que j'étais lent. Je quittais les boulots parce que je ne voulais pas les laisser franchir cette limite : de me dire que je suis incapable. » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

L'armée, la police, la gendarmerie sont des institutions visées par une grande partie de ces hommes. On envisage d'y travailler pour effacer des humiliations passées et pour faire preuve d'être du bon côté de la masculinité. M. Verner nous donne un exemple :

« Vous n'allez pas me croire mais j'ai voulu faire l'armée. On avait fait des stages et à la fin on nous a demandé qui voulait rejoindre l'armée. Ça m'avait fait du bien, je pensais que je pouvais trouver une place. Vous savez quoi ? Je suis le seul qui a levé la main, je suis le seul qui n'a pas été pris. Ça aussi, ça m'a cassé ça. Après, j'ai cherché un employeur, comme j'ai pas trouvé tout de suite, j'ai commencé les conneries. » (Verner, 45 ans, Maison d'arrêt, peines de 30 mois)

D'autres n'avaient tout simplement pas les papiers administratifs et ne pouvaient pas travailler autrement qu'au noir. Pour eux, il a été d'autant plus facile de basculer dans des activités illicites, leur seule présence sur le territoire représentant un délit. Certains ont cumulé les petits boulots et des activités répréhensibles.

Seulement 6 prisonniers déclarent avoir eu un travail pérenne et satisfaisant avant l'incarcération. Tous sont retraités et en prison pour la première fois. Leur handicap a été reconnu tardivement.

Le travail en prison n'a pas la même signification qu'à l'extérieur. Le plus souvent ceux qui ont travaillé à l'extérieur ne travaillent pas en prison. En effet, ils ont des retraites ou d'autres

moyens qui leur permettent de vivre en détention sans travailler. Ils préfèrent ne pas se mélanger avec les autres détenus :

« Non, je n'ai plus besoin de travailler. J'ai une bonne retraite, on peut dire que ma retraite c'est plus que le salaire d'un directeur de prison. Je laisse le travail à ceux qui ont besoin. En plus, je ne connais pas bien ce milieu mais j'ai découvert ici, que la plupart ne savent pas lire ni écrire, il y en a beaucoup qui n'ont jamais travaillé. »
(Cormier, 75 ans, Maison d'arrêt, peine de 15 ans)

Le travail en prison participe à l'économie de la réputation. Ceux qui ne travaillaient pas à l'extérieur et notamment ceux qui refusent le travail peuvent avoir des emplois relativement convoités, en cuisine ou comme auxiliaires de service général. Faisant partie de la criminalité organisée, connaissant la prison, ils maîtrisent souvent les codes pour obtenir un emploi valorisé qui leur permet de passer du temps en dehors de la cellule et être en contact avec pas mal de personnes. Ayant une certaine réputation auprès des autres détenus, ils contribuent à la gestion de la détention. Dans tous les cas, le travail en prison est chargé symboliquement :

« C'est la première fois que je travaille en détention. Avant, je ne voulais pas me plier à leur système. Là, j'ai décidé d'arrêter des mandats et de couper le cordon avec le milieu. Je travaille, je suis quitte avec la justice et avec la détention. Quand je discute avec les chefs, ils me le disent « t'as rien à faire en prison ». C'est pas qu'on s'aime mais voilà, je suis là quand il y a un problème. » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peine de 11 ans)

M. Berkan le dit encore plus clairement :

« Jamais travaillé dehors, toujours travaillé en prison. Toujours. Comme ça, je suis bien avec les chefs, je suis bien avec les détenus. Ça donne un peu d'argent. Ça donne un peu de contacts. C'est bien. » (Berkan, 39 ans, peine de 5 ans, criminalité organisée)

Les détenus qui bénéficient d'une allocation peuvent refuser le travail. D'autres, bien qu'ayant un handicap trouvent valorisant de pouvoir travailler :

« C'est mieux depuis que je travaille. J'aime bien quand on a des vraies commandes. On travaille dur. J'aime pas trop quand c'est juste pour nous occuper. En plus, je peux aller travailler dehors dans un ESAT. Avant, on me disait toujours qu'on pouvait pas trop me classer. » (Boulangier, 30 ans, Centre de détention peine de 2 ans)

Parfois, le travail thérapeutique peut être stigmatisant mais reste une solution pour gérer la vie quotidienne en prison.

« Travail thérapeutique, oui. C'est pour me payer moins, on dit travail thérapeutique. Je travaille comme tout le monde. Mais c'est quand même bien, parce que sinon je peux pas travailler. J'ai pas de papiers, j'ai pas de pension, ma famille vient pas me voir, j'ai rien. » (Mokhtar, 49 ans, Maison d'arrêt, peine de 12 mois)

Le repérage des déficiences et la reconnaissance du handicap sont fortement liés aux rapports que les personnes ont aux institutions de socialisation. Ces rapports sont d'une grande complexité, articulés les uns aux autres.

9.2. Les instances de normalisation et les « déviations »

Les instances de traitement ou institutions normalisatrices se différencient des instances de socialisation car, comme nous l'avons déjà évoqué, elles concernent uniquement les personnes dont la socialisation n'est pas réussie. Sont concernés par ces institutions les personnes considérées comme déviantes dans un sens très large, que ce soit de manière temporaire comme la maladie ou la peine de prison ou permanente comme pour le handicap.

Les institutions retenues, telles qu'évoquées dans les discours des prisonniers sont la justice pénale, la médecine, le travail social et la réadaptation. Il s'agit toujours d'institutions qui se donnent pour but de réparer certains faits, ou de rééduquer comportements et individus. Leurs programmes, au sein de ces instances, se basent sur des traitements qui affichent une volonté de retour à la norme ou à l'ordre. Leurs outils mêlent coercition, soin et persuasion.

9.2.1. Des parcours marqués par les « *problèmes avec la justice* » visant à mettre à distance la vulnérabilité

Nous parlons ici de justice pénale dans ces rapports avec la peine de prison. Les rapports à la justice sont fortement dépendants du nombre d'incarcérations et donc d'une socialisation carcérale.

Parmi les 49 prisonniers, 18 sont en prison pour la première fois. La moyenne d'âge de ce groupe est de 52 ans, avec une surreprésentation des personnes ayant plus de 60 ans. C'est dans ce groupe que nous trouvons les hommes ayant fait des études supérieures et ceux qui avaient des emplois stables avant l'incarcération. Ils ont aussi déclaré moins de ruptures dans la famille parentale. C'est dans ce groupe que la prison a le pouvoir stigmatisant le plus fort. Plusieurs personnes évitent de parler de l'infraction, d'autres réfutent la qualification des faits ou font état d'un fort sentiment de culpabilité. Certains sont déçus de la justice : ils affirment avoir toujours été plutôt du côté de la justice et non pas des délinquants. Avec eux, le cours de l'entretien est détourné autour des questions de maladie. Ils adossent plus facilement l'identité de malade que du criminel.

Dans ce groupe, trois prisonniers ne correspondent pas à cette description. Ils possèdent et revendiquent une culture criminelle, un « *nom* » même dans « *les milieux* ». Ils sont pour la première fois en prison car, comme ils le déclarent, ils n'ont pas pu être arrêtés plus tôt.

31 prisonniers cumulent plusieurs peines de prison et des inscriptions dans le casier judiciaire. Parmi eux, plusieurs ont été incarcérés une première fois avant la majorité. C'est dans ce groupe que la prison fait partie de la vie des prisonniers. Lors des entretiens, ils disent : « *La prison, c'est la routine* » ; « *Mon école, c'est la prison* » ; « *J'ai passé plus de temps en prison que dehors* ». Dans ce groupe, on parle facilement des « *problèmes avec la justice* », des « *affaires* » et des « *faits* » et des « *méfais* ». On explique la vie quotidienne en prison, les rapports avec les surveillant.e.s, les professionnel.le.s pénitentiaires et les juges. On compare des établissements, mais aussi des surveillants et des juges.

Les liens entre justice pénale et justice sociale sont automatiquement établis par ces prisonniers :

« Qu'est-ce qui mène en prison ? Est-ce que ça fait partie de votre étude ? La misère. C'est quand on veut sortir de la misère. Parce que on a rien à faire et pourtant on est doué. On est doué mais tant qu'on ne nous met pas dedans, tant qu'on reste dehors, ben on va voler, on va dealer. Ça, on sait faire ça. Les gens n'ont rien à faire, c'est pour ça. On les laisse comme ça, on leur donne des boulots de merde. En plus, ils veulent tous devenir des stars. Ils ne veulent pas être exploités. Donc, c'est direct la prison. » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Si Saïd interprète l'entrée en prison en termes de classes sociales issues de la colonisation, d'autres mettent en avant la couleur de peau. Constant va jusqu'à s'étonner que son codétenu, « *blanc* », soit en prison :

« Mais lui, il a rien à faire en prison, il n'a pas besoin de la criminalité. Les mecs [blancs] comme lui, en prison on les compte sur les doigts de la main et dans l'autre monde, du travail, les mecs comme moi [noirs] on les compte sur les doigts d'une main. C'est les chiffres qui parlent. » (Constant, 33 ans, Maison d'arrêt, peine de 2 ans)

Ainsi, on voit se dessiner des « *mondes* » plus au moins accessibles aux uns et aux autres. Mais il n'est pas nécessaire de parler de couleur de peau ou de politiques postcoloniales. Ainsi, Robert s'exprime avec véhémence : « *Je hais la justice, c'est le pouvoir, l'argent, les puissants.*

Ils prennent des années de vie des gens qui ne sont pas comme eux, qui n'ont pas d'argent ».
(Robert, 45 ans, Centre de détention, peine de 8 ans)

A cela s'ajoute le fait que la fonction de réinsertion de la prison est souvent moquée. Elle est la base de nombreuses blagues entre détenus : « *Vous savez quel est le problème avec la réinsertion ? Une faute d'orthographe. Ils disent réinsertion mais en fait ils veulent dire réincarcération.* » (Gérard, 35 ans, Centre de détention, peine de 3 ans)

Nous avons donc deux groupes de prisonniers, ceux adhérant aux principes de la justice pénale et déçus de devoir la subir et ceux qui rejettent sa légitimité.

9.2.2. La médecine dans les biographies des prisonniers : entre pouvoir de disqualification et d'émancipation

Les prisonniers interrogés se séparent également en deux groupes lorsque nous envisageons leur rapport à la médecine. 17 parmi eux voient la médecine comme un pouvoir mobilisé pour leur disqualification. Ainsi, ils n'acceptent pas la pathologie que l'on cherche à leur imputer, une maladie psychiatrique ou une déficience intellectuelle. Pour beaucoup, l'incarcération a amplifié ce ressenti de disqualification au point de ne plus différencier les logiques médicales des logiques carcérales. Plusieurs parmi eux ont des séquelles physiques de la vie qu'ils menaient auparavant, comme des tentatives de suicides, des automutilations, des bagarres, des affrontements avec la police ou des accidents. C'est d'ailleurs d'abord de ces séquelles physiques dont ils nous parlent lors des entretiens et cherchent ainsi à dissimuler les séjours en psychiatrie ou dans des dispositifs spécialisés.

Même s'ils parlent des problèmes psychiatriques, comme Samuel, le récit des différentes prises en charge semble moins précis que le récit de la vie en prison ou même l'infraction. Comme Samuel le dit lui-même : « *Dès que je suis tout petit, je voyais des psys. Même en maternelle* », mais il refuse toutes les prises en charge et cherche alors à s'évader de son milieu en assurant : « *J'avais pas de trouble, non, c'est moi qui voulais partir, c'était pas à cause d'un trouble* ». Il explique plus loin dans l'entretien que c'est seulement maintenant qu'il a compris que la maladie psychiatrique n'est pas une faiblesse :

« Avant, en prison, les mecs comme ça, on se foutait d'eux, on se disait que c'est des faibles. Maintenant, c'est moi le fou. Les psys, on les voyait que pour les RPS [réductions de peine supplémentaires], que pour ça. Mais maintenant je sais que c'est une maladie, c'est pas un trouble, c'est une maladie. Là, je vais voir les psys, on discute vraiment. Je vais voir les infirmières, on discute des médicaments, des humeurs, ça fait du bien. Y a quelque chose d'humain. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Tout comme le refus de nommer sa maladie un trouble, il refuse absolument d'envisager son état comme une vulnérabilité. Lorsque nous lui proposons maladroitement dans l'entretien : « vous vous êtes senti vulnérable ? », il réfléchit et répond « Vulnérable non. Non, j'ai dépassé ça, je suis dans le soin, je ne me suis pas laissé aller ». La maladie a été envisagée comme une épreuve morale, une « lutte »⁶⁷⁰ et a donné lieu à de multiples réajustements identitaires. M. Samuel contrôle les effets, maîtrise son traitement, bénéficie des thérapies proposées.

Certains détenus préfèrent parler même de l'organisation de la prison comme créateur de handicap : « Le handicap, ici c'est l'administratif, les formalités, je suis obligé de crier pour passer au-delà de toutes ces formalités. Après, ils veulent que je voie des psys. » dit M. Constant. Il explique ensuite : « vous savez ce que c'est de vivre dans une administration ? En prison, c'est comme si tu vis à la CAF ou aux impôts. Mais pour tout, 24 heures sur 24, tu veux [aller aux toilettes] tu t'organises, tu veux manger, tu t'organises, limite tu remplis une fiche. »

Même s'il admet que ses problèmes « d'énerverment » ont toujours existé et qu'il a besoin soit de médicaments, soit de fumer pour se calmer, la prison vient renforcer ses difficultés :

« Mais ici, c'est un cercle vicieux. Pour un droit qu'on a, on nous dit d'écrire, de le demander. On ne nous répond pas ou on nous répond n'importe quoi. Ici, c'est la plus grande difficulté, c'est notre dilemme, si on a un problème, si on ne s'énerve pas et risquer d'aller au mitard, ou en HP, on a rien. » (Constant, 33 ans, Maison d'arrêt, peine de 2 ans)

M. Couvreur, venu pour nous parler d'une déficience motrice légère, voit aussi plutôt « l'administratif » comme un handicap, renvoyant à la dimension enveloppante⁶⁷¹ de l'institution totale :

⁶⁷⁰ Une des manières de se positionner face à une maladie est selon C. Herzlich d'en faire un métier, c'est-à-dire de lutter contre : HERZLICH, C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Editions EHESS, 1992, première édition 1969.

⁶⁷¹ GOFFMAN, E. 1968, *Op. cit.*

« Le handicap, le problème ici, c'est l'administratif. On est fermé, on peut pas sortir, on peut pas appeler comme on veut, on peut pas faire les choses. C'est ça le handicap ici. On est pas autonomes, on nous dit d'être autonomes mais c'est pas autonome ça, c'est faire comme ils veulent. Parfois, j'ai envie d'être comme ceux qui tiennent tête mais j'ai pas [le courage], et ça paie pas d'être brutal. » (Couvreur, 39 ans, MC, peine de 25 ans)

Ici, c'est surtout le rapport à la norme qui semble poser problème. Lorsque le regard de l'autre suggère une faiblesse ou un manque de maîtrise, les hommes détenus persistent à prouver le contraire. Cette réaction les dessert souvent car elle renforce l'impression de manque de contrôle. Dans ce groupe d'habitues de la prison, le stigmate se constitue plutôt autour de la déficience qu'autour de l'infraction.

Certains préfèrent parler longuement des infractions, des séjours en prison et absolument éviter les conversations autour d'une éventuelle déficience. Ainsi, M. Makalou aime raconter en détail le contexte des infractions commises, les rencontres avec les policiers, les stratégies complexes mais rarement payantes présentées devant un juge. Il s'agit pourtant d'infractions que les surveillants lui conseillent de taire en prison. Il se renferme lorsque nous parlons de ses prises en charge autres que pénales. Pour son entretien, comme beaucoup d'autres détenus, il vient avec son dossier judiciaire. Nous le regardons ensemble, nous lisons dans l'expertise médico-psychologique qu'il a été dans une école spécialisée pour des troubles du comportement, qu'il a été hospitalisé en psychiatrie et qu'il bénéficie de l'allocation adulte handicapé.

Lorsque nous évoquons sa scolarisation, il évoque son école primaire et le centre éducatif renforcé mais n'aborde pas l'école spécialisée. A nos questions, il répond par des *« je me rappelle pas, je sais pas »* et cherche à éviter le sujet. C'est la même réponse : *« je me rappelle pas, je sais pas »* que nous avons concernant l'allocation et les hospitalisations en psychiatrie. Toutefois, il consent à nous expliquer que les hospitalisations en psychiatrie ont eu lieu lorsqu'il était en prison et étaient dues à l'enfermement : *« c'est quand je suis en prison que je vais en HP, sinon tout va bien, j'ai pas de problèmes »*.

Par rapport à la médecine, un second groupe se dessine. 18 hommes parlent assez facilement d'une pathologie, de maladie ou de déficience. Ils sont même souvent en demande d'amélioration des soins. La majorité a des pathologies somatiques, parfois accompagnées d'états anxieux ou dépressifs. Ils parlent peu de ces états, même s'ils sont souvent antérieurs

aux pathologies somatiques. Comme le groupe précédent, ils les évoquent en toute fin d'entretien. Les hommes détenus malades se différencient néanmoins par rapport au moment de survenue de la maladie. Ceux dont la maladie s'est déclarée avant l'incarcération ont une attitude relativement apaisée à la médecine. Lorsque la maladie s'est déclarée en prison, surtout à partir de 50 ans, l'attitude devient plus ambiguë. Les liens avec l'incarcération sont toujours recherchés, soit comme une conséquence directe de l'enfermement, soit à cause de l'insuffisance des soins.

M. Soussan fait partie du groupe qui a une relation apaisée à la médecine. Il a une paralysie depuis l'âge de 16 ans. Il a subi plusieurs opérations et de nombreux traitements : « *Au début, on avait trouvé des médicaments. Quand je les prenais, je pouvais rester plusieurs heures debout, marcher. Pendant ce temps, je commettais mes délits.* » (Soussan, 47 ans, Maison d'arrêt, en attente de jugement encourt une peine de 3 ans)

Il a été incarcéré plusieurs fois et devient même un informateur avisé sur l'évolution des cellules aménagées des établissements pénitentiaires dans la région. Il ne déclare aucune difficulté liée à la vie en détention, ne subit aucun stigmate par rapport aux autres détenus, se sent bien soigné et pris en charge. Bien évidemment, le déplacement en fauteuil roulant manuel est « *un calvaire* » pour lui, et ses bras commencent à en souffrir. La dimension pénitentiaire est évoquée pour décrire la difficulté de l'attente du jugement et le côté « *froid et inhumain* » de la prison où il est enfermé. Mais l'entretien laisse l'impression de ne pas être en prison. A notre question sur les relations avec les personnels pénitentiaires, il répond : « *Bien, c'est-à-dire, qu'ils s'en foutent complètement. Comme je vais au médical tous les jours, c'est comme si j'étais pas là pour les surveillants.* » (Soussan, 47 ans, Maison d'arrêt, en attente de jugement, encourt une peine de 3 ans)

Le contraire du cas de M. Soussan est beaucoup plus fréquent. M. Pélissier déclare s'être retrouvé sans l'usage de ses jambes à la suite d'une longue grève de la faim et de la soif, engagée contre la prison où il était. M. Dunod, de son côté, considère avoir été moins bien soigné parce que prisonnier, ce qui a contribué à la dégradation de son état de santé. Enfin, nous avons rencontré seulement 7 prisonniers qui déclarent, sans chercher à les cacher, des prises en charge en psychiatrie.

9.2.3. Le travail social, signe d'une mise à l'écart

Sous le terme de travail social sont regroupés tous les suivis et les prises en charge par des travailleurs sociaux – assistant.e.s sociales et éducateur.ice.s – évoqués par les prisonniers. Le suivi social en prison n'est pas pris en compte, souvent vécu comme faisant partie de la prise en charge pénitentiaire.

27 prisonniers déclarent avoir eu une ou plusieurs prises en charge sociales à l'extérieur de la prison. On peut différencier ceux (n=12) qui ont eu des suivis dès leur enfance – le plus souvent éducateur familial et placement en famille d'accueil ou en foyer – de ceux qui ont eu une prise en charge seulement quand ils étaient adultes (n=15). Les adultes ont été surtout concernés par des suivis par une assistante sociale suite à des problèmes de logements ou de revenus. Quelques-uns ont eu des suivis à la sortie de l'hôpital ou de la prison.

Parmi ceux qui ont eu des prises en charge dès l'enfance, un grand nombre les refuse et les vit comme disqualifiantes :

« Ma mère était partie avec un monsieur et mon père faisait les trois huit, une assistante sociale est venue nous voir. On nous a mis en internat, c'était bien, je dis pas. Elle a fait ce qu'elle pouvait cette dame. Mais là, on était avec des gens, des plus grands, des plus petits, des cas soc'. Qui étaient chacun avec un problème. On était normaux, c'est pas qu'on était pas normaux, mais on était pas normaux comme les autres. C'est ça que je lui reproche à cette dame, elle nous a mis là et après, nous, on savait que on était pas trop normaux quoi. A l'école, on nous regardait comme les retardataires, on s'occupait pas trop de nous, on était mis de côté. » (Chauvet, 52 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

Au côté dégradant de ces prises en charges s'ajoute leur « inutilité », motif de leur rejet :

« Le truc PJJ, éducateur, c'est du foutage de gueule ! Ça là ? Les trucs pour enfants ? Pffff. La plus grande arnaque du monde qu'ils ont inventé, c'est la PJJ et tous les services jeunesse. Tout le tra-la-la, c'est une arnaque à l'état, fabuleuse. Ils ne servent à rien. Depuis l'âge de 13 ans je ne fais que ça. CEF, foyer, éducateurs, assistantes sociales, référentes, je sais pas quoi. Eux, ils m'ont tué ! Il y a plein de métiers en France, ça sert à rien. Les psychologues, oh là-là-là, ils me rendent fou aussi. Ils sont tous dans le même système. » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Les prises en charge sociales à l'âge adulte sont mieux vécues par les prisonniers. Ils considèrent avoir eu de la chance d'être accompagnés pour trouver un logement ou obtenir une allocation.

23 autres ne déclarent aucune prise en charge sociale à l'extérieur de la prison. Dans ce groupe, nous trouvons tous ceux qui sont pour la première fois en prison et qui ont eu des emplois pérennes. Mais nous trouvons également un grand nombre de prisonniers qui refusent l'accompagnement social ne souhaitant pas apparaître comme des « *cas sociaux* ».

9.2.4. La réadaptation comme socialisation de la déficience

La réadaptation est différente du travail social et de la médecine en cela qu'elle cible directement les déficiences et les limitations fonctionnelles. Ainsi, sont regroupés ici la scolarisation dans le secteur médico-social (orientation et expériences en établissements spécialisés), le travail aménagé, les différentes cures et centres de rééducation et de réadaptation. Nous prenons également en compte les allocations et les compensations du handicap.

21 prisonniers déclarent une prise en charge effective liée à une déficience. Ils ont tous eu des prises en charge sociales et médicales. Elles ont été plutôt bien acceptées. Dans ce groupe, nous trouvons notamment ceux qui sont en prison pour la première fois et qui ont des rapports non conflictuels à la justice et à la prison.

12 prisonniers déclarent clairement leur refus des prises en charge qui ont été souvent proposées dès leur enfance. Parmi eux, il y a ceux qui ont un rapport conflictuel à la justice et vivent la prison comme une « *routine* ». Ils considèrent ces prises en charge comme disqualifiantes. De même, leurs problèmes de santé sont plutôt vus comme relevant des problèmes sociaux et non pas de la médecine. C'est d'ailleurs ceux qui ont quitté l'école d'une manière précoce pour échapper aux prises en charge liées à leur handicap.

16 prisonniers déclarent ne pas avoir vécu de prise en charge de la limitation d'activité à l'extérieur de la prison. Une partie n'a pas eu besoin de réadaptation. La seconde partie est composée d'étrangers qui n'ont pas eu la possibilité de bénéficier de prises en charge appropriées.

9.3. Les articulations entre instances de socialisation et de normalisation

Les parcours des détenus sont riches d'expériences morales. Il s'agit de ces moments où ils ont été catégorisés comme déviants. Catégorisations par rapport auxquelles ils ont dû se positionner. Ces expériences, soit peu à peu, soit brutalement, ont changé le regard qu'ils se portaient et le regard qu'ils portaient sur le monde. Ce regard se reflète dans les manières d'envisager le handicap et la prison, mais aussi plus largement le stigmate et l'institution totale.

Dans leurs discours, les prisonniers établissent des liens entre la prison, le handicap, les instances de traitement et les instances de socialisation. Le lien entre les différentes instances de socialisation apparaît comme naturel dans le discours de nombreux d'entre eux : une famille « *brisée* » est vue comme le révélateur d'un manque d'intégration, qui aura des conséquences sur la scolarité et le travail.

Dans leur itinéraire moral, les prisonniers, ne se limitent pas au phénomène vécu mais semblent changer de perception sur le reste du monde. De cette manière, ils acquièrent de nouvelles manières de se positionner par rapport à toutes les institutions. Mazzini nous raconte par exemple :

« A 11 ans, on avait fait des graffitis. C'était pas des vrais, c'était pas super. Mais la police nous a pris et j'ai fait 24 heures de garde à vue, à 11 ans. Mes copains, les parents sont venus les chercher. Moi, non, comme il y avait déjà des problèmes dans la famille, ils avaient vu l'assistante sociale, c'était super compliqué. Je suis resté 24 heures en garde à vue. Alors qu'à cet âge-là on jouait aux gendarmes, moi je voulais être policier plus tard. J'ai été vraiment déçu, je voulais plus aller à l'école, je voulais plus rien faire. » (Mazzini, 40 ans, Centre de détention, peine de 24 ans)

Les prisonniers interrogés ont souvent vécu plusieurs prises en charge, médicales, judiciaires et sociales. Ceux qui ont été pris en charge depuis leur enfance font état d'une non-différenciation de ces instances. Il ne s'agit pas de dire que les prisonniers ne font pas la différence entre une école spécialisée, un hôpital ou une prison mais de concevoir qu'ils les vivent sur le même mode :

« J'ai fait beaucoup d'hôpitaux quand j'étais jeune [tuberculose, greffe de la peau], c'est L'assommoir de Zola. Une fois que ça s'est terminé, c'était la prison. Je compare toujours l'hôpital à la prison, j'avais mes repères. Quand je suis venu en prison, j'ai pas eu de choc. » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

Mais aussi :

« Avant de venir en prison, je faisais des allers-retours, en foyer, après en hôpital, en centre de rééducation, en centre de réadaptation. Mais les foyers c'était dur, j'étais un cas spécial, ils ne voulaient plus trop de moi. [Demande de couper l'entretien et nous reprenons quelques minutes plus tard]. En centre de réadaptation, ils sont trop dur là-bas, franchement c'est pas une liberté, c'est comme si c'était une prison mais sans les barreaux et sans les surveillants, il y a des AMP [aides médico-psychologiques] et des aides-soignantes. » (Kobé, 28 ans, Maison d'arrêt, peine de 4 mois)

Les plus jeunes expriment de la même manière un vécu similaire quelles que soient les prises en charge, où l'intervention institutionnelle est ressentie sur le même mode. Cette indifférenciation des instances de normalisation donne en même temps lieu à une « *dynamique enveloppante* » caractéristique des institutions totales⁶⁷². On voit dans l'extrait suivant que même si le prisonnier connaît bien les différences institutionnelles, il les vit de la même manière :

« Foyer, CEF, RASED, ITEP tout ça j'ai fait, c'est la même chose. La même chose, t'es enfermé, y a des gens qui te disent tu dois faire ça, ça c'est pas bien, il faut prendre des médicaments, il faut travailler. C'est vrai que c'est pas la même chose. CEF ou ITEP c'est mieux pour celui qui veut s'en sortir. Moi, j'en ai rien à foutre, je préfère la prison. Ici au moins c'est clair. » (Saïd, 18 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Les prisonniers adoptent différents comportements en fonction de la manière de se positionner par rapport à ces institutions. Ils articulent les rapports aux instances de socialisation et de normalisation de différentes manières. Ainsi, pour notre plus grand étonnement une attitude d'opposition aux instances de socialisation ne correspond pas au même type d'attitude en rapport aux instances de normalisation.

Nous avons donc codé les rapports que les prisonniers avaient à la citoyenneté, la famille, l'école et le travail et les avons croisés avec les rapports aux institutions de traitement. Deux

⁶⁷² GOFFMAN, E. 1968, *Op. cit.*

grandes attitudes sont apparues en rapport avec les instances de socialisation, de refus et d'adhésion. Le plus souvent les prisonniers ont décrit leur sentiment d'exclusion et des pratiques qu'ils jugeaient discriminatoires. Deux voies se présentaient à eux, soit refuser le système qui les exclut, soit continuer à y adhérer.

Dans quelques entretiens, les instances de socialisation n'ont suscité aucun discours. Cela signifiait un rapport non conflictuel et donc une adhésion. Il s'agit d'attitudes purement subjectives aux expériences morales et nous n'avons pas cherché à prouver les mécanismes d'exclusion ou de disqualification que les prisonniers évoquaient. Il suffisait qu'ils en parlent.

Quant aux instances de traitement, nous l'avons déjà évoqué, deux grandes attitudes sont apparues. Certains, qu'ils aient vécu ou pas des prises en charge, refusaient d'emblée ces institutions en les considérant comme disqualifiantes. D'autres, même exclus de ce type de prise en charge, semblaient y adhérer.

Le tableau qui suit montre les différents types de positionnements. En effet, un refus des institutions de socialisation ne signifie pas directement un refus des instances de normalisation et inversement. Ces attitudes peuvent se combiner en quatre grands positionnements, illustrés par des paroles des prisonniers.

Tableau 13 Rationalités structurant les itinéraires moraux

Instances de traitement	REFUS	ADHESION
Instances de socialisation		
REFUS	Des itinéraires marqués par l'opposition aux institutions	Des itinéraires marqués par l'intériorisation du stigmaté
ADHESION	Des itinéraires marqués par les tentatives d'être intégré	Des itinéraires marqués par une proximité affichée aux normes sociales.

Des itinéraires marqués par l'opposition aux institutions

Lorsque le prisonnier déclare à la fois un refus des instances de socialisation, utilisant l'argument de l'exclusion et de l'oppression du « système », et un refus des instances de traitement, ici envisagées comme la sanction du refus de socialisation, il est dans une attitude d'opposition. Cette attitude est illustrée par les mots de M. Dahoudi qui déclare que son refus du travail, de la famille, du système pénitentiaire mais aussi de la psychiatrie ont la même source, être « *contre le système* ».

Des itinéraires marqués par les tentatives d'être intégré

Certains prisonniers adhèrent toujours aux valeurs sociales en cours et c'est pour cela qu'ils s'opposent aux institutions normalisatrices. Le refus d'être considéré comme déviant et pris en charge est, par ailleurs, la mesure de leur adhésion aux institutions de socialisation. La phrase de M. André, « *je voulais devenir quelqu'un* », pour expliquer son refus de prise en charge psychiatrique et de bénéficier d'une allocation illustre son adhésion aux normes « *capacitistes* ». Il confie qu'il n'aurait pas supporté le diagnostic de malade et donc, selon lui, d'incapable.

Des itinéraires marqués par l'intériorisation du stigmata

Un troisième groupe refuse les instances de socialisation mais adhère aux instances de normalisation. Même si ces cas sont rares, il s'agit de personnes issues de « *bonnes familles* » qui souhaitent prouver leur « *différence* » avec leur milieu. M. Mokhtar le dit bien : « *je voulais faire le mauvais garçon* ». Pour ces personnes, la prison ou l'hôpital sont vécues aussi comme des échappatoires pour des situations difficiles.

Des itinéraires marqués par une proximité affichée aux normes sociales

Le dernier groupe est celui de ceux semblant adhérer aux deux types d'instances. Ils ont souvent eu une vie qu'ils qualifient de « *rangée* » et se présentent en prison comme « *monsieur tout le monde* ». Ils ne parlent pas beaucoup de leur infraction et préfèrent que l'on oublie leur présence en prison.

9.4. Trois itinéraires moraux selon le moment d'irruption du trouble

La manière dont la question du handicap est vécue dépend fortement des articulations des différentes prises en charge dans les itinéraires des prisonniers. En effet, lorsqu'on évoque la question du handicap, les prisonniers font le lien avec toutes ces instances.

Nous appelons donc ici déficience tout écart physique et mental à une norme sociale. Cet écart est facilement repérable dans les interactions quotidiennes et peut donner lieu à des dispositifs et traitements spécifiques (aides, compensations, aménagements). Nous ne l'envisageons pas le comme un état, ni comme une nature des personnes, mais comme se produisant lors des relations sociales.

Ainsi, pour qu'une personne devienne handicapée, sa déficience doit être rendue visible et elle et/ou ceux qui l'entourent doivent accomplir certains gestes de compensation ou d'aide. La personne peut demander une prise en charge médicale renforcée, du matériel médical ou bien des aménagements. Elle peut souhaiter bénéficier d'une allocation ou bien d'une libération pour raison médicale et cela peut susciter des doutes et des soupçons par rapport au handicap. La personne peut se plaindre des attitudes des autres détenus. Elle peut chercher à cacher ou à ajuster son comportement, mais elle peut, à l'inverse, aussi mettre en scène son handicap. *In fine*, il s'agit pour la personne d'admettre et de faire admettre sa différence.

De l'autre côté, il faut que les personnes qui catégorisent et classent puissent reconnaître la déficience comme problématique pertinente. La reconnaissance⁶⁷³ du handicap est donc une relation où les deux parties doivent reconnaître et rendre signifiant l'écart à une norme. Il s'agit d'une norme sociale qui privilégie autonomie et capacité et qui apparait *via* une description biologique. Pour les hommes détenus, la relation semble se jouer à la frontière des rapports entre les différentes institutions : sociale, médicale et pénale.

Nous nous intéresserons ici, dans une approche temporelle, des moments et des conditions dans lesquelles les prisonniers que nous avons vus ont dû se positionner par rapport à une différence. Ainsi, il est apparu important, dans la reconstruction des trajectoires des prisonniers, de

⁶⁷³ Il s'agit de la reconnaissance dans la vie de tous les jours et non de la reconnaissance officielle.

connaître le moment où ils ont dû changer leur perception, pour se voir comme des personnes avec handicap. Ainsi, trois groupes se dessinent :

- Ceux pour qui la déficience est apparue avant la première incarcération ;
- Ceux pour qui la déficience est apparue pendant la détention ;
- Enfin, ceux qui considèrent que la prison a généré le handicap.

Les trois types de parcours sont composés des différentes articulations entre les instances de socialisation et de traitement, avec comme base la question du handicap. Bien évidemment, ce découpage n'est pas compétemment étanche. Nous avons, par exemple, rencontré plusieurs personnes venues nous voir pour un handicap dû à une maladie invalidante qui s'est présentée en prison, mais qui, au fil de l'entretien, nous révèlent un nombre important d'hospitalisations en psychiatrie. Pour cette typologie, nous avons retenu le moment où le processus a débuté, c'est-à-dire, la première fois où le handicap a été envisagé – par les personnes concernées, leurs proches, un.e professionnel.le. de la médecine ou du travail social.

9.4.1. Quand la déficience précède l'incarcération

Le handicap et la prison supposent deux types de carrières morales. La première est essentiellement liée à la stigmatisation et la seconde à la vie dans une institution qui garde ses allures d'institution totale, même si les deux peuvent se compléter. L'itinéraire des hommes que nous avons rencontrés est marqué par un grand nombre de prises en charge médicales, sociales et pénales.

Dans les trajectoires des prisonniers de ce groupe, nous avons eu du mal à démêler ce qui relevait du handicap de leur position sociale, ainsi que de leur carrière criminelle. Ceci est très visible dans le cas des détenus ayant de longues peines, considérés comme dangereux, pour qui une problématique mentale est présente dès leur enfance. La question qui se pose pour les professionnel.le.s est celle de la présence de la psychopathie et le questionnement sur la manière de la traiter : comme une psychose, et donc en prenant en compte la souffrance, ou comme un élément de leur nature criminelle ?

Lorsque nous débutons l'entretien avec M. Dahoudi, il s'exclame :

« Je sais plus ce que je suis, on m'a dit que je suis psychotique, que je suis psychorigide, on m'a même dit que je suis psychopathe. Si maintenant on dit que je suis handicapé. Le premier juge qui m'a vu, j'avais 16 ans, il a dit que j'allais passer ma vie soit en prison, soit en asile. » (Dahoudi, 65 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Ce prisonnier est venu nous voir car sa condition physique se dégrade, il ne peut plus rester longtemps debout, ne peut plus se servir d'un de ses bras, ni travailler. Ces maux physiques auraient été provoqués selon lui par de nombreuses tentatives d'évasion ou de protestation, pendant lesquelles il a été interpellé violemment.

« Je suis même monté sur le toit de [nom de l'établissement]. Je sais pas pourquoi, pour protester, pour être contre le système. Là, quand ils m'ont arrêté, ils m'ont cassé le bras, ils m'ont jeté par terre. J'ai aussi mal au dos depuis. » (Dahoudi, 65 ans, MC, peine de perpétuité)

Monsieur Dahoudi vient d'un pays du Sud de la Méditerranée. Comme beaucoup des prisonniers rencontrés, il est très marqué par l'expérience coloniale, qu'il rend responsable de ses problèmes psychiques. A 13 ans, après le décès de sa mère et le remariage de son père il est « chassé de la maison ». Dès l'âge de quatorze-quinze ans, il vit à la rue, « *traîne dans les quartiers malfamés* » où il est « *mac* », confident et coursier de nombreuses prostituées. Il déclare avoir été témoin de situations « *horribles* » pendant cette période de sa vie mais aussi d'avoir vécu des maltraitements et abus. Lorsqu'un jour il se voit proposé par un des clients des rapports sexuels tarifés, il commet son premier crime.

Il est alors jugé, plus tard reconnu comme irresponsable pénalement à la fois à cause de son âge et d'une suspicion de maladie mentale. Il erre ensuite entre hôpital psychiatrique et prison pour adultes, ne semblant correspondre ni à l'un ni à l'autre. Monsieur Dahoudi se souvient encore des paroles de ce premier juge qui lui promet de passer sa vie entre asile et prison. Peu après sa majorité, il vient en France, se marie, a deux enfants. Il travaille d'abord « *dans des ateliers, comme tout le monde* », mais ne supporte pas le rythme de travail, ni les chefs. « *Après un conflit, j'ai dit je préfère me couper les bras que de travailler comme ça, à être sous les ordres des chefs blancs, qui se vantaient de ce qu'ils avaient fait [dans mon pays] pendant la guerre.* »

Il est reparti donc dans une carrière criminelle, de proxénétisme et de vol, des activités vécues comme des aventures qui lui correspondent plus. Commencent alors les premières incarcérations en France et avec elles les premières expertises et hospitalisations psychiatriques.

Ce premier groupe comprend donc toutes ces personnes qui ont des parcours émaillés de prises en charge psychiatriques et pénitentiaires. Les prises en charge psychiatriques semblent précéder de peu les incarcérations. L'entremêlement de ces prises en charge continue également en prison. Il s'agit de ceux qui passent leur peine en faisant des allers-retours entre hôpital psychiatrique, UHSA, UMD et prison.

Comme pour M. Dahoudi, il est souvent difficile de détacher l'expression de la maladie de l'acte criminel. Certains prisonniers que nous avons rencontrés avaient été reconnus partiellement responsables de leurs actes (une altération du discernement lors des faits a été reconnue par les experts psychiatres). S'agissant d'infractions assez graves, ce diagnostic psychiatrique avait rendu la peine plus sévère. C'est la dangerosité inhérente à la pathologie qui avait été mise en avant par les psychiatres et retenue dans le jugement pénal.

Dans ce groupe sont présents également les condamnés en comparution immédiate à des très courtes peines. Lors de ce type de jugement, il est très rare qu'une expertise soit demandée. Les délits sont souvent liés à des perturbations de l'ordre public. Le 10 août 2017, le jeune Bilal Elabdani⁶⁷⁴ s'est suicidé dans sa cellule. Celui-ci avait une reconnaissance de taux de handicap supérieur à 50% pour des troubles psychiques. Il a été placé en détention provisoire pour des faits de « *rébellion, outrage et apologie du terrorisme* ». Fait plutôt rare, une expertise psychiatrique a été demandée pour le jugement en comparution immédiate. Malgré cela, la détention provisoire a été prononcée. L'affaire a été médiatisée parce que la famille a décidé de porter plainte.

Lors de notre enquête, nous avons rencontré ou entendu parler de nombreuses personnes incarcérées régulièrement pour des faits similaires. Certains ont une reconnaissance de handicap, d'autres sont sous tutelle, d'autres encore sont tellement désocialisés qu'aucune démarche n'est possible. Lorsque nous les rencontrons, certains sont assommés par les médicaments et séparés des autres détenus pour leur propre protection.

Ce groupe, constitué de 37 personnes pour qui la détection du handicap précède l'incarcération, est le plus important. Parfois les personnes ont eu une reconnaissance du handicap, des longues hospitalisations et ont bénéficié des prises en charge médico-sociales. C'est le cas de 17 personnes. D'autres fois, la déficience était connue mais les personnes ne pouvaient pas s'inscrire dans des démarches de reconnaissance. Le non-recours peut être dû au refus de la

⁶⁷⁴ Ce fait a été largement médiatisé et ne fait pas partie de notre échantillon.

prise en charge (n=14) ou aux impossibilités administratives (être étranger, sans domicile fixe) liées au mode de vie (n=6). Ici encore ces raisons sont liées les unes aux autres.

Ainsi, trois types d'itinéraires se dessinent pour les hommes dont le handicap précède l'incarcération : des parcours d'évitement de la disqualification ; des parcours de « *clochardisation* » et enfin, des parcours de socialisation au handicap.

9.4.1.1. Les parcours d'évitement de la disqualification

Se trouvent dans ce groupe ceux qui refusent les institutions de normalisation.

La question du handicap renvoie à la question de la vulnérabilité et des carences. Elle s'ajoute à tant d'autres manques décrits dans les trajectoires des hommes détenus. Si le séjour en prison ou la longueur de la peine peuvent être valorisés, faisant partie d'une épreuve où la masculinité s'affirme, être considéré comme handicapé et devoir reconnaître une faiblesse et un statut inférieur est vu comme le dernier stade d'une chaîne de disqualifications.

Monsieur Berkane nous est présenté par le chef de bâtiment comme quelqu'un qui a un handicap sensoriel. Il est considéré comme quelqu'un de fiable et exerce l'emploi d'auxiliaire. Cet emploi lui procure un bon nombre de privilèges, l'accès à un espace plus étendu et un réseau de sociabilité élargi. Il est incarcéré dans un Centre de détention, à la fin d'une peine de 5 ans « *pour un réseau de trafic* ». Il a 38 ans, divorcé et père de deux enfants.

Dès le début de notre entretien, Monsieur Berkane annonce être concerné par le sujet de la recherche puisqu'il est « *malvoyant et analphabète* ». Plus tard dans l'entretien, il nous explique sa réticence à parler aux juges ou même les CPIP, « *parce que je ne sais pas bien parler* ».

Il résume son parcours : « *la vie, elle est dure, Madame, si personne vous aide, vous allez faire des conneries* ». Il se dit venir d'une famille « *pas comme les autres familles, une famille brisée* ». Très tôt, il rencontre des éducateurs, « *c'était pas pour moi, mais pour la famille, mon père tapait ma mère, ma sœur était en fugue.* »

Un des éducateurs remarque ses problèmes à l'école et le scolarise dans un établissement spécialisé. Il passe un certain temps dans ce lieu qui lui plaît : « *c'était magnifique, c'était beau, on faisait plein de choses, j'ai appris plein de choses* », avant de se rendre compte que : « *vous me voyez Madame ? Je suis normal. Là-bas, c'était des gens à moitié mongols, à moitié handicapés* ».

Le lieu lui plaît mais il ne souhaite pas être vu comme handicapé. Un incident met fin à son dilemme et le force à partir : *« j'ai vu des jeunes faire des choses, je vais pas vous faire un dessin, des choses qui se font pas. Je les ai balancés et on m'a dit que c'était normal, qu'ils comprenaient pas ce qu'ils faisaient. Je pouvais pas rester, on est pas des animaux. J'ai fait une fugue et j'ai commencé les conneries. »*

Monsieur Berkane préférera donc commencer une carrière criminelle que de rester à un endroit où il s'épanouit mais vit aussi une dégradation. En effet, il développe longuement le bonheur qu'il a eu d'être dans cet endroit mais aussi son sentiment d'être considéré de la même façon que *« les fous »*, les personnes pour qui les règles de la vie en société ne s'appliquent pas et qui ne sont pas sanctionnées lorsqu'ils les enfreignent.

Vers l'âge de 16 ans, il perd un œil dans une agression ; le second est atteint également. La prise en charge est seulement médicale. *« A partir de ce moment je suis devenu vraiment méchant »*. C'est le début des foyers et des petites peines en quartier mineur. Au moment où nous parlons, Monsieur Berkane a 38 ans, il n'a jamais travaillé *« légalement dehors »*, a plus de vingt inscriptions dans son casier et une dizaine de petites peines de prison, *« plus pour le trafic, pas de grosses violences »*. Il est à la fin de sa plus longue peine, 5 ans. Il sort en fin de peine, n'ayant pas pu avoir une libération conditionnelle : *« normalement, pour 5 ans, on sort à 2 ans et demi, moi j'ai fait plein, même plus. C'est comme ça, quand personne ne peut vous aider. »*

Pendant le temps de l'incarcération, il a été bien soigné mais son autre œil se dégrade de plus en plus. La prison avec les barreaux, la lumière artificielle et la poussière n'aident pas. Mais, selon lui, c'est son *« autre handicap »*, le fait de ne pouvoir lire ni écrire, qui pose le plus de problème. Il considère tout d'abord que, à deux reprises, il a été condamné injustement, *« je n'avais rien à voir, c'est les flics, ils m'ont donné un papier, je suis analphabète, j'ai signé »*.

Le fait de ne pas pouvoir lire et écrire et d'avoir quelques difficultés d'expression et d'élocution font qu'il n'arrive pas à engager les démarches de demande de libération conditionnelle. Ceci allonge sa peine. La *« sortie sèche »* qui approche crée énormément d'angoisses :

« J'ai dit à la CPIP que j'avais peur de me retrouver SDF, rien, que dalle, elle s'en fout. Elle me parle de foyer, je refuse les foyers moi, les foyers c'est l'engrenage, c'est que des fous, des alcooliques, des cas soc'. A la fin s'il n'y a pas de solution, je vais agresser

*un surveillant*⁶⁷⁵ ! [Puis rassurant] *Façon de parler Madame, mais je sais pas quoi faire. »*

Monsieur Berkane en expliquant sa situation d'isolement nous dira aussi « *si j'avais mes deux yeux, si je pouvais lire, j'aurais besoin de personne* ». Au fil des entretiens, une assistante sociale arrive dans l'établissement et elle prend en charge la situation. Il se saisit de cette possibilité, accepte de passer par un foyer pour personnes ayant un handicap. Sa situation médicale nécessite un suivi et c'est sur ce point que lui et l'assistante sociale ont pu avancer. De plus, il pourra espérer un poste en entreprise adaptée. Cette possibilité est de plus en plus envisagée par l'administration pénitentiaire, puisqu'elle donne la possibilité de prendre en charge des situations très complexes, en assurant le logement et le travail des personnes.

Le dernier entretien, lors duquel il annonce avoir accepté les démarches pour entrer en foyer est éprouvant pour lui. Il parle de la honte de ne pas pouvoir lire et écrire et se demande si ce n'est pas la raison de s'engager dans une carrière criminelle : « *je voulais pas me présenter à un patron et il voit que je sais pas lire, je sais pas écrire et on se moque de moi. Dans le trafic, on ne te demande pas ça, tu sais compter l'argent, c'est bon* ». A l'extérieur, il ne bénéficiait d'aucune prise en charge, ni d'allocation. « *Je ne fais pas la manche, moi* ». Une demande d'allocation a été faite pendant son séjour en prison.

Voici une trajectoire qui montre des particularités, physiques et mentales, qui existaient avant l'incarcération, qu'elles soient liées à l'activité criminelle ou non. Plusieurs trajectoires semblables existent parmi ceux qui sont conscients de leur différence mais refusent de la considérer comme un handicap puisque ce statut les dévalorise.

Il s'agit le plus souvent de personnes venant de familles qu'ils décrivent « *brisées* », « *pas normales* », « *des gens simples qui ne savaient pas lire ni écrire* ». Souvent, des prises en charge sociales, éducatives ou médicales existent depuis l'enfance. Que les garçons venant de familles dans lesquelles de nombreuses prises en charge sont mises en place se retrouvent le plus souvent en prison est un fait bien connu. Un dossier conséquent de prises en charge socio-éducatives semble jouer en leur défaveur, les juges considérant que ces prises en charges n'ont pas

⁶⁷⁵ L'agression de surveillant pour pouvoir rester en prison est une façon de faire en cas de désespoir, que surveillants et détenus évoquent parfois. Pour eux, c'est la preuve ultime de la situation très défavorable de certains détenus, complètement désaffiliés au point de se sentir plus en sécurité en prison. Pour pouvoir y rester, ils se voient obligés d'agresser quelqu'un, le plus souvent et assez automatiquement c'est un surveillant.

marchées et que la prison reste la seule solution⁶⁷⁶. De plus, venir d'une famille « *dysfonctionnelle* » peut être un signe d'engagement dans une « *vraie* » délinquance pour les professionnels⁶⁷⁷.

Les hommes détenus connaissent ces prises en charge depuis longtemps et parfois, comme pour Berkane, l'entrée dans la délinquance est évoquée à la fois comme un engrenage et comme un choix pour échapper à la « *dégradation du statut* »⁶⁷⁸. L'abandon précoce de l'école fait partie de ce processus, même si certains ont pu obtenir des diplômes plus tard, en prison. Les prisonniers de ce groupe parlent de leur activité criminelle comme d'un métier.

9.4.1.2. Des parcours de « clochardisation »

Ce groupe est composé de ceux qui adhèrent aux institutions de normalisation.

Monsieur Mokhtar est arrivé en France pour se soigner. Il était hémiplégique suite à une tentative de suicide. Son père vivait en France, il y a été soigné et a pu récupérer une certaine autonomie, ayant aussi bénéficié d'une prise en charge sociale.

Avec un diplôme de comptabilité, il a travaillé longtemps dans une entreprise adaptée en France. A la suite du durcissement des lois concernant les étrangers malades, il s'est retrouvé en situation irrégulière. Il n'a pas souhaité retourner dans son pays, où les médecins l'avaient à l'époque considéré comme mort, préférant la possibilité d'être soigné en France. Il a dû travailler au noir, chez des personnes de sa famille. C'est à ce moment qu'il a été incarcéré pour la première fois. Monsieur Mokhtar a une peine d'un an et n'évoque pas la raison de son enfermement. Il vit très mal son incarcération, il est très isolé. Il est considéré comme « *indigent* » et a été classé au travail « *thérapeutique* » aux ateliers.

Étant en situation irrégulière, il ne peut bénéficier d'aucune prise en charge. Il considère donc que son infirmité présente un réel handicap. Il ne peut bénéficier d'aucun droit, dépendant de la bonne volonté de l'administration de lui donner du travail, moins payé que les autres. Dans de telles situations, aucun levier administratif ne peut être mobilisé. Monsieur Mokhtar est aussi

⁶⁷⁶ LE CAISNE, L. Incarcérer un mineur : De la personnalité de l'adolescent aux enjeux identitaires des magistrats. *Cahiers internationaux de sociologie*, 2008, no 1, p. 103-126.

⁶⁷⁷ MUCCHIELLI, L. Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable. *Déviance et société*, 2001, vol. 25, no 2, p. 209-228.

⁶⁷⁸ GARFINKEL, H. Conditions of Successful Degradation Ceremonies, *American Journal of Sociology*, [en ligne], 1956, vol. 61, consulté le 04 novembre 2019. <http://www.jstor.org/stable/2773484>.

dépendant de la protection des surveillant.e.s. Sa fragilité physique mais aussi son image et son isolement le rendent vulnérable aux pressions. Les surveillant.e.s doivent à la fois s'assurer qu'il n'est pas en danger, ni dangereux pour l'établissement.

Monsieur Muhammad est apatride. Il signale des difficultés psychologiques, des peurs des autres, des interprétations fausses de certains comportements. « *Parfois, quelqu'un me regarde, moi je pense qu'il me regarde mal, je m'énerve. Je sais pas pourquoi. Après, ça passe* ».

Certaines fois, s'il a bu, il peut entrer en conflit. Il a des trous de mémoire, ne sait pas quand il est arrivé en France ni comment, n'a aucune nouvelle de sa famille. Plusieurs fois, lors de l'entretien il dit : « *même le visage de ma mère, je ne me rappelle même pas le visage de ma mère* ». Il a dû avoir une prise en charge sociale en France, puisqu'il se rappelle d'avoir fêté un jour Noël : « *il y avait des lumières, il faisait chaud, il y avait des gens qui étaient gentils* », apparemment lors d'un repas associatif.

Ensuite, il sera pris en charge en psychiatrie, recevra un traitement et trouvera un emploi qui le satisfait. Mais des problèmes d'ajustement de son traitement médicamenteux lui feront voir des gens menaçants partout et il devra arrêter son travail, ce qu'il regrette toujours. Il deviendra sans-abri, puis sera incarcéré à deux reprises pour de très courtes peines d'un mois ou deux. M. Muhammad porte les stigmates de la vie dans la rue. Il a plusieurs blessures visibles, des plaies et des côtes cassées qu'il espère soigner en prison. Il se repère difficilement dans le temps et dans l'espace. Ses incarcérations sont dues à des faits liés à la vie à l'extérieur, la dernière pour la possession d'un couteau lors d'un contrôle de police : « *mais peut-être que j'étais encore agressif, je me rappelle pas* ».

Il supporte très mal l'enfermement, ses problèmes psychiatriques se voient amplifiés par une atmosphère de paranoïa et d'anxiété. Il ne travaille pas, sa peine est trop courte pour espérer obtenir un emploi. En effet, les questions de gestion, très souvent matérialisées par des listes d'attente, font débiter le travail après plusieurs mois d'incarcération.

Monsieur Muhammad ne sort pas de sa cellule. Quand il en sort, il refuse de la réintégrer. Il fait des grèves de la faim pour obtenir le droit d'avoir une télévision. Pour avoir le droit à la télévision en prison, il faut payer une redevance, entre 7 et 15 euros par mois. Monsieur Muhammad est seul en cellule puisque ses crises le rendent potentiellement dangereux. Il doit s'acquitter de cette redevance, seul. Or, il est considéré comme « *indigent* », et n'a donc aucune entrée d'argent.

Monsieur Muhammad est pris en charge médicalement. Il a de fortes doses de médicaments. Il ne semble pas avoir d'autres prises en charge, sociale ou criminologique, à l'heure où nous l'avons rencontré. Il dit : « *si j'avais un petit logement, une petite chambre, je peux m'installer, je peux être tranquille, je peux me soigner, je sais que ça va aller pour moi. Je peux travailler, je ne vole plus pour manger, je ne m'énerve plus, et je ne viens plus en prison.* »

D'autres situations semblables existent. Il ne s'agit pas à chaque fois de personnes d'origine étrangère. Parfois, des prisonniers nés en France, peinent également à faire reconnaître leur handicap. La question des papiers administratifs est toujours en jeu. Comme le disait une assistante sociale en Maison d'arrêt « *quand ils arrivent avec une carte d'identité c'est bien, si en plus ils ont une carte vitale, c'est Noël pour nous* ». Très souvent, la situation administrative des incarcérés est compliquée, tout comme le passé médical difficile à reconstituer. La plupart de ces détenus seront soignés et auront une gestion pénitentiaire particulière mais aucune prise en charge sur le mode du handicap ne sera possible.

D'autres fois, même si les personnes sont conscientes d'une déficience, leur inscription dans une carrière déviante sera tellement prégnante qu'elles ne pourront pas envisager une prise en charge sociale. Ainsi, Monsieur Sacko, qui a « *pris une balle dans l'œil dans une bagarre, quand [il] était dans la drogue* », explique être tombé dans la toxicomanie. Il a eu une prise en charge médicale, porte une prothèse mais son autre œil commence à être malvoyant : *Le crack, vous savez pas ce que ça fait, c'est fort, je m'en foutais de tout, je vivais dans une cabane près de la Seine, je ne voulais rien, je ne voulais pas que les gens viennent me voir, je ne voulais pas qu'on m'aide.* »

Il a un grand nombre de condamnations, a fait plusieurs peines de moins d'un an. Pour lui, la prison est « *un mal pour un bien* ». Il a été sevré, compte se soigner et faire les démarches pour « *toucher un petit billet* ». Il n'a aucun diplôme, avec son handicap qui progresse, il ne pourra pas travailler, mais surtout a une bataille à mener. Monsieur Sacko semble décidé à ne plus retomber dans le crack mais a très peur : « *je sais que je suis fort, j'ai déjà arrêté par moi-même, mais je sais aussi ce que c'est le crack, je ne suis pas plus fort que lui.* »

Ce sous-groupe est donc composé de prisonniers d'origine étrangère ou si fortement désocialisés qu'ils apparaissent comme des étrangers dans leur propre pays. Sans les refuser, ils ne connaissaient pas les institutions de prise en charge, ne leur font pas confiance ou n'y ont pas accès. Beaucoup nous parlent d'un parcours de « *clochardisation* », mettant en scène à la fois la déficience et l'impossibilité de faire face. Les incarcérations deviennent le moment pour

mettre en place des traitements et des soins médicaux mais aussi un suivi social. En l'absence d'une possibilité de suivi à l'extérieur – puisqu'il ne s'agit pas de maladies infectieuses – les effets des traitements semblent être de courte durée.

Les déficiences que les prisonniers de ce sous-groupe présentent sont le plus souvent d'ordre psychiatrique. Même quand il s'agit d'une affection d'ordre physique – malvoyant, hémiparétique, une autre problématique existe, le plus souvent d'addiction. Le handicap physique est en général acquis dans un parcours lié à une carrière déviante. L'infraction qu'ils ont commise est rarement détaillée, comme c'est le cas pour le sous-groupe précédent. Au contraire, elle est esquissée comme une défense envers le monde extérieur visant à préserver leur espace ou leur dignité. Certains en parlent comme des crimes « d'honneur », visant justement à les préserver.

9.4.1.3. Des parcours structurés par une socialisation non conflictuelle de la déficience

Les prisonniers qui composent ce groupe adhèrent à la fois aux institutions de socialisation et de normalisation.

Ce sous-groupe est composé de personnes le plus souvent nées en France. La déficience n'est pas seulement bien repérée mais le handicap est reconnu et pris en charge avant la détention.

Monsieur Dupont a 40 ans. Il vivait en couple et était père de famille avant d'être incarcéré pour la première fois. Il est « *très* » malvoyant, selon sa propre expression, depuis qu'il est très jeune. Malgré une situation familiale compliquée, il a été dans une école spécialisée, lit le braille, connaît bien le système de prise en charge du handicap, fait partie de certaines associations. Il est en prison parce qu'il a enfreint son contrôle judiciaire et en attente d'un nouveau jugement. Il a conscience que sa présence en prison est « *complètement incongrue* », tant pour lui que pour les autres détenus. Il avait « *une vie de père de famille sans histoire.* »

Il a été prévenu par les surveillant.e.s-chef.fe.s de ne pas parler des faits qui l'ont conduit en prison. Mais même sans cela il savait très bien comment il allait apparaître au milieu des autres détenus. Il semble conscient que son âge, son apparence physique, son handicap et sa méconnaissance de ce milieu le feront tout de suite catégoriser du côté des agresseurs sexuels. Monsieur Dupont doit donc gérer en prison plusieurs stigmates qui se renforcent : le soupçon d'être un « *pointeur* » et son apparente faiblesse. Il doit, en plus, gérer le stigmate d'être

incarcéré auprès de son réseau de connaissances, chose qui n'était pas apparue jusqu'ici avec une telle ampleur.

L'expérience de son handicap depuis très jeune, le fait apparaître comme un expert de la gestion du stigmat. Il a déjà inventé une histoire de *deal* de cannabis, sort en promenade avec parcimonie, mais ne reste pas isolé, fait attention à qui il parle et comment. D'ailleurs, il se positionne tout d'abord à partir de sa déficience : « *je dis que je suis borgne pour qu'on parle de ça plutôt que d'autre chose* ». Peut-être, espère-t-il pouvoir ainsi avoir un statut à part, pour gérer son écart de la sociabilité carcérale. Il dit également ne pas parler aux autres détenus des problèmes familiaux qui le tracassent, puisqu'il ne faut pas apparaître faible : « *parler de ses problèmes, c'est le meilleur moyen de se faire exploser ici* ».

Monsieur Dupont est déçu des institutions mais continue à croire en leur protection. D'ailleurs, il est confiant quant à la réception rapide de son allocation adulte handicapé, de son matériel de compensation. Les surveillant.e.s font part des difficultés qu'ils ont eu à obtenir son matériel : comme il n'est pas encore jugé, ce n'est pas au directeur de prison, mais au juge de prononcer une autorisation. Il est placé au rez-de-chaussée, endroit où sont regroupés les personnes en mobilité réduite, malades et âgées. Ce qui signifie d'emblée l'inquiétude que l'administration a pour lui. De plus, il est « *doublé* » et spécifiquement surveillé.

Monsieur Dupont est surtout confiant du jugement à venir, qui devrait le faire sortir de prison. Nous convenons de nous voir tout de suite après ce jugement, pour faire le bilan de son séjour en prison. Il sera condamné à une peine de prison ferme et mettra fin à ses jours le lendemain de son jugement. Un premier surveillant nous dira lors d'une discussion qui a lieu le lendemain du suicide du Monsieur Dupont : « *le plus dramatique, c'est dur à dire mais des gens comme lui, qui ne font pas de bruit, on ne les voit pas* ».

Dans ce groupe des prisonniers qui déclarent une prise en charge de leur handicap avant l'incarcération, il y a une prédominance de ceux qui sont pour la première fois en prison. Mais il existe également des personnes qui ont des habitudes à la fois du système du handicap et du système pénal. Une partie des détenus vivaient avec leur famille avant l'incarcération, une autre était prise en charge dans des foyers d'urgence sociale, des foyers liés à leur handicap, etc. Pour une partie, le handicap était visible pendant le procès et a pu faire l'objet de discussions. Dans ce groupe, les infractions sont moins liées à la législation des stupéfiants mais des cas d'addiction sont présentes.

Pour les situations où le handicap a été reconnu et pris en charge avant l’incarcération, nous avons abordé dans les entretiens la façon de le présenter devant les juges. Dans certains cas, le handicap n’est pas du tout évoqué et ne semble pas être pertinent pour les débats. De plus, s’il n’est pas physique, très visible et « *authentique* », revendiquer un handicap peut jouer contre la personne. On parle beaucoup dans certains établissements du quartier arrivant comme « *Lourdes* », l’endroit où des prévenus paralysés une fois condamnés commenceraient à marcher. Simuler une vulnérabilité alors qu’on est un « *prédateur* », ajoute encore un doute sur la personnalité du jugé. Mais même si la déficience n’est pas simulée, une personne vulnérable qui commet un délit n’est pas vue d’une manière favorable et cela peut alourdir la peine.

En effet, certains détenus de ce groupe ont expliqué que leur avocat les a fortement déconseillés de mettre en avant un handicap pendant le procès. S’il ne s’agit pas d’une maladie grave, en cours, il apparaît difficile d’inscrire un handicap dans une stratégie de défense. Plus tard, ces mêmes avocats peuvent proposer de porter plainte pour les mauvaises conditions de vie en prison.

Certaines réalités en prison se structurent à d’autres niveaux que la prison elle-même, en amont ou en aval. Par exemple, les condamnations des prisons françaises des mauvaises conditions de vie des personnes ayant un handicap forcent les établissements de prendre des mesures pour leur accessibilité et les prises en charge. L’existence de ces aménagements permet aux juges d’envoyer en prison des personnes pour qui ils auraient peut-être recherché d’autres solutions.

Dans d’autres cas, c’est la gravité du crime qui supplante la pathologie. Certains des prisonniers rencontrés avaient déjà un long passé de prise en charge : psychiatrique, en institut spécialisé, en foyer d’urgence sociale, en foyer de cure et de postcure, mais aussi en prison. Lors des procès de certains, une altération du discernement a été prononcée par les experts-psychiatres, quand pour d’autres une « *débilité mentale* » a été évoquée. Ces diagnostics n’ont pas été pris en compte dans les débats. Est-ce la gravité des infractions et la nécessité d’une peine ? Ou bien la dangerosité présumée ? En effet, il a été constaté, que le prononcé d’un diagnostic psychiatrique a un effet sur la longueur de la peine. La peine est plus longue car le diagnostic signale une dangerosité et fait craindre la répétition du crime.

La maladie psychiatrique se caractérisant par un déni de la pathologie, la déficience mentale étant profondément stigmatisante, ces détenus ne revendiquent que très rarement un handicap. Lorsqu’ils en parlent, comme quelques prisonniers que nous avons rencontrés et qui ont évoqué

lors de leur procès un diagnostic psychiatrique de « *schizophrénie* » ou de « *trouble bipolaire* », cela a été interprété comme une stratégie démontrant leur capacité de subir une peine.

9.4.2. Quand la déficience se révèle en détention

Certaines déficiences apparaissent en prison. Il peut s'agir des effets du choc carcéral, de la décompensation d'une maladie ou de la prise en charge d'une maladie existante, d'une pathologie qui apparaît avec l'âge. Les diverses affections peuvent devenir handicapantes plus facilement en prison qu'à l'extérieur, ne serait-ce que par les conditions de détention.

Dans ce groupe, se trouvent presque tous les prisonniers se déplaçant en fauteuil roulant ou ayant des maladies chroniques invalidantes. Ils sont également les plus âgés, ayant souvent été jugés à des peines supérieures à 10 ans. Ils attribuent souvent leur maladie aux effets de la détention, que ce soit les conditions de vie ou l'accès aux soins. Dans tous les cas, il s'agit souvent des effets de l'âge. Certains sont « *primaires* », d'autres ont une bonne connaissance du milieu pénitentiaire. Presque tous se positionnent plutôt sur une identité de personnes plus âgées et/ou malades, en essayant de se distinguer du reste de la « *population pénale* ».

Monsieur Bachir vient au rendez-vous avec ses dossiers judiciaires et médicaux. Mais tout d'abord, nous regardons ensemble un album photo, il décrit avec précision ce qu'il y a sur chaque photo, où et quand elle a été prise, qui sont les personnes qui y figurent. Nous y voyons plusieurs clichés d'un pavillon avec un grand jardin bien entretenu, ainsi que des photos des lieux de pèlerinage catholique où il a été amené à aller pour son travail. Il précise qu'il a vécu dans une maison normale et a eu un travail normal.

M. Bachir a 38 ans. Il est incarcéré depuis une dizaine d'années pour une peine de 25 ans. Il nous parle d'abord d'un de ses traumatismes, le fait de ne jamais avoir pu obtenir la nationalité française. Il est arrivé en France avec ses parents, étant bébé. Il avait de très bons résultats scolaires et voulait continuer ses études, mais :

« Mes parents, c'était des gens qui ne comprenaient rien, j'ai toujours été déchiré entre la France et ma famille. Ils ont dit qu'il fallait que je travaille, j'ai commencé l'apprentissage à 14 ans, mais je ne regrette pas du tout. »

Monsieur Bachir raconte ensuite une histoire faite de travail, mais aussi d'humiliations, la pire étant le refus de la nationalité française. Il se retrouve en prison, selon lui, à la suite d'un accident. Puis, au milieu de l'entretien, il annonce, sans donner plus d'explication : « *je suis en prison parce que les médicaments que j'ai pris n'ont pas marché* ». Il a longtemps contesté la qualification des faits et regrette d'ailleurs d'avoir un entretien avec une sociologue plutôt qu'avec une juriste.

Monsieur Bachir a vécu difficilement son entrée en prison. Avant le procès, il a rencontré des experts psychologues et des psychiatres et c'était un moment important pour lui. Il comprendra – il nous montre ses expertises et nous invite à lire les phrases soigneusement soulignées – qu'il a un trouble de la personnalité, qu'il appelle « *mon problème mental inconscient* ». Cette découverte semble lui avoir permis de comprendre certains aspects de sa vie, puisqu'il dit y avoir beaucoup réfléchi et avoir lu des livres en psychologie et psychanalyse. Plus loin dans les expertises, nous voyons également qu'il a un quotient intellectuel particulièrement élevé et le lui faisons remarquer : « *C'est mon malheur, ça* », répond-t-il.

Il s'explique : « *dans mon milieu, avec ça, ça ne pouvait pas marcher* ». Monsieur Bachir dit ne pas avoir le profil de maison centrale, tout en se demandant si ce n'est pas son trouble de la personnalité qui lui a valu la désignation de quelqu'un de dangereux et cette affectation. Il se considère et se réclame comme « *procédurier* », après avoir intenté plusieurs procès à l'administration pénitentiaire.

La pathologie pour laquelle il est venu en entretien est une maladie infectieuse rare qui s'est déclarée en prison. Il pense que c'est le manque d'hygiène, la promiscuité et le retard de traitements qui ont pu alourdir à la maladie. Il a souvent des crises où il ne peut pas se lever de son lit, son système immunitaire est très abimé, ne peut pas utiliser les douches communes. Il se lave dans sa cellule et doit y entretenir une très bonne hygiène.

Monsieur Bachir a une correspondance fournie avec des médecins et des associations de malades. Il passe beaucoup de temps à parler de sa maladie et toute la détention est au courant de sa gravité. Mais il déclare ne pas avoir besoin d'aide, ne pas souhaiter demander une allocation. « *Vous voudriez vous qu'on vous colle « malade » sur le front ? En plus en prison ! Ici on ne peut pas montrer de faiblesse, sinon vous êtes fini.* »

Dans le groupe des personnes dont le handicap se révèle en prison, cette situation se présente souvent. Les prisonniers demandent à l'administration pénitentiaire à la fois une prise en charge

la plus complète possible tout en contestant l'emprise de l'institution. Très régulièrement, ils s'opposent aux jeunes qui « *entrent dans le jeu des surveillants* » ou « *qui se croient dans la cité* ». Ils se considèrent comme des usagers et ont souvent des positionnements d'adhésion aux valeurs sociales, portées notamment par les instances de socialisation.

Lorsque le prisonnier a absolument besoin d'une aide humaine, le rapport de force avec la '*détention*' se renforce. On voit ici la dimension totale de l'institution carcérale : les détenus, dans leur opposition, lui demandent d'assumer et de prendre en charge tous leurs besoins. Sentant une « *dégradation statutaire* », ils refusent l'aide d'une association, l'intervention de femmes aides-soignantes et peuvent mettre à l'épreuve les aidants venant de l'extérieur. Les récits des prisonniers qui ne portent pas de couches alors qu'ils le devraient, d'autres qui se renversent de leur fauteuil roulant lorsqu'un surveillant les approche sont fréquents. Ainsi, en mettant l'institution en difficulté ils retournent le rapport de dépendance.

Pour autant, leurs difficultés ne sont pas simulées et sont même les plus visibles. Ils sont souvent en mobilité réduite ou demandent des soins constants. Ils sont exclus, de fait, de la vie en prison. Souvent, ils prétendent s'exclure eux-mêmes. Ils ne peuvent pas accéder à la totalité des services, les promenades, les parloirs, les salles d'activité, les douches, les centres scolaires ne leur sont pas vraiment accessibles. Et quand ils le sont, le regard des autres les importune.

Des relations « *filiales* » se créent parfois. Cela permet de ne pas dépendre de l'administration et de bénéficier d'une aide informelle dans des relations basées sur l'échange. Par exemple, même les psychologues rencontrés, sont impressionnés des liens « *forts* » qui lient certains hommes handicapés à leur codétenu.

Les plus jeunes de ce sous-groupe évoquent plutôt les difficultés de la détention et des « *crises* », qu'elles soient maniaques, d'angoisse, dépressives. Ainsi, Monsieur Hannachi nous explique qu'il n'a plus rien à craindre en prison, puisque « *ma peine parle pour moi* ». En effet, venant d'une famille qu'il décrit comme « *c'était pas trop ça ma famille, on est pas unis, c'est une famille éparpillée* », il commence à faire des fugues dès l'âge de 13 ans.

S'ensuivent les prises en charge en foyer (ASE, PJJ, CER), des petites peines : « *c'est l'engrenage sans fin* ». A peine majeur, il est condamné à une très longue peine dans une affaire assez médiatisée à l'époque, qu'il décrit comme « *une bagarre entre dealers, qui a mal tourné* ». Dans les différentes expertises psychiatriques, il est décrit comme « *psychotique, narcissique, égocentrique* ». Lire ceci, pour quelqu'un qui « *vient de la rue et comprend à peine* ».

Il faut chercher dans le dictionnaire et quand on comprend, on est choqué. Oui, ça c'est du handicap, on voit que le négatif. On lit et on a plus de valeur, plus aucune valeur pour soi. »

Monsieur Hannachi est venu nous voir pour nous parler de ses crises d'épilepsie. Selon lui, elles sont apparues en détention, après les différentes opérations qu'il a dû subir après la « *bagarre* » qui l'a menée en prison. Plus tard dans l'entretien, il avoue que l'apparition de l'épilepsie est sûrement due au stress au début de sa détention : « *J'ai eu beaucoup de mal à accepter ma peine, c'était des pleurs, des crises d'angoisse, de dépression, j'étais très instable. En plus pour tenir, je prenais beaucoup, beaucoup de drogues.* »

Il était incarcéré à l'endroit où les faits ont eu lieu, très loin de son lieu d'origine mais proche de celui des victimes. Dans cette prison, il y avait le risque constant de croiser des proches des victimes. On peut comprendre que, pour un très jeune homme, envisager une peine de vingt ans, tout en étant dans un milieu « *très, très hostile* », craindre une rencontre violente, sans avoir de soutien, n'a pas été facile.

Il arrive à dépasser cette période difficile avec l'aide de quelques psychologues, « *si je suis encore ici, c'est grâce à eux* ». Mais les crises ont récemment repris. Le traitement ne semble pas stabilisé et pose problème, avec beaucoup d'effets secondaires très lourds. Tout récemment, il a vécu plusieurs « *crises* » à son lieu de travail, en atelier. Ces crises, pendant lesquelles il ne maîtrise rien, ne sait pas ce qu'il se passe, se trouve exposé à la vue de plusieurs codétenus, le rendent particulièrement vulnérable. Il a arrêté le travail ainsi que ses autres activités.

Monsieur Hannachi déclare ne pas vouloir entrer dans l'engrenage d'une prise en charge médicamenteuse plus poussée. Il ne souhaite pas faire de demande d'AAH. Il ne veut pas donner prise à une disqualification ultime, ne voulant pas se déclarer perdant dans le bras de fer avec la prison. Il est au milieu de sa peine et pourra bientôt demander une libération conditionnelle. Petit à petit, il a perdu le peu de proches qu'il avait à l'extérieur. Cela aussi est source d'angoisses : « *on ne sait pas comment c'est dehors, comment les gens vont nous regarder* ». Il ne sait pas s'il devra parler de son incarcération et si l'on trouve encore des traces d'articles parlant de « *l'affaire* » sur internet.

Ce sous-groupe se constitue de prisonniers qui sont plutôt jeunes, qui ont eu des ruptures scolaires précoces sans que cela soit forcément dû à des difficultés d'apprentissage. Les prises en charge éducatives ou pénales précoces semblent avoir valorisé une certaine culture de révolte et de défiance face à l'autorité. Ils en parlent comme d'une culture « *d'hommes* », de « *parole*

donnée », d'une société où il y a des « règles ». Néanmoins, ils ont tous cherché à sortir de l'*engrenage* par des petits emplois. Mais, leur « *instabilité* », leur « *impulsivité* » et l'isolement les ont détournés de cet objectif. Faire une détention « *comme un homme* » semble être très important dans leur expérience de la prison. L'opposition à la prison est donc structurante. En ce sens, l'apparition d'une pathologie est vécue sur un mode de lutte.

Nous avons rencontré Monsieur Sanga avant qu'il ne soit hospitalisé en psychiatrie. Nous n'avons pas réussi à faire un entretien conventionnel avec lui mais avons pu échanger autour de sa vision de la prison. Il était convaincu que vouloir le considérer comme « *fou, handicapé ou malade* » faisait partie des projets de l'administration pénitentiaire comme bras armé de la société pour « *le combattre et le détruire enfin* ».

9.4.3. Quand la prison génère le handicap

Dans cette partie, nous parlerons des situations de handicap considérées comme exclusivement produites par la détention. Monsieur Provost vient au rendez-vous en nous apportant un courrier qu'il a écrit à notre intention. Dans ce courrier, le handicap qu'il évoque est surtout dû à l'univers carcéral.

Il est un cas très particulier dans le milieu carcéral. Il a 60 ans, a fait des études supérieures et a exercé un métier particulièrement reconnu et attractif. Il déclare des périodes dépressives lors de sa vie à l'extérieur qu'il a soigné sans hospitalisation. Il a une peine de 30 ans et compte prendre soin de lui pour sortir en bonne santé. Il est en contact régulier avec ses enfants. Monsieur Provost est hébergé dans l'aile spécifique pour personnes handicapées de la maison centrale, mais il est considéré par tout le monde, détenus ou personnels, comme n'ayant aucun handicap. En effet, il marche sur ses deux jambes. Voici le témoignage d'un autre détenu de l'aile aménagée :

« Vous voyez, on a commencé à nous mettre des gens qui n'ont pas de handicap. Enfin, ils ont quelque chose dans la tête mais ils ne sont pas handicapés. Bon, il y en a un, c'est vrai que, s'il n'est pas ici, je sais pas comment il aurait fait. Il ne survivrait pas longtemps. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

Ce témoignage s'accorde tout à fait avec la vision du chef de détention :

« Monsieur Provost, le seul qui n'est pas handicapé, s'il n'y avait pas ça, je sais pas comment on aurait fait, il irait au quartier d'isolement, il ne peut pas être en prison normale. C'est lui qui a demandé plusieurs fois d'aller dans l'aile aménagée. » (Chef de détention, Maison centrale)

La règles de portes fermées, le manque d'un lieu commun accessible pour les personnes en mobilité réduite se révèlent handicapogènes pour les personnes en fauteuil, les condamnant à un confinement constant. De plus, la violence de l'univers et la difficulté de certains détenus d'y faire face constituent un handicap en soi. C'est le cas de Monsieur Provost. Pour être sûr de pouvoir rester dans cette aile, il met en avant un accident de voiture qui l'a laissé « *infirmes* » pendant quelques années, depuis il a récupéré la marche mais elle reste laborieuse. Le seul handicap que l'institution lui concède est celui de ne pas pouvoir se protéger efficacement du reste des détenus.

Dans la même aile spécifique, nous avons rencontré Paolo, qui n'a pas souhaité nous accorder d'entretien formel mais qui était présent lorsque les autres prisonniers nous ont raconté son histoire. Paolo est entré en prison très jeune, certains le connaissent depuis le début de sa peine :

« C'était un bon garçon, un peu timide, un peu ... mais presque intelligent. Après il a eu des problèmes ici, il a eu des gros problèmes avec des gens. Après, il a demandé d'aller en isolement. Il a essayé d'en sortir mais il n'arrivait pas. La direction a essayé de le sortir mais il y avait toujours les problèmes. Il est resté en isolement 5 ans, en continu. 5 ans c'est beaucoup. Quand il est venu ici, je l'ai pas reconnu. Et là, il est complètement ... il est bourré de médicaments, il a l'AAH, il est suivi par la psychiatre. Je ne sais pas comment il va s'en sortir. La direction ne voulait pas le mettre ici, ils essayent de le sortir, ils veulent lui donner du travail. Parce qu'il va bientôt sortir. Ils ont essayé de faire quelque chose et, non, il veut pas, dès qu'on veut le sortir d'ici, qu'il aille en atelier, il commence à pleurer à la psy, il se coupe [s'automutile] et on le laisse comme ça. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

Un exemple typique de ce que peut constituer le « *handicap pénitentiaire* ». Il n'implique pas l'absence de déficience mais le fait que celle-ci est subitement révélée et même créée par les conditions carcérales. Le moyen pour contrer les violences carcérales est soit le quartier d'isolement, soit l'éloignement dans un lieu spécifique de prise en charge du handicap.

Dans ce groupe, on peut ajouter également deux problématiques purement pénitentiaires. Il ne s'agit pas de handicap dans le sens habituel mais qui peut avoir les mêmes effets. Il s'agit tout d'abord des prisonniers qui sont « *sur-adaptés* » à l'institution. Ceux-là ont perdu toute notion de la vie extérieure et ne pourront pas y vivre. La seconde problématique est inverse à la « *sur adaptation* », c'est l'« *usure carcérale* ». Ces prisonniers que l'on appelle « *incuriques* » ou « *autistiques* » ont perdu tout lien avec la détention et avec tout ce qui est extérieur à leur corps. Ils s'enferment, s'isolent, se replient sur eux-mêmes. Ils ne sortent de leur cellule, ne parlent à personnes, ont perdu le sens du toucher et du contact.

Synthèse du chapitre 9

Ce chapitre révèle les itinéraires moraux des prisonniers désignés comme handicapés, à partir d'éléments biographiques obtenus dans les entretiens. Ces itinéraires moraux apparaissent déterminés par les référentiels normatifs d'un ordre genré et conditionnés par la manière dont s'articulent les rapports aux instances de socialisation d'une part et les instances de normalisation d'autre part. Les instances de socialisation sont les espaces qui font partie des trajectoires communes à l'ensemble des membres d'une société. Les instances de normalisation sont convoquées par les détenus lorsque le travail des instances de socialisation a échoué.

Une première instance de socialisation est le pays, et plus largement la société. La plupart des détenus déclare ne pas être reconnue comme des citoyens à part entière et désigne le diagnostic de la déficience comme faisant partie d'une dégradation supplémentaire qui confirme ce statut subalterne. La famille et notamment les ruptures familiales apparaissent également comme corrélées aux différents « troubles », qu'elles en soient l'origine ou le lieu de détection. Les trajectoires des hommes interrogés sont marquées aussi par des ruptures scolaires qui les ont conduits à fréquenter différents établissements de prise en charge. Les trajectoires professionnelles sont souvent précoces, brèves et non satisfaisantes, car elles viennent affirmer un statut inférieur dont la plupart se défend. Les détenus justifient ainsi la désocialisation ou l'entrée dans la criminalité.

Les instances de normalisations apparaissent dans les parcours lorsque le travail des instances de socialisation n'a pas été possible ou a échoué. La prison et, plus généralement, les différentes condamnations sont utilisées dans les discours pour se mettre à distance de la vulnérabilité. Le rapport à la médecine est plus ambigu, car elle est vécue à la fois dans son pouvoir de disqualification mais aussi d'émancipation. Le travail social et notamment les prises en charge par la protection de l'enfance sont vus comme des signes d'une mise à l'écart, alors que la réadaptation est décrite comme le passage obligatoire de socialisation de la déficience. Ces deux dernières instances étant signe d'une différence « honteuse », elles sont souvent évitées.

Quatre types d'itinéraires peuvent ainsi être déterminés en fonction de la manière dont les prisonniers articulent leurs rapports d'adhésion ou de refus aux instances de socialisation et de normalisation :

- Des itinéraires marqués par l'opposition aux institutions ;
- Des itinéraires marqués par l'intériorisation du stigmaté ;
- Des itinéraires marqués par les tentatives d'être intégré ;
- Des itinéraires marqués par une proximité affichée aux normes sociales.

Ces idéaux-types sont ensuite soumis aux données pour montrer comment ils sont mobilisés selon le moment d'apparition de la déficience, c'est-à-dire avant l'incarcération, pendant l'incarcération ou générées par l'incarcération.

10. Prisonniers handicapés : une double contrainte renforcée par la vie carcérale et le handicap

Ce chapitre est centré sur la vie carcérale des prisonniers désignés comme handicapés.

Comme nous l'avons déjà largement évoqué, les hommes rencontrés sont doublement disqualifiés. Lorsqu'ils sont en prison, un discrédit moral tombe sur eux, en les différenciant et en les éloignant de la société. Leur différence physique ou mentale constitue un autre discrédit. Celui-ci peut se solder par leur exclusion de l'économie morale en prison. Fassin et Eideliman définissent l'économie morale comme « *la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social.* »⁶⁷⁹ Ainsi, prisonniers et personnes handicapées s'inscrivent dans les marges des économies morales d'aujourd'hui. Leur parole sera donc continuellement marquée par les tentatives de cacher, de changer de sens ou d'amplifier les attributs discréditant.

Les prisonniers handicapés apparaissent comme doublement exclus et doublement inclus. Doublement exclus car mis à l'écart de la société et éventuellement au sein de la prison. Doublement inclus car leur incarcération leur vaut la reconnaissance d'être responsables et donc capables, le statut d'handicapé les incluant également dans un système de solidarité sociale. Comment vivent-ils cette expérience qui met en exergue et interroge les frontières sociales ?

L'économie morale en prison est fortement contraignante. Elle prend en compte à la fois des éléments de l'ordre social, de l'ordre pénitentiaire, mais dispose aussi d'un code moral pour les détenus. Tous ces ordres se matérialisent dans les pratiques quotidiennes et donc dans l'ordre interactionnel.

Le chapitre précédent a montré la dimension temporelle et contingente des engagements des prisonniers et les rapports qu'ils contractent aux institutions. Ils peuvent en être exclus et continuer d'adhérer à leurs valeurs ou mettre en avant un rapport d'opposition et de refus. Ils

⁶⁷⁹ FASSIN D., EIDELIMAN, J.-S. Introduction : défense et illustrations des économies morales. In : FASSIN, D., EIDELIMAN J.-S., *Économies morales contemporaines*, Paris : La Découverte, 2012, p. 9-18.

peuvent refuser la prise en charge d'une institution pensant qu'une autre aurait été plus appropriée.

Les trajectoires qu'ils donnent à voir sont reconstruites en fonction de leur interlocuteur, du moment de la rencontre et de la manière dont ils jugent leur situation. Certains articulent et reconstruisent *ad hoc* leur histoire. Pendant de nombreux entretiens, les hommes interrogés se contredisent, omettent de parler de certains sujets, reconnaissent nous avoir menti, préfèrent parler des choses sans lien apparent avec le sujet. Ils sont nombreux à chercher à éviter le sujet du handicap, et très rares à cacher l'infraction. Presque tous nous interpellent sur les conditions dans lesquelles ils vivent et, plus généralement, sur les injustices sociales et pénales. Ils cherchent à nous montrer la réalité de la prison mais aussi les manières qu'ils ont pour lui résister. Ils sont aussi nombreux à douter de la parole des autres détenus et de celle des professionnel.le.s.

In fine, au-delà même des informations nécessaires pour établir les itinéraires, les entretiens deviennent un lieu où un certain nombre de significations sociales s'élaborent. Ainsi, les prisonniers, en parlant de leurs difficultés quotidiennes mais aussi de leurs problèmes identitaires, donnent à voir leur manière de s'inscrire à l'économie morale carcérale.

Dans ce chapitre est présentée d'abord la contradiction que vivent tous les prisonniers mais qui semble devenir une double contrainte pour ceux qui présentent des déficiences physiques ou mentales. Sont d'abord exposés les cérémonies de la dépersonnalisation inhérentes à toute institution d'enfermement, puis les rituels de la sur-individualisation liés aux impératifs des politiques publiques.

10.1. La vie quotidienne en prison : résoudre la double contrainte

Parler de handicap en prison n'est pas chose facile pour les détenus que nous avons rencontrés. Outre l'aspect stigmatisant, la phrase « *le handicap se conjugue au pluriel* »⁶⁸⁰ prend tout son sens en prison. Comme nous l'avons déjà vu, dans les entretiens, une déficience en cache une autre. La déficience, les effets de l'institution totale, la gestion du stigmate⁶⁸¹ et les rapports aux institutions se trouvent entremêlés. Cette complexité est un des traits caractéristiques du handicap en prison. Il est impossible d'évoquer quelque expérience que ce soit en occultant les conditions très particulières dans lesquelles vivent les personnes.

Ainsi, la thématique centrale de la majorité des entretiens est la vie carcérale au quotidien. C'est face à un sentiment paradoxal, d'être à la fois « *privé de soi-même* » et « *livré à soi-même* » que se construisent les relations carcérales pour les détenus handicapés. D'une manière générale, la prison impose une extrême dépendance et une soumission aux procédures. Les détenus ne s'appartiennent plus.

La vie carcérale impose en même temps la nécessité de faire figure d'individu indépendant et autonome, rejoignant les injonctions relatives à la masculinité que nous avons vues dans le chapitre 8. Ils doivent montrer qu'ils résistent seuls aux effets de la prison et sont en ce sens livrés à eux-mêmes. Cette injonction paradoxale, entre dépendance et autonomie totales, est inhérente à la prison. Elle devient une double contrainte⁶⁸², lorsqu'il y a une particularité physique et mentale, car les personnes ne peuvent prouver leur autonomie et dépendent de manière visible des autres. Ainsi, de manière générale, « *dans le monde de l'égalité, elles font l'expérience, corporelle notamment, de l'impossibilité à correspondre aux normes en vigueur [...]* »⁶⁸³.

Ainsi, et au-delà des aspects conceptuels ou théoriques, la double contrainte est continuellement présente dans les discours des hommes incarcérés. Taleb, par exemple parle du sentiment de ne pas s'appartenir comme base de l'enfermement, presque comme un contrat moral que l'on signe quand on transgresse les lois.

⁶⁸⁰ MORMICHE, P. Le handicap se conjugue au pluriel. *INSEE Première* n°742, 2000.

⁶⁸¹ La gestion du stigmate ici est complexifiée par le fait que celui-ci peut découler de la déficience ou bien de la peine.

⁶⁸² BATESON, G. « Double contrainte ». In : BATESON, G. *Vers une écologie de l'esprit*, volume 2. Paris : Points, 2008.

⁶⁸³ BLANC, A. *Le handicap ou le désordre des apparences*. Paris : Armand Colin, 2006, p. 37.

« *En prison c'est comme ça. On vous regarde, le regard est partout. On ne s'appartient plus. Dans une cellule vous ne vous appartenez pas, ça fait partie des règles de la prison, vous êtes enfermé, fouillé, observé, vous êtes mis à nu. J'accepte, à partir du moment où je transgresse les règles de la société.* » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

La cellule devient le symbole du lieu où l'intimité ne peut pas exister. Le confinement ne sert pas à protéger mais à exposer et à mettre à nu. Toutes les caractéristiques des personnes étant observées, la maladie devient aussi un phénomène visible et exposé :

« *En prison, on vous vole même votre maladie et on l'interprète. Même votre maladie ne vous appartient pas, on ne fait rien pour vous aider mais on se demande si vous n'êtes pas plus dangereux parce que vous avez une maladie neurologique.* » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

La particularité physique ou mentale accroît le sentiment d'être privé de soi. La maladie est « volée ». Selon Taleb, la maladie est ainsi doublement subie lorsqu'elle doit être cachée :

« *Sur les autres peines, j'évitais de parler trop de ma maladie. Beaucoup, beaucoup d'activités, beaucoup de sport, je lisais beaucoup aussi. Je prenais beaucoup sur moi. J'étais dans ma petite bulle, parce que j'avais envie de m'appartenir. Les moments où je pouvais lire, écrire, pouvoir dire non quoi, j'avais le sentiment de m'appartenir. Me retrouver un peu mais sans me mettre en danger, aller au mitard ou être en conflit ouvert.* » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

Trouver des moments pour « s'appartenir » et cacher une maladie nécessite une volonté, un engagement et un grand investissement. Pour pouvoir faire toutes ces activités, il faut souvent franchir plusieurs étapes – être « classé », se voir ouvrir la porte de la cellule, faire face à des groupes de détenus potentiellement hostiles, etc. Faire « beaucoup, beaucoup » d'activités est la manière positive de retrouver le sentiment de propriété de soi. La manière négative est, comme le dit Taleb, de se mettre en danger. La mise en danger passe par le conflit, les sanctions disciplinaires ou bien l'isolement.

Le comportement conflictuel, les sanctions disciplinaires ou les situations de repli rallongent les peines. Il s'agit de faits qui sont consignés dans les dossiers des prisonniers et pris en compte lors de l'octroi des crédits de réduction de peine. Il est donc attendu du prisonnier qu'il se comporte en homme rationnel, pouvant maîtriser et évaluer les conséquences de ses actes.

Comment faire dans le cas d'une maladie, dont la caractéristique est de ne pas la maîtriser ?
Taleb, encore, explique :

« La détention, il faut la gérer. Il faut la prévoir mais il faut la gérer aussi. Il faut faire attention à qui on parle, comment, avec qui on marche. Tout est dans le dossier. Et pour la maladie, la même chose. Ils ont des notes, tout est noté dedans. Depuis que j'ai une note sur mes T.O.C., je vais voir un surveillant, c'est tout de suite : « Calmez-vous Taleb, calmez-vous ». « Mais je suis calme surveillant, je suis juste venu poser une question. » Même si toutes mes expertises disent que je suis calme, que je suis pas dangereux, je vois comment ils me regardent, je vois que mes dossiers traînent. » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

M. Taleb pense qu'il aurait dû sortir en liberté conditionnelle il y a un an et que le retard est dû au fait que sa maladie est interprétée sous le signe de la dangerosité. Il se résigne enfin :

« Donc, je pense qu'il faut que je fasse quand même tout, tout seul. Je ne vois pas comment faire autrement, il n'y a personne pour me soutenir. Comme ça, au moins, je ne dois rien à personne. » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

Il apparaît bien dans l'entretien avec M. Taleb que la prison prive les personnes de toute possibilité de s'appartenir, d'avoir une maîtrise sur soi et son environnement. Une maladie renforce d'autant plus cet état des choses. Cependant, la condition carcérale suppose que les personnes trouvent en elles et uniquement en elles les ressources pour dépasser cette condition. Cette double contrainte est aussi illustrée dans l'extrait qui suit, d'un entretien avec M. Hannachi :

« On ne s'appartient pas en prison, vous savez, on a l'air comme ça, on se débrouille, on fait des choses mais on ne s'appartient pas. On appartient au juge, au médecin, au SPIP, au surveillant surtout. Ils décident pour nous. [...] » (Hannachi, 30 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

Ici aussi l'expression d'une maladie est vue comme ajoutant à la dépossession que l'ordre carcéral met en place : *« Quand en plus on a un problème, comme moi, avec les crises [d'épilepsie], c'est fini, on a plus de pouvoir sur nous-mêmes ».*

Le sentiment de non-appartenance est dû aussi au fait de ne pas pouvoir prendre de décision sur ce qui nous concerne :

« La psy me dit qu'il faut faire face. Ça fait 10 ans que je fais face, malgré moi. On est en prison ici, on est pas au bistro, tu bois tu oublies, quand t'en a marre tu te barres. Non, ici tu fais face, te ne fais que ça. On est obligé de gérer tout seul, on est livré à soi-même en prison. S'il faut taper des gens, il faut les taper. Même si on va mal, il faut pas prendre des médicaments. C'est facile de prendre des médicaments. Y a tout ce qu'il faut en prison. Et avec le stress, les angoisses, la peur. Mais il faut rester fort. »
(Hannachi, 30 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

La prison est décrite comme un lieu de danger physique mais aussi psychique. Les prisonniers font face tant aux souvenirs de l'infraction, aux conséquences de la maladie qu'aux relations quotidiennes. Ils sont continuellement exposés à la déchéance physique et psychique. Hannachi décrit ainsi la permanence de l'obligation de faire face dans un contexte de privation de liberté :

« Il faut prendre ses responsabilités en prison et accepter que jusque-là ta vie c'était que des échecs et que c'est à partir de là qu'il faut construire quelque chose. Mais c'est dur de construire à partir de la prison. C'est pas une vie la prison, c'est une pseudo vie. On ne s'appartient pas entièrement quand on est en prison. On vous dit d'aller là-bas, on vous dit de descendre, on vous dit de monter, on vous dit quoi faire. Et en même temps on vous dit de faire face. » (Hannachi, 30 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

M. Hannachi montre ainsi la double contrainte à laquelle il est exposé lors de l'enfermement carcéral : « *prendre ses responsabilités* » et « *faire face* », des actions propres à un individu libre et autonome, là où justement les marges de manœuvre sont réduites.

Ne plus s'appartenir implique donc la privation de toutes les ressources nécessaires pour avoir le sentiment immédiat et naturel d'autonomie et d'indépendance, notamment des choses aussi anodines que franchir une porte, se déplacer librement, manger à une heure choisie, avoir une intimité. La privation de soi ou le sentiment de non-appartenance implique donc la difficulté d'avoir une relation « *naturelle* » à soi-même et à son corps.

Être « *livré à soi-même* » implique de devoir puiser les ressources uniquement en soi, en sa personne, sans aucun support externe pour continuer de mettre en scène l'image d'un homme autonome. L'homme autonome doit pouvoir assurer sa protection, établir des relations convenables, revendiquer ses droits sans se mettre en colère, faire face à son infraction. Il doit, finalement, montrer une maîtrise de lui-même et de son environnement difficilement accessible pour qui que ce soit. A ce propos, M. André explique :

« On nous demande d'être des clones. Il faut apprendre à se défendre sans les embêter [les surveillant.e.s]. S'ils ne savent pas, c'est encore mieux. Si tu suis tout ce qu'on t'a suggéré de faire, si t'as les moyens de suivre tout, c'est bon, t'es réinsérable. Mais il faut être un surhomme, il faut être à l'aise à la prison, à l'aise à l'extérieur. Si tu ne peux pas, t'as pas la famille qui suit, t'es faible, tu t'en sors pas, là tu restes en prison. Tu vas être avec les condamnés et tu vas fréquenter un milieu plus dur. Après on va te mettre, on va vouloir que ..., c'est là que commence le clonage. On va vouloir que tu suives ..., que t'apprenne à ne pas te rebeller contre le système, que tu l'acceptes, que tu ravales ta salive même lorsque t'es humilié. » (André, 48 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

Dans le sentiment de ne plus s'appartenir, on peut trouver des proximités avec le phénomène de la « dépersonnalisation » dont parle Goffman dans *Asiles*. Selon lui, la dépersonnalisation est « une autre forme de mortification⁶⁸⁴ dont les effets sont moins directs et dont la signification pour l'individu est moins facile à déterminer : celle qui naît de la rupture qui relie habituellement l'agent à ces actes. »⁶⁸⁵

Ainsi, les personnes, pour correspondre aux attentes institutionnelles et donc pour éviter que leur situation ne s'aggrave, perdent une partie de leurs caractéristiques personnelles et se fondent dans une masse. Comme le disait M. Hannachi, en prison, « on te dit de monter, on te dit de descendre ».

Le fait d'être « livré à soi-même » semble venir des nouveaux objectifs de l'action publique et de la façon d'envisager les personnes, de plus en plus responsabilisées, sommées de puiser les ressources en elles-mêmes. Les prisonniers doivent se montrer de véritables individus autonomes et capables. Être livré à soi-même est donc une demande de « sur-individualisation » ou comme le dit M. André « il faut être un surhomme ». La double contrainte se trouve donc dans le fait d'imposer à la fois une dépersonnalisation et une sur-individualisation aux hommes détenus.

⁶⁸⁴ GOFFMAN, E. 1968, *Op. cit.* Les techniques de mortifications (pages 56 à 78) sont mises en place (même de manière non-intentionnelle) dans toutes les institutions totales et accompagnent l'arrivée d'un nouveau reclus vers l'acceptation de sa nouvelle identité. Goffman parle de l'isolement, des cérémonies d'admission, du dépouillement, de la dégradation de l'image de soi, de la contamination physique et de la contamination morale comme autant de techniques de mortification.

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 79.

Même si ces deux phénomènes sont intimement liés, nous essayons de montrer de quoi est constitué chacun d'eux. La double contrainte est d'autant plus agissante sur les hommes qui ont des particularités physiques et mentales. C'est d'ailleurs par leur difficulté voire leur impossibilité d'accomplir les rituels attendus qu'ils sont repérés.

10.2. Les cérémonies de dépersonnalisation

Les cérémonies de dépersonnalisation consistent en nombreux actes qui visent et confirment aux jour le jour la mise à nu des prisonniers. Ils sont constamment surveillés, fichés, contrôlés. Il en résulte la difficulté de préserver son intimité et une dépendance quasi complète.

Le moindre acte de la vie quotidienne devient en prison une procédure contraignante : entrer et sortir de sa cellule, y passer plusieurs heures, commander⁶⁸⁶ et préparer⁶⁸⁷ la nourriture qui convient, s'occuper de son hygiène, même faire ses besoins⁶⁸⁸. La dépersonnalisation est constituée de deux grands phénomènes : la mise à nu et l'abolition de la volonté.

10.2.1. La mise à nu

Le corps du prisonnier est mis à nu : il est observé, fouillé, exposé, déplacé, signalé. Les différences physiques et mentales renforcent les pratiques d'observation et donc le sentiment de dépossession. La vulnérabilité renforce la surveillance.

La dépossession de soi-même se matérialise dans le fait de se savoir constamment objet d'observation. M. Taleb explique la chose suivante :

« J'ai des troubles obsessionnels, assez sévères. C'est déjà pas facile dehors, en prison c'est horrible. Un jour, un surveillant m'ouvre la porte et je veux le rassurer parce que je vérifie plusieurs fois. Je lui dis « t'inquiète pas surveillant, j'ai juste un petit problème » et il me dit « ah non, pas de problème, on a une note sur toi, on est prévenus ». Ils ont une note sur moi ! » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

⁶⁸⁶ Les prisonniers reçoivent trois repas par jour par l'administration pénitentiaire, qu'ils prennent dans leurs cellules. Pour améliorer ces repas, ils ont la possibilité de « cantiner », c'est-à-dire de commander des denrées alimentaires auprès d'un prestataire de service.

⁶⁸⁷ Dans les établissements pour peine les détenus ont la possibilité de préparer leur repas. Dans les maisons d'arrêt, les plaques chauffantes bricolées sont tolérées.

⁶⁸⁸ Le plus souvent les toilettes sont dans un coin de la cellule, séparées par une petite cloison, celle-ci doit rester suffisamment basse pour être visible de l'extérieur même assis

Les notes, les fiches et les surveillances spécifiques sont renforcées pour les prisonniers considérés comme fragiles. Pour les cas particuliers, les surveillant.e.s d'étage font des « rondes » et des « contre-ronde », c'est-à-dire des passages de vérification de la cellule et de l'état des personnes, parfois espacés seulement de 30 minutes. Cette vérification peut demander l'ouverture de la porte et surtout d'allumer la lumière, même de nuit. Les surveillances spécifiques ajoutent donc de la fatigue et du stress aux surveillés. Les plus malades, ceux qui ont des troubles de comportement, font partie de ce contingent de surveillés.

« Le plus rigolo c'est que les surveillants, la journée, on a besoin de quelque chose, il n'y a personne. Mais la nuit, qu'est-ce qu'on les voit ! J'étais déprimé, je pense que c'est pour ça qu'ils m'ont ajouté des rondes. Ils allument la lumière, ils me regardent. Après, moi, je dors comment ? Et quand ils passent, ils sont pas médecins, ils savent pas, ils regardent si tu bouges et c'est tout. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

D'autres types de surveillance peuvent être mises en place concernant les prisonniers ayant des difficultés psychiques ou mentales. Dans certains établissements, ils sont « fichés » et observés plus particulièrement dans leur quotidien. Si cette surveillance vise surtout leur protection, elle peut avoir des répercussions négatives sur le comportement et l'avenir des surveillés. M. Hannachi donne un exemple de la manière dont ces surveillances influencent son comportement :

« Dans mes dossiers, dans les CRI (compte-rendu d'incidents), dans le prétoire, on m'a tellement dit que j'étais dangereux. J'étais pisté quoi. Tout le temps du négatif, tout ce que je faisais c'était du négatif. Je vais pas dire que c'est pour ça que je suis devenu comme je suis, mais ça joue quand même. » (Hannachi, 30 ans, Centre de détention, peine de 20 ans)

Une fois sous surveillance spécifique, des gestes anodins sont observés et répertoriés et peuvent figurer dans les dossiers des prisonniers. Ces dossiers sont à la disposition du juge d'application des peines (JAP) et peuvent être interprétés comme autant de signalements de dangerosité ou de mauvais comportements. Les surveillances spécifiques, mises en place pour protéger les personnes, peuvent se retourner contre elles. Les marges d'intimité possibles en prison sont de plus en plus réduites, la maladie « est volée et interprétée ».

La fouille est aussi un phénomène qui contribue, littéralement, à une mise à nu. La majorité des détenus ont préféré suggérer ce moment sans l'aborder plus en détails. Quelques-uns ont précisé avoir l'impression d'être fouillés plus souvent que les autres prisonniers à cause de leur particularité. Ce fait est reconnu par les professionnel.le.s, qui considèrent qu'un détenu en fauteuil roulant, ou bien « *simplet* » ou « *fou* », est plus vulnérable aux pressions et peut devenir facilement une « *mule* » ou comme le dit un surveillant gradé : « *le handicap, c'est bien de faire des choses pour améliorer la prise en charge, mais nous, notre travail c'est surtout de ne pas permettre que ça devienne source de trafics* » (Surveillant gradé, Responsable travail et activités, Centre pénitentiaire)

Le manque d'intimité est une des caractéristiques principales de la prison. Aller aux toilettes, manger, dormir, se laver, tant d'activités qui se font souvent sous le regard des autres. Les prisonniers trouvent parfois des manières d'échapper à cette promiscuité. Ils mettent des rideaux aux fenêtres, couvrent la cuvette des WC, obstruent les œillets, régulent leurs déplacements dans la cellule. Dans un établissement pour peine, être seul en cellule permet une certaine intimité. Mais dans les maisons d'arrêt, souvent surpeuplées cela se révèle bien plus rare et difficile. Et lorsqu'il y a une déficience physique l'exposition est totale :

« En maison d'arrêt, c'est le plus difficile, 24 heures sur 24. On était trois en cellule, des fois même six. Déjà, quand on est trois, même si t'es pas handicapé, il faut un planning, qui reste debout, qui est assis et qui est au lit, qui mange à la table. Ou qui mange debout, même par terre, ça dépend du codétenu. Moi, on m'a pas demandé mon avis, je devais rester allongé, parfois plusieurs jours. » (Vannart, 66 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

La déficience particulièrement visible de M.Vannart l'expose immédiatement à la non-consideration de la part des autres détenus. Ne pas pouvoir se lever de son fauteuil sans aide le condamne à être cloué au lit :

« Question : comment faisiez-vous pour manger, aller aux toilettes, sortir un peu ?

Vannart : Déjà, la promenade il faut oublier, on sentait qu'on les dérangeait. »

Le handicap est vécu différemment selon les personnes. Si certains détenus, médiatisés, ont revendiqué tout au long de leur incarcération des aménagements, la majorité cherche à éviter cette exposition et à poser le moins de problèmes possible et s'interdit automatiquement l'accès aux certaines activités.

« Question : Vous dérangez qui ? Les détenus ou les surveillants ?

Vannart : Tous, on les dérange tous. Heureusement, j'étais souvent convoqué par le médical, je prenais une douche là-bas. Sinon c'est les codétenus qui m'aidaient à me lever et à me coucher. »

Si les infirmières n'ont pas le droit de s'occuper des détenus dans leur cellule, excepté la distribution de médicaments, une douche médicale peut être proposée dans les locaux des services médicaux de certains établissements.

« Vannart : Sinon, les toilettes, je me débrouillais, je m'organisais, quand ils étaient en promenade, à l'époque je pouvais encore un peu seul [...] J'ai pas envie de vous parler de ça. »

On voit ici, la difficulté à évoquer l'expérience de la déficience en prison. Cela expose, une fois encore, à discuter de sujets privés qui ne sont normalement pas évoqués. Cela se rapproche aussi d'un sentiment de souillure et de honte.

« Question : Et ici, ça se passe mieux ? vous êtes seul en cellule ?

Vannart : Ça se passe mieux. Mais le fauteuil rentre pas dans la cellule. Et quand il n'y a pas d'auxi pour me lever, je reste au lit. [...] C'est arrivé, quand ils ont viré l'ancien auxi et y avait pas le nouveau, je suis resté trois jours au lit.

Question : dans ce cas, pas de toilettes ?

Vannart : Ben non. »

L'aile où vit M. Vannart, même si elle est « aménagée », puisqu'elle héberge des personnes handicapées, n'offre pas les aménagements techniques qui lui permettraient de participer à une vie quotidienne « normalisée » en prison. Autrement dit, d'accomplir des activités ordinaires d'une manière « naturelle » sans aide extérieure. Le lit est cloué au mur, la cuvette des toilettes est ordinaire, très basse, sans aucune barre d'appui. Les seuls aménagements sont l'agrandissement des portes et l'abattement de la cloison entre le lit et cuvette de toilettes. Si M. Vannart nécessite une aide constante, les quelques autres détenus de cette aile spécifique sont autonomes. L'un utilise un tabouret médical qui lui permet le transfert entre le fauteuil, le lit ou les toilettes :

« Je ne vous cache pas que c'est pas commode, c'est pas pratique. Avec les médecins on a beaucoup cherché, et c'est ce qu'on a trouvé. Après, comme on a les portes ouvertes

toute la journée, il faut quand même réfléchir quand on va aux toilettes. Il faut s'organiser. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

M. Dunod semble se débrouiller un peu mieux que les autres. Il déclare des connaissances des procédures médicales et administratives mais aussi des possibilités financières. Cela lui permet d'avoir quelques aménagements qu'il finance seul.

M. Pélissier de son côté nous montre un jour la manière qu'il a trouvé de se déplacer dans la cellule. Il approche le fauteuil de la porte de sa cellule, avec ses bras prend appui sur la cuvette des toilettes, se hisse de son fauteuil qu'il laisse devant la porte de la cellule et s'assoit un bref instant sur la cuvette, pour ensuite sauter et s'asseoir sur son lit.

« Voilà comment on fait, quand on est infirme. Mais il faut pas être trop infirme. Il faut avoir des bras quand même. [...] Moi, je préfère de temps en temps rester dans la cellule. Je fais mes écrits, je m'occupe. J'ai un peu d'intimité. Sinon, si on est tout le temps sur la chaise roulante, on doit être dans le couloir, on peut pas être dans la cellule. Je sais que les autres détenus sont jaloux parce qu'on a les portes ouvertes. Mais on a pas les jambes, nous. On peut pas sortir-entrer comme on veut. » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Les portes ouvertes des cellules qui visent justement à une égalisation avec les autres détenus peuvent devenir un frein à l'intimité, lorsqu'on a un handicap moteur. Ce rapport qui s'instaure entre enfermement, handicap moteur et intimité est aussi présent dans les cas de troubles psychiques :

« Moi, je l'ai déjà dit, j'ai un truc dans la tête, j'ai un problème. Je veux pas être isolé, mais j'évite quand même les gens. Ça c'est la maladie, y a des jours ça va mais y a des jours, si quelqu'un qui me regarde... Je peux pas. Je supporte pas le regard. » (Mazzini, 40 ans, Centre de détention, peine de 24 ans)

Lors des crises psychotiques, c'est d'ailleurs le regard constant et l'exposition qui ressortent :

« Handicapé, pourquoi handicapé ? C'est eux qui sont malades. Ils sont partout ici, ils sont partout. Je ne suis pas malade, moi. Ils entrent par les aiguilles dans mon cerveau, dans mon sang, dans mes yeux, ils sont partout. » (Sanga, 30 ans, Maison d'arrêt, peine de 13 ans)

Ce dernier témoignage est celui d'un détenu lors d'une première rencontre. Nous ne le revoyons pas, considérant que son état est difficilement compatible avec l'enquête. Par ailleurs, en attendant son hospitalisation, il est très surveillé, puisqu'il n'est pas connu dans cet établissement et que son état apparaît très préoccupant.

Même sans être malade, la prison surexpose les personnes. L'anonymat y est pratiquement impossible⁶⁸⁹. Même dans les grands établissements, les prisonniers tentent de connaître les nouveaux arrivants, leur histoire et leurs affectations. Il est important de connaître la place dans la hiérarchie carcérale qu'aura le nouvel arrivant :

« Pélissier : Il y a des hiérarchies en prison, on est tous classés. Ici, on est en catégories par étage. On est en catégories par unité. On ne met pas le voleur avec le voleur. Ben, bien sûr, madame. Moi, on me voit, on sait tout de suite où je suis, on sait si on va me parler ou pas, tout de suite on va me mettre à l'écart.

Question : les autres détenus ou l'administration ?

Pélissier : Mais tous madame. Les détenus, ils vont pas te calculer. Les surveillants aussi mais ils ne le montrent pas, ils te parlent un peu comme si t'étais un enfant. Avec des blagues, avec des sourires. Quelqu'un, tu vois pas trop son handicap, tu vois qu'il habite au x étage [étage des malades], tu sais qu'il a un problème, tu sais qu'il est pas fiable. Dans la hiérarchie de la prison, il est tout en bas, en bas. C'est le maillon faible de la détention. » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Le corps et l'espace produisent et donnent à voir les hiérarchies carcérales. La plupart des prisonniers que nous avons interviewés se plaignent d'ailleurs du regard constant posé sur eux. Certains dénoncent des moqueries, des blagues, un manque de considération. Une condition inférieure qui s'inscrit dans leur corps et qui les suit partout en prison :

« Je sais que parfois j'aime pas le regard. Quand on me regarde on est gentil, pas de problème. Mais quand on me regarde, comme si je suis handicapé. Je sais que je suis handicapé. Mais quand on me regarde comme si je suis un singe, ou un monstre, je fais des colères. Ça m'arrive dehors aussi. Mais ici c'est tout le temps. Les gens me prennent pour quelqu'un d'autre. J'entends les détenus, même les surveillants, ils se moquent de moi, ils font des bruits de singe, ils marchent comme des singes. C'est pour ça, je sors

⁶⁸⁹ CHAUVENET, A., MONCEAU, M., ORLIC, F., ROSTAING, C. 2005, *Op. cit.*

pas de cellule. Ou je tape, je tape à la porte pour sortir. Pour les défoncer. » (Kobé, 28 ans, Maison d'arrêt, 4 mois)

M. Kobé est particulièrement fragile, son corps est affaibli et il est défiguré par un accident. Accident qui a provoqué selon ses mots un « *bug* » dans son cerveau. Son mode de communication, sa façon de regarder, de parler, changent d'une minute à l'autre. Mais il n'est pas le seul à dénoncer ce regard intrusif, qui catégorise, classe et met à distance. Même Dunod, qui joue le responsable de l'aile aménagée, un peu un caïd, dit à peu près la même chose :

« Je ne sors plus. Notre statut de handicapé, ça nous marginalise totalement. Déjà, c'est compliqué avec les surveillants et le monte-charge mais surtout les jeunes en promenade. Quand ils me voient sur mon fauteuil « eh papy tu me le passes, je fais un tour ». Ils me font pas peur, mais j'aime pas trop ça, je deviens une attraction. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

Le « *travail de face* » est constamment nécessaire en prison. L'impossibilité de satisfaire les normes communes fait offense aux autres détenus. L'humour, les blagues semblent être une manière pour les prisonniers et les professionnel.le.s d'intégrer ceux qui sont différents. Mais cela est aussi une manière de leurs signifier une place à la marge.

10.2.2. L'obligation de maintenir son image : l'hygiène et le corps

Le maintien de l'hygiène en prison n'est pas aisé, alors même que la promiscuité rend la menace d'une contamination constante. Pour une grande partie des détenus, nettoyer devient une nécessité physique et psychique. Le nettoyage de la cellule et l'entretien du corps prennent une grande partie dans la description de leurs journées. L'accès à l'hygiène est bien sûr entravé par les conditions d'enfermement : un bâti décrit souvent comme humide et mal entretenu, parfois fortement dégradé, infesté par des bêtes et des rats.

La plupart des prisons ne disposant pas de douche en cellule, la toilette quotidienne se fait autour d'un petit lavabo avec un robinet d'eau froide. L'organisation de la buanderie, quand elle est présente en établissement, semble aussi compliquée à mettre en place. Autant de possibilités de raviver le sentiment de dépossession de soi. Dans la parole des prisonniers, maintenir son hygiène est apparu comme une manière de se battre contre ce sentiment. La

menace d'une contamination morale toujours présente en prison fait peser sur les prisonniers handicapés un fardeau encore plus lourd. Les extraits d'entretien le montrent bien :

« J'avais un copain ici. Il s'est suicidé. Personne n'a pensé, quand tu le regardes qu'il pouvait se suicider. Il était toujours propre, les cheveux coupés, rasé, les vêtements, la cellule, tout impeccable. Propre, bien rangé, un type bien. Il avait pas l'air faible ou malade, personne ne se dit 'il va pas tenir le coup'. » (Garcia, 49 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

La propreté est un indice qui montre qui est « un type bien », qui « tient le coup », et n'est donc ni « faible » ni « malade ». L'hygiène est une propriété de distinction, qui sépare les détenus qui tiennent le coup des autres. Elle est donc un critère de classement. Dans les entretiens, tant pour les personnels que pour les détenus, le manque d'hygiène apparaît comme étant lié à l'état de « handicapé ».

Nicolas, par exemple, qui est auxiliaire (détenu-aidant) à « l'étage des malades » fait une description où, tout en nous expliquant son travail, il livre ces classements :

« Il faut nettoyer leurs cellules et tout. Je nettoie les cellules 3 fois par semaine, c'est un peu [...]. Parce que les handicapés, ils sont sales. Ils sont sales, y en avait un qui crachait sur les murs [...] Y en a qui sont pas de vrais handicapés mais ils sont cramés⁶⁹⁰. Ils bavent sur eux, ils changent pas le linge, ils puent, leur cellule, elle pue aussi. C'est des clochards. Moi, un mec comme ça je veux l'aider mais je veux pas dans ma cellule. Moi je me respecte, je respecte mon corps, je respecte ma cellule. Il peut avoir des maladies dangereuses. Des gens comme ça, ils ont rien à faire en prison. La prison, c'est plus pour les mecs. Après, ils font des crises aussi quand ils vont pas prendre les médicaments. Ils vont au mitard. Ça aussi, tu vas au mitard, t'es cramé après. Pourquoi tu tapes, pourquoi tu cries, pourquoi tu craches quand tu sais que tu vas au mitard après ? Tu deviens teubé⁶⁹¹. Tu es sale, t'es pire qu'un mort-vivant. » (Nicolas, 28 ans, Maison d'arrêt)

On voit apparaître la figure du détenu handicapé sous les habits de l'Autre. Cet Autre est sale et malade, potentiellement contagieux. Même si Nicolas se vante d'avoir vécu à la rue, l'Autre est investi négativement comme clochard. Il ne peut pas se maintenir propre parce qu'il ne se

⁶⁹⁰ Parce qu'ayant été soigné à forte dose de psychotropes.

⁶⁹¹ Bête, en verlan.

respecte pas et ne respecte pas les lieux où il vit. Ce non-respect envers soi, qui caractérise les faibles et les « *cramés* », s'exprime dans la prise inconsidérée de médicaments et de drogues (même si Nicolas dit avoir une grande expérience dans la prise de drogues) et les séjours en quartier disciplinaire. Plus tard, il décrit le non-respect envers soi par le fait de s'alimenter exclusivement avec la nourriture proposée par la prison : « *y en a qui mangent que la gamelle⁶⁹², ils ont rien d'autre, ils savent même pas se faire à manger* ». La description qu'il fait est d'autant plus étonnante que nous avons rencontré la plupart des prisonniers vivant à « *l'étage des malades* » et n'avions pas constaté ce que Nicolas décrit. Lorsque le sujet des personnes handicapées est évoqué, il s'agit pour lui de construire une image de l'Autre, très éloignée de son univers : « *pires que des mort-vivants* ».

La rhétorique du mort-vivant apparaît dans d'autres établissements. A propos de l'aile aménagée située à la maison centrale, certains détenus qui n'y vivent pas s'exclament : « *de toutes façons, là-bas, c'est la mort* ». Dans cette prison, apparaissent également des qualificatifs « *d'homosexuels* », « *de pervers* », mélangés à ceux de « *délinquant sexuel* », pour caractériser l'altérité que représente l'homme handicapé :

« Les autres veulent pas qu'on lave notre linge en bas⁶⁹³, sous prétexte qu'on est homosexuels, qu'on a violé des gamins et des gamines. Le linge est déchiré, parfois ils le jettent. Eux, ils regardent pas le handicap, ils regardent la porte et qu'on peut sortir dans le couloir. C'est de la jalousie, le détenu a toujours été jaloux, c'est pas nouveau. Mais nous, on est des laissés pour compte, aucune considération. » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Et parfois, tous ces qualificatifs, ayant trait à la différence sont regroupés :

« En bas, [les autres détenus] disent qu'on est tous pourris, on est infectés, on a le sida. On raconte qu'on est des homosexuels ou je ne sais quoi encore. Le linge, si on le donne, quand on le reçoit, est moisi et déchiré. Ils veulent pas, parce que soi-disant notre linge est sale, ils disent qu'il est plein de merde et de pisse, que nous, on ne peut même pas se contrôler. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

Tous les statuts considérés comme inférieurs sont donc imputés aux prisonniers qui vivent dans l'aile aménagée – « *homosexuels* », « *pointeurs* », « *pervers* », « *sales* », « *pourris* »,

⁶⁹² La gamelle est le nom communément donné aux repas proposés aux prisonniers par l'administration.

⁶⁹³ En effet, le reste des prisonniers refuse que le linge de ceux qui vivent dans l'unité pour personnes handicapées soit lavé dans la buanderie de la prison.

« infectés », « malsains ». Leur linge n'a pas le droit de se trouver à proximité de celui des autres prisonniers. Ici, la frontière morale est aussi physique.

10.2.3. Des détenus dépendants des professionnel.le.s

La dépendance envers les surveillants a déjà été envisagée comme l'élément de peine le plus lourd dans l'incarcération⁶⁹⁴. En effet, toute la vie quotidienne est rythmée par la possibilité de se voir ouvrir la porte de la cellule, d'être classé au travail et aux activités, d'être seul ou avec une personne de son choix. La vie quotidienne est dépendante de la possibilité de négocier les plus petits gestes de sa vie.

Dans le cas du handicap, quel qu'il soit, la dépendance peut se renforcer car la capacité de négociation diminue. Cela est souvent annoncé par les prisonniers :

« Moi, j'ai pas la clé de la cellule madame. C'est ce que je leur dis. J'ai pas la clé de la cellule. Pourquoi je me suis pas soigné ? pourquoi j'ai pas vu le psychiatre ? Parce que je peux pas sortir de la cellule quand je veux. Et quand je sors, il faut qu'on m'aide et si personne m'aide je peux pas aller très loin. » (Dacruz, 63 ans, Maison d'arrêt, peine de 5 ans)

En effet, M. Dacruz, comme tant d'autres le rappellent, ne pas avoir la clé de sa cellule et dépendre d'une aide extérieure complexifie la vie quotidienne. Pour d'autres, cela renforce d'autant plus des problématiques psychiatriques déjà existantes :

« Je deviens fou. Vous avez vu ? Comment j'ai crié, j'ai tapé. [En effet, nous faisons l'entretien lorsque nous visitons une unité fermée pour des malades psychiatriques au sein d'une prison. Le surveillant qui nous guide, exaspéré par les bruits, nous propose de faire un entretien avec Gérard, même si avant, il n'était pas prévu de voir ces détenus, trop dangereux et imprévisibles.] Et là c'est tombé que vous êtes là et qu'y avait un surveillant. Sinon, je deviens fou devant cette porte. On est là à les attendre, les matons. On les aime pas et c'est les gens qu'on attend le plus. On passe notre vie 'tu sors, tu entres, tu manges, tu prends des médicaments, tu vas en promenade'. C'est comme si

⁶⁹⁴ SYKES, G. *La société des captifs*, KAMINSKI, D. ; MARY, Ph. (éds) Bruxelles : Larcier, 2019.

t'as plus de volonté, comme si on t'a enlevé un truc de la tête, comme si t'as des forces qui te poussent. » (Gérard, 35 ans, Centre de détention, peine de 3 ans)

Cette dépendance extrême est aussi annoncée par les professionnel.le.s :

« Le plus difficile avec le handicap, pour le physique surtout, c'est la dépendance. Ça rend très, très dépendant aux surveillants. Tout le monde est dépendant, on est en prison. Mais pour le handicap physique, cette dépendance est multipliée. Mais quand j'y réfléchis, c'est un peu ça pour ceux qui sont très fragiles, parce qu'ils ont un retard mental ou parce qu'ils sont psychotiques ou schizophrènes. Pendant les crises surtout, ils sont très, très dépendants. » (Directrice adjointe, Centre pénitentiaire)

In fine, la dépendance dans l'enfermement est renforcée par les différences physiques et psychiques.

10.3. Les rituels de la sur-individualisation

La sur-individualisation est la manière de répondre à la dépersonnalisation. Il s'agit de toutes les adaptations aux manques par des rituels qui visent à annuler les effets de la prison.

L'espace carcéral et son ordre quotidien constituent pour les détenus vulnérables autant d'expositions qu'ils vivent comme une dépossession de soi. Leurs différences sont rendues visibles par la difficulté de s'intégrer à cet ordre. S'ajoutent les diverses privations matérielles qui les rendent dépendants de l'administration. Privés de volonté sur les choses les plus anodines de la vie quotidienne ils doivent donner l'image de personnes autonomes et responsables. Ils se décrivent comme étant « *livrés à eux-mêmes* ».

Autrement dit, on fait peser sur eux la responsabilité de la gestion de leur image, de leur vie quotidienne mais aussi de leur sortie. Aussi et surtout, ils sont responsables de ne pas se laisser aller aux effets de la prison. Le sentiment d'« *être livré à soi-même* » découle du sentiment de « *ne plus s'appartenir* ». Il s'agit de deux phénomènes intimement liés.

Si ne plus s'appartenir veut dire l'apprentissage et la mise en place des stratégies pour rendre vivable un lieu soumis à de l'observation et des procédures imposées, être livré à soi-même évoque le fait que chaque individu devra chercher en lui et seulement en lui les capacités pour affronter ce milieu. Ainsi, on a pu entendre de la part des professionnels, parler de ceux qui se « *laissent aller* » ou qui se « *laissent vivre* », de ceux qui « *lâchent tout* », ou qui « *attendent la gamelle et c'est tout* ». Les prisonniers ne sont pas tendres non plus envers ceux qui « *laissent la prison avoir raison sur eux* ».

C'est une banalité que de dire que la prison est l'endroit des relations contraintes, dont l'issue est souvent la violence ou l'isolement. La vie carcérale nécessite de présenter une facette de soi définie comme « *artificielle* »⁶⁹⁵ ou bien « *de devenir des clones* »⁶⁹⁶. Cela implique un contrôle constant de soi qui se matérialise par divers rituels. Et celui qui n'arrive plus à participer à ces rituels, peut-il encore espérer maîtriser un minimum son environnement ?

⁶⁹⁵ Après un entretien, une CPIP nous raconte le cas d'un jeune prisonnier qui a pris très au sérieux une compétition sportive et le projet de réinsertion qui allait avec. Au point où il a changé physiquement. Lorsqu'elle l'a vu à côté de sa famille (« des gens obèses, qui braillent ») elle s'est demandé comment allait-il faire à sa sortie. « On dit que la prison échoue dans ses missions. Mais là, on avait réussi quelque chose. Est-ce que c'était vraiment pour son bien ? On s'est demandé, est-ce qu'on n'essaie pas de créer des gens artificiels ».

⁶⁹⁶ C'est le sentiment d'un détenu, qui après nous avoir décrit les différents établissements par lesquels il est passé : « le commun c'est que on cherche à faire de nous des clones ».

La sur-individualisation s'impose donc aux prisonniers ayant un handicap car elle nécessite un contrôle de l'image dans les relations immédiates, une gestion des privations de la vie quotidienne mais aussi une gestion de leur peine.

10.3.1. Contrôler son image dans les relations immédiates

Pour Goffman, une caractéristique importante du stigmaté est l'information sociale : « *elle est réflexive et incarnée, c'est-à-dire émise par la personne même qu'elle concerne et diffusée au moyen d'une expression corporelle que perçoivent directement les personnes présentes.* »⁶⁹⁷

Une information sociale peut être « *symbole de prestige* » ou « *de stigmaté* », mais elle peut être aussi utilisée comme « *désidentificateur* » visant à briser les stéréotypes. Les prisonniers handicapés doivent contrôler constamment les informations sociales à travers l'image qu'ils donnent.

10.3.1.1. Des hommes sans communauté

Un grand nombre de prisonniers rencontrés nous ont constamment soumis leurs regrets du manque de solidarité entre les détenus. Ils se sentent profondément seuls et nostalgiques d'un passé où la solidarité faisait partie de la vie du prisonnier. Ils attribuent cet individualisme aux profils des autres prisonniers qui se révèlent incapables à la solidarité. Pour certains, l'amélioration des conditions de détention est responsable de ce manque de solidarité entre les prisonniers.

« Avant, parce que c'était plus dur mais les gens étaient soudés. Aujourd'hui, regardez, c'est plus facile la prison, mais ça a ramolli les gens, c'est chacun pour soi. Il n'y a plus de solidarité de détenus. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

Les conditions de détention, mais aussi le changement de « *code* » sont pointés de doigt : « *Les jeunes aujourd'hui, ils arrivent ici, ils se croient dans la cité. La parole, l'honneur, ça ne veut rien dire pour eux.* » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans). D'un autre côté, leur isolement est même revendiqué : « *je préfère être seul* », « *mes relations c'est 'bonjour-*

⁶⁹⁷ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*, p. 59.

bonjour' et c'est tout ». En effet, même s'ils postulent un manque de solidarité en général, c'est d'abord d'un manque de solidarité et de considération envers eux, stigmatisés, dont il s'agit. Ils ne font plus partie d'une communauté ne serait-ce que celle des prisonniers.

Or, cette exclusion de la communauté des détenus ne les exclut pas de la communauté des criminels. Bien qu'ils connaissent parfaitement le jeu entre eux et personnels de surveillance, certains expliquent :

« Les surveillants je ne veux plus leur parler, ils nous connaissent, ils savent ce qu'on vaut et pourtant ils nous traitent parfois comme des hommes de la pire espèce. »
(Couvreur, 39 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Bachir nous raconte la conversation qu'il a eue avec un surveillant :

« Je discutais récemment avec un surveillant et il me dit qu'il était pour la peine de mort pour les gens qui ont tué. Vous-vous rendez compte ? Un surveillant en maison centrale ! En fait, il veut nous voir crever. Comment on peut vivre ensemble comme ça, avec des gens qui veulent nous voir crever ? » (Bachir, 38 ans, Maison centrale, peine de 20 ans)

Ainsi, exclus de l'intérieur de la prison, ils sont aussi exclus du reste de la société. La vie en prison est souvent vue comme inversée par rapport à l'extérieur : ceux qui s'adaptent le mieux à la prison sont les moins intégrés socialement. Inversement, les détenus les plus intégrés à l'extérieur sont les moins adaptés à la vie en prison. Une telle affirmation postule une différence radicale entre les modes de sociabilité, celle-ci ne bénéficiant pas aux criminels handicapés. Leur handicap joue comme « *désidentificateur* », ou selon Goffman ce qui « *met fortement en doute [l'identité] qui existait virtuellement* »⁶⁹⁸ et empêche ainsi leur intégration au sein de la prison.

Bien évidemment, des formes de solidarités très localisées et très personnelles existent. Elles suscitent toujours le doute chez les professionnels et les autres détenus. Les codétenus aidants, qu'ils soient payés ou pas par l'administration, éveillent des soupçons. Ainsi, le codétenu-aidant dans l'aile aménagée est insulté par les autres détenus qui l'appellent tout simplement « *la bonne* ». Tout cela témoigne de l'importance de gérer l'image que l'on donne pour ne pas se retrouver hors de la communauté.

⁶⁹⁸ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*, p. 60.

10.3.1.2. Être discrédité et gérer la différence visible

Lorsqu'une difficulté physique existe en prison la plupart des personnels est au courant. Nous pourrions penser qu'elle se donne à voir immédiatement mais des procédures existent pour qu'elle soit signalée, souvent au plus haut niveau de la hiérarchie. Ainsi, lors d'un entretien à la DAP, un responsable nous signale avoir reçu « *ce matin même* » un appel téléphonique l'informant de l'incarcération une personne « *tétraplégique* ».

Lors de notre enquête, nous avons eu la possibilité de discuter avec des représentants des comités de droits de l'homme dans des pays nord-africains. Ils nous disaient être témoins, lors de leurs visites, de situations de prisonniers et prisonnières en mobilité très réduite, qui n'étaient pas connues ni par la direction ni par les médecins. Une déficience physique, même très lourde, peut donc rester invisible. La différence n'a pas la même signification selon les contextes. En France, la sensibilité quant aux déficiences, notamment physiques est élevée. Elles sont immédiatement repérées et signalées. La déficience physique est donc un « *symbole de stigmatisation* »⁶⁹⁹ directement perceptible, catégorisant la personne comme vulnérable et à protéger.

La principale difficulté se trouve dans le contact avec les autres détenus, qui peuvent ne pas accepter les contacts avec quelqu'un de différent. Le handicap dit visible laisse peu de personnes indifférentes. Certains prisonniers, quand ils sont plus âgés et se déplacent en fauteuil, surtout s'ils sont pour la première fois en prison, cherchent à bénéficier d'un statut d'aîné. Ce statut, s'il est totalement accepté et revendiqué par certains, n'arrange pas tout. Il a un prix fort à payer. Accepter ce statut c'est abandonner l'appartenance à la communauté des prisonniers. Exclut par ailleurs du reste de la société, le groupe des prisonniers est le seul groupe humain dans lequel ils sont acceptés de plein droit⁷⁰⁰. Cette double exclusion, comme criminels et comme handicapés, leur confère un statut flottant, que certains assimilent à une non-existence.

Le handicap, lorsqu'il ne peut être caché, sans que cela ne soit la règle, est souvent une raison de se retirer du reste de la communauté. L'acceptation dans la communauté dépend de l'acceptation de cette position particulière. Cela implique d'accepter les questions intrusives,

⁶⁹⁹ Dans le sens d'information sociale durable et corporelle, perceptible dans toute interaction, GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*, p. 59.

⁷⁰⁰ LE CAISNE, L. 2000, *Op. cit.*

les blagues et les remarques. Il faut se familiariser avec « *l'acceptation fantôme* »⁷⁰¹ dont parle Goffman. Ainsi, M. Dunod nous raconte :

« Je ne sors plus, j'en ai marre des jeunes, à chaque fois à me fixer, à me parler. C'est vrai qu'on est en prison, on se dit bonjour. Mais en prison, il y a des groupes, on ne parle pas à tout le monde comme ça, on se renseigne avant. Et avec moi, non, ils se sentent autorisés, comme je suis en fauteuil, de me parler direct : « eh le vieux, le papy ». Voilà, mes sorties sont à l'infirmerie. Là-bas, je connais, je suis connu. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

Pour M. Vannart, qui se déplace en fauteuil et a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne, le non-respect des règles de communication en prison semble tout aussi difficile à accepter :

« Vannart : Dès que je sortais, ils étaient tous là, autour de moi « pourquoi t'es en prison ? pourquoi t'es en prison ? T'as rien à faire ici ».

Question : C'est pas forcément méchant, non ? Pourquoi ça vous gêne ?

Vannart : Parce que, on se demande pourquoi on est en prison entre nous, mais on demande pas comme ça directement, sans savoir à qui on parle. Et moi, ils me demandaient comme ça. » (Vannart, 66 ans, Maison centrale, peine de perpétuité)

La personne avec un handicap visible ne bénéficie pas du même traitement que les autres, « *l'étiquette carcérale* » qui exige de se renseigner sur les personnes avant de les approcher n'est plus de mise. Il est facile à comprendre que l'architecture carcérale met devant ces personnes de multiples obstacles. Mais, plus insidieusement, leur vie sociale en prison est parsemée d'obstacles symboliques tout aussi importants. Leur déficience mais aussi le fait de vivre dans un lieu spécifique les met dans la situation de personnes « *discréditées* ».

Les règles de sociabilité, en vigueur dans l'univers carcéral, ne sont pas respectées lors des interactions avec ces personnes. A l'extérieur de la prison, la rencontre avec une personne stigmatisée peut servir à confirmer sa propre normalité. Mais en prison, cette rencontre porte atteinte et confisque même l'image que les prisonniers valides se font d'eux-mêmes. Il s'agit d'une image stéréotypée qui met en avant la force physique et mentale, l'autonomie et le calcul. Ainsi, pour se protéger de cette atteinte et les tenir à distance, les prisonniers valides renvoient

⁷⁰¹ GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*, p. 145.

une image d'infériorité aux prisonniers handicapés. Ces derniers ont alors trois possibilités pour contrôler leur image :

- L'évitement de toute prise en charge ;
- Un usage positif de la différence visible ;
- Un usage négatif de la différence visible : l'isolement ou l'utilisation du stigmaté comme arme.

Eviter les prises en charge

L'évitement de toute prise en charge vise à retarder le passage dans la catégorie de ceux qui ne comptent pas. C'est par ailleurs les prisonniers avec lesquels nous avons eu le plus de mal à discuter. Comme on le voit dans l'extrait qui suit, M. Jimenez vient à l'entretien parce qu'il a déjà recouvré ces forces :

« Je ne dis pas que je suis guéri, y a pas de guérison de ce que j'ai. Mais j'ai bien fait de ne pas accepter à l'époque, je me déplaçais en fauteuil tout le temps [maintenant il peut se déplacer avec une béquille], de ne pas aller à « l'étage des malades ». Parce que, si j'avais accepté, ben là peut-être que j'allais encore être en fauteuil. J'allais pas travailler. Si c'était dehors, dans un centre, j'allais accepter mais ici, tu ne peux pas. Il faut toujours faire attention de ne pas ... tomber quoi. » (Jimenez, 62 ans, Maison d'arrêt, peine de 20 ans)

Accepter le handicap est vu comme une faiblesse qui pourrait faire « tomber ». Si certaines choses sont possibles dehors, elles ne le sont pas en prison. Cet extrait montre bien ce qu'on peut se permettre, même en termes de faiblesse, en prison. Il explique aussi le refus de participer à la recherche des prisonniers qui étaient affligés par une déficience très visible qu'ils géraient pourtant seuls.

Un usage positif de la différence visible

Ceux qui acceptent le stigmaté en jouent le plus souvent. Ils se positionnent comme des personnes âgées et/ou malades, demandent et revendiquent même, auprès des surveillant.e.s ou des autres détenus, à être aidés : que l'on pousse leur fauteuil roulant, que l'on aménage leur cellule ou leur emploi de temps, qu'on les aide pour la cuisine, leur procure du matériel médical.

Ils ont le plus souvent une reconnaissance du handicap avant l'incarcération. Ils parlent de leur handicap, en faisant de l'humour, et cherchent même à faire en sorte qu'il supplante le stigmate de l'incarcération :

« Je dis à tout le monde que je suis bigleux. Que je suis né comme ça. J'essaie de faire rire avec ça, comme ça on ne me demande pas trop pourquoi je suis là. Si on me demande pourquoi je suis là, je vais craquer. » (Dupont, 40 ans, Maison d'arrêt, peine de 3 ans)

Pour eux, il est beaucoup plus difficile de se savoir en prison que d'accepter son statut de personne handicapée.

Un usage négatif de la différence visible

Certains détenus, ne pouvant pas faire autrement parce que trop malades, dépendants et souffrants, acceptent leur différence mais en font un usage négatif. Ils cherchent à s'isoler mais aussi à se « venger » de l'administration pénitentiaire pour leur handicap. S'entremêlent ici les raisons et les conséquences.

Ils sont mal vus lorsqu'ils sortent de leurs cellules mais quand ils décident d'y rester, ils sont considérés comme « isolés », « ne participant pas à la vie sociale en prison ». Il s'agit souvent d'une opposition passive à la détention. Cependant, ils sont perdants dans ce jeu. Ne travaillant pas, refusant certains soins, ils perdent des crédits de réduction de peine.

10.3.1.3. Être discréditable, ou comment gérer la différence invisible

Dans d'autres cas, le handicap n'est pas visible mais il contribue à brouiller les relations. Par exemple Mazrani a un problème au bras, qui ne se voit pas au premier abord. C'est dans les relations avec les autres détenus que cela apparaît, sa poignée de main pas suffisamment appuyée est considérée comme un « manque de respect ». Expliquer qu'il a vécu un grave accident suivi de plusieurs années de rééducation, qu'il a plusieurs prothèses et un bras paralysé, n'arrange pas les choses. C'est ce manque de respect qui apparaît en premier et ne laisse pas de place à l'explication. Mazrani a trouvé une parade, il ne sert pas la main de n'importe qui, « surtout pas les petits mecs de la drogue », il privilégie les contacts avec des personnes qu'il

connait. Quand il rencontre d'autres personnes : « *je les regarde droit dans les yeux, je baisse pas le regard. Après, ils pensent ce qu'ils veulent.* » (Mazrani, 43 ans, Maison d'arrêt, 25 ans)

Les personnes *discreditables* doivent, comme toutes les autres, donc composer avec l'ordre pénitentiaire. Or, leur spécificité complexifie considérablement les exigences du rôle à jouer. Nous utilisons la séparation visible et invisible⁷⁰² mais en prison, la notion d'invisibilité n'a pas beaucoup de sens. Le cloisonnement et l'exposition permanente ne permettent pas de rester invisible. Ici, l'invisibilité est utilisée dans un sens très pratique, les prisonniers eux-mêmes essayant de cacher certaines difficultés plus que d'autres.

Des tentatives pour cacher le stigmat

Les personnes ayant une déficience intellectuelle apparaissent comme particulièrement vulnérables pour les relations en détention. Nous en avons vu très peu, elles ne se reconnaissent pas dans l'objet de notre recherche, ni dans la catégorie déficience intellectuelle. Nous les avons repérés par le fait d'avoir fréquenté des institutions spécialisées mais aussi par l'impossibilité de lire et d'écrire malgré la scolarisation.

Les informations recueillies sur les manières de composer avec leur différence viennent principalement des professionnel.le.s ou des autres détenus. Même si nous en avons rencontré quelques-uns, ils n'ont pas souhaité nous parler directement d'une éventuelle particularité et moins encore de la manière de la gérer au sein de la prison.

Ils n'ont pas tous le même profil. Certains sont très bien intégrés au sein de la prison. Dans ce cas, pour les professionnel.le.s aussi, il apparaît difficile d'admettre l'existence d'une déficience, malgré les notations « *débilité* » sur leurs dossiers et expertises. D'autres sont « *facilement repérables* » selon les professionnel.le.s : « *il suffit de voir comment ils sont perdus, comment ils regardent, comment ils se tiennent. Vous allez voir vous-mêmes. Vous allez les repérez tout à l'heure.* »⁷⁰³ (Cheffe de détention, Centre de détention)

⁷⁰² GOFFMAN, E. 1975, *Op. cit.*

⁷⁰³ Il s'agit du moment après l'entretien, où nous faisons une visite de la prison et notamment de l'étage où se trouvent les personnes malades. Nous repérons en effet, deux personnes qui se tiennent au milieu de la coursive, apparemment sans savoir où elles se trouvent.

Ces derniers sont susceptibles d'être constamment en danger. Même si on les dit « *facilement repérables* », il arrive qu'ils ne le soient pas et qu'en détention on leur demande d'agir comme des détenus ordinaires. Un directeur de prison témoigne :

« Je me rappelle dans un établissement, les surveillants n'arrêtaient pas de se plaindre d'une fille qui venait d'arriver, elle n'était pas levée à l'ouverture des portes, ne pensait pas à s'habiller, ne nettoyait jamais, elle leur répondait. Ils pensaient, parce que c'était la première fois, qu'elle va apprendre. Eh non. Ça continue. Un jour, je l'ai vue, tout de suite j'ai vu qu'elle était vraiment très déficiente, physiquement mais aussi mentalement. Ça a expliqué les choses, mais pour les surveillants, c'était toujours très difficile de la traiter à part. C'est compliqué en plus, comme les surveillants d'étage changent, il fallait à chaque fois prévenir. Depuis, on a le système de fiches, comme ça, le surveillant est au courant un peu des cas [...] spécifiques. » (Directeur interrégional des services pénitentiaires)

Dans ces situations, plusieurs risques existent : multiplier les sanctions disciplinaires, devenir victime de racket, de diverses pressions mais aussi de maltraitances et d'abus. Encore une fois, les informations ne sont pratiquement jamais données par les premiers concernés qui, eux, préfèrent s'envisager, soit comme des victimes de l'administration, soit comme des personnes en lutte avec elle.

Rarement, au détour d'une phrase ou en racontant l'histoire de quelqu'un d'autre, que des mots évoquent la situation, toujours suivis par la demande de ne pas en parler. Ainsi, ces détenus s'insurgent que les surveillants ne soient pas plus gentils, les surveillantes « *un peu plus souples* », ne comprennent pas pourquoi les autres détenus les malmènent quand ils parlent de leurs infractions de nature sexuelle ou sont susceptibles d'être rackettés ou forcés d'accomplir des actes répréhensibles.

Ces prisonniers, parce qu'ils ont du mal à la comprendre, font apparaître la norme comportementale en prison. Finalement, sauf pour de rares exceptions, ils deviennent rapidement discrédités et sont pris en charge dans les lieux consacrés à la protection des plus fragiles.

Les prisonniers qui ont déclaré avoir des problématiques psychiatriques sont les plus nombreux dans cette recherche. Cette particularité, notoirement très présente en prison, n'est pas cachée comme la déficience intellectuelle, mais elle n'est pas exposée non plus, comme l'est la

déficience physique. Les problématiques psychiatriques sont souvent cumulées avec d'autres déficiences. Comme pour les deux catégories précédentes, nous prenons en compte la manière dont les détenus se sont présentés et ont mis en avant certaines difficultés plutôt que d'autres, certaines prises en charge plutôt que d'autres.

Par exemple, plusieurs prisonniers de l'ESAT en prison, dont le handicap est reconnu pour une déficience intellectuelle ou psychique, déclarent avoir surtout des problèmes de santé physique. En leur demandant l'origine de leur demande de reconnaissance comme personne handicapée, ils concèdent des hospitalisations en hôpital psychiatrique mais rien de plus.

Lors de la recherche, nous avons rencontré au moins trois personnes que les surveillants estimaient être en crise psychotique. Ces personnes étaient placées seules en cellules, considérées comme potentiellement dangereuses, refusant tout traitement. Leurs contacts avec le monde à l'extérieur se réduisaient à la promenade solitaire. Quand ils sortaient, ils se sentaient menacés par les surveillants et les autres détenus. Souvent, ce sont leurs codétenus eux-mêmes qui remarquent les changements de comportement de leurs collègues qu'ils signalent aux surveillant.e.s.

Les moments de crise semblent être les plus compliqués à gérer et sont le plus souvent mentionnés. Les détenus dont on parle feront des allers-retours entre prison, hôpital psychiatrique, SMPR, UMD, UHSA. En prison, ils trouveront leur place dans des unités fermées, réduisant ainsi la possibilité de contacts avec le monde extérieur. Ces séjours seront ponctués par des passages en quartier disciplinaire. Pour certains prisonniers, cela peut durer aussi longtemps que leur peine.

La folie revendiquée

Certains détenus, qui ont vécu des hospitalisations en psychiatrie, mais stabilisés depuis longtemps au moment de la rencontre, présentent un visage tout à fait différent. Ils sont toujours un peu plus surveillés que les autres mais sont autonomes dans leur quotidien. Ils gèrent leur traitement médical, travaillent ou font beaucoup d'activités, et, dans les centres de détention, possèdent la clé de leur cellule. Néanmoins, leurs liens avec les autres détenus ou les surveillant.e.s sont le plus souvent conflictuels et ils tirent profit de l'image qu'ils renvoient :

« Avant, les gens rigolaient. Oui, ils rigolaient. Moi, j'étais le barge, j'étais le fou furieux. On m'appelait comme ça 'le barge'. Ce que j'ai fait, même moi je me dis 't'es

vraiment barge, t'as vraiment un problème'. Mais là, je fais rien. Quand je m'énerve, je m'enferme dans ma cellule. Ou vraiment quand y a un rigolo qui me chauffe, je lui dis 'je suis un vrai fou moi, fais attention'. » (Ammari, 47 ans, Centre de détention, peines de 6 ans)

M. Ammari met en avant cette identité de « *vrai fou* » mais lui donne un sens carcéral, de courage sans limite qui rend la personne capable de tout. D'autres détenus la mentionnent, en disant : « *non, le HP [hôpital psychiatrique], ça me dérange pas, comme ça au moins tout le monde sait de quoi je suis capable* ».

La folie apparaît comme un attribut de ces prisonniers, mais un attribut contrôlé et géré. Cet oxymore identitaire prend tout son sens lorsque certains prisonniers nous incitent à penser qu'ils ont peut-être triché pour avoir la reconnaissance du handicap. Ainsi, ils cherchent à présenter la folie comme plus que maîtrisée, elle est calculée.

Paradoxalement, dès qu'un de ces détenus change de comportement en détention, c'est vers les médecins que l'on se tourne avec une demande d'ajustement des traitements. A un phénomène pénitentiaire, on cherche une réponse médicale. Les détenus vont répondre tout aussi paradoxalement, utilisant un argument pénitentiaire à un problème médical :

« Le psychiatre, il veut me changer le traitement. Ils veulent me piquer. Mais moi, je gère mon traitement [décrit avec précision la posologie de son traitement]. S'ils me croient pas, ils ont qu'à regarder, ça fait des années que je ne suis pas allé au quartier disciplinaire, ça fait super longtemps, donc je vais bien. » (Ammari, 47 ans, Centre de détention, peines de 6 ans)

Les détenus qui se déclarent fous tout en revendiquant un contrôle constant sont aussi ceux qui observent et connaissent leur environnement le mieux. Certains peuvent décrire avec précision les gestes et les mimiques des surveillant.e.s, ou des autres professionnel.le.s, de leurs codétenus ou de leurs voisins de cellule. Ils se mettent parfois, lors des entretiens, à anticiper les réactions et le déroulement d'une scène avec un autre détenu ou un chef surveillant.

10.3.2. Gérer les privations de la vie quotidienne

Il n'est pas nécessaire de revenir sur les multiples privations dont souffrent les personnes incarcérées. C'est un contexte où la consommation comme signe de statut et de résistance prend une grande importance dans les économies morales.

Choisir sa nourriture par exemple implique d'avoir de l'argent pour « *cantiner* » et demande souvent toute une organisation, déblocage de son argent quelques jours avant de passer commande, savoir lire, écrire et compter pour cocher ou noter les articles commandés, etc. Mais cantiner sert aussi à instaurer un statut et à manifester son autonomie.

Lors de notre enquête de terrain, dans l'atelier de travail protégé (ESAT) pour des prisonniers reconnus par la MDPH comme ayant un handicap psychique et/ou mental, nous avons passé plusieurs jours à découper et coller des éléments pour la production de cartes de Noël, leur commande du moment. Même si les prisonniers apparaissaient intéressés par la nouveauté, une inconnue qui passera du temps avec eux et qu'ils allaient « *aider* » dans son travail de recherche, ils passent rapidement sur quelques problèmes de santé, d'ordre physique : mal aux yeux, au dos, problèmes respiratoires, de sommeil, etc. Lorsqu'au bout d'à peine une heure ces sujets sont épuisés, nous passons aux sujets qui semblent leur tenir particulièrement à cœur.

Il s'agit des « *cantines* », le tabac, les sanctions, les permissions, les parloirs, les liens avec les surveillants. Un des sujets le plus largement abordé était la nourriture. Ils décrivaient tout ce qu'ils avaient mangé pendant le week-end. Ils parlaient d'une nourriture riche, couteuse et volumineuse : « *une grosse entrecôte* », « *des saucisses énormes* », « *des côtes de porc comme ça* ».

Ils évoquaient aussi les gâteaux, au chocolat, aux fruits ou avec une « *très bonnes crème* » qu'ils auraient confectionnés le week-end. Tout de suite après ces descriptions, ils se comparent à d'autres qui ne peuvent pas se permettre ce type de réjouissances : « *il n'a pas d'argent, il est trop pauvre* », « *il n'a que la gamelle pour manger* », « *il est malade, lui, il ne pense même plus* ».

Voilà comment la nourriture devient un marqueur social⁷⁰⁴. Elle est d'abord une marque de statut, qui éloigne ces détenus de ceux qui sont « *vraiment malades* » et qui, dans ce cas, ne

⁷⁰⁴ BOURDIEU, P. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Editions de Minuit, 1979, 2016.

peuvent pas travailler, se procurer de la nourriture et cuisiner. Elle les rapproche, surtout symboliquement, des prisonniers considérés comme « *des vrais* ». La nourriture devient également une marque de liberté prise par rapport à la prison. Il est admis que le détenu « *comme il faut* » ne mange pas ce que l'administration pénitentiaire lui propose, « *la gamelle* ». C'est clairement exprimé par un auxiliaire d'étage, détenu-aidant :

« Il y a des gens, ils disent, moi la prison je gère trop. Moi, j'avais un trafic, mes amis, ils m'envoient des mandats. Après tu vois, ils mangent la bouffe de la prison, ils la jettent pas [indigné], ils la mangent [mine de dégoût] ! Alors que c'est des épinards, des carottes râpées [mine de dégoût] ». (Nicolas, 28 ans, Maison d'arrêt)

Mais on le voit aussi, les aliments sont construits socialement – épinards, petits pois ou carottes sont rejetés au profit d'autres aliments ayant une plus forte charge symbolique.

Tout au long de notre présence dans l'ESAT, même si nous parvenons à évoquer d'autres sujets, la nourriture reste un sujet très important. Dans les discussions sur le passé, toutes les institutions ont été décrites par la liberté qu'elles permettaient ou pas de consommer. Un prisonnier nous explique pourquoi il préférerait la maison d'arrêt :

« Là-bas c'est tous des copains, c'est des mecs de ma cité. On partage et tout, on achetait ensemble, on s'est fait même des couscous. Couscous royal, mon frère. [Avec fierté. S'ensuivent des remarques et discussions autour de la possibilité ou pas de faire un couscous en maison d'arrêt. Description en détail des produits achetés et la manière de les cuisiner]. C'était près de chez moi, ma famille venait tout le temps au parloir, ils me ramenaient des [sandwichs] grecs. Ici, ça va. Mais quand je vais en X [SMMPR, unité psychiatrique dans une autre prison] j'aime pas. C'est pas que c'est pas libre, c'est même plus libre, y a des activités et tout, mais je peux pas cuisiner, je peux pas cantiner, je peux rien faire. » (Boulangier, 30 ans, Centre de détention, peine de 2 ans)

La même chose pour l'hôpital psychiatrique :

« Ah non, j'aime pas y aller. Ça fait longtemps, je suis pas allé. Mais là-bas, t'es plus rien. T'es plus rien. Ici tu peux aller en promenade, tu peux t'acheter du tabac, tu fumes tranquille. Là-bas, t'as plus rien. Même la bouffe, tu manges leur bouffe, tu manges leur bouffe et tu te tais et tu attends de sortir. » [Longue conversation avec les autres sur la nourriture en institution, où sont évoqué les foyers, les hôpitaux etc.] (Delacre, 35 ans, Centre de détention, peine de 25 ans)

Pour l'administration pénitentiaire, la consommation, ou plutôt la volonté de consommer est aussi un indicateur important. Dès que nous rentrons pour la première fois en prison, dans une discussion informelle avec un surveillant, ce sujet est évoqué :

« Pour les handicapés je ne sais pas trop. Mais je sais qu'il y a des gens qui s'en sortent et d'autres qui s'en sortent pas. C'est peut-être un handicap. Mais le détenu qui attend tout, qui ne cherche pas à améliorer un peu, c'est pas bon signe pour lui. Le détenu qui attend la gamelle, la baguette, même les vêtements. Lui, tu sais bien qu'il est pas capable. » (Surveillant, Maison centrale)

La possibilité pour les prisonniers d'avoir un lien avec l'extérieur, ne serait-ce que pour la consommation, est valorisée et devient même un critère de classement. Le prisonnier qui ne peut pas consommer devient un incapable. Cela n'empêche pas le même surveillant de s'indigner peu de temps après contre le gespillage de nourriture qu'entraîne cette possibilité de consommation. En effet, les détenus se vantent souvent de « *refuser* » ou même de jeter « *la gamelle* ».

Les commandes de cantine servent également comme repérage des changements d'humeur des détenus. Le changement de produits alimentaires peut être le signal de *racket* ou même l'entrée dans une phase psychotique ou dépressive. Les professionnel.le.s énumèrent souvent ces changements de comportements par lesquels ils/elles ont repéré et anticipé certaines « *crises* ». Les achats et leur manque peuvent être le signe d'une faiblesse tout comme ils servent à instaurer un statut.

Par exemple, ne pas pouvoir travailler expose à « *l'indigence* », c'est-à-dire être sans aucune ressource. L'indigence est bien souvent perçue comme un handicap par les membres de l'univers pénitentiaire. Autrement dit, d'une manière tout à fait pratique, une personne qui a une difficulté psychique ou physique a plus de risque de ne pas travailler pas en prison, d'être isolée et de ne pas recevoir d'aide extérieure.

D'une manière plus symbolique, le handicap qu'est « *l'indigence* » implique la dépendance complète à l'institution – la nourriture, les vêtements et les kits d'hygiène. Selon l'établissement, une petite somme d'argent peut être versée, qui sert généralement à l'achat de tabac et au bénéfice de la télévision et d'un réfrigérateur.

Un prisonnier nous décrit certaines composantes de l'indigence :

« On dit que je suis indigent, que je suis handicapé. On me donne les pantalons, les chaussures, tout. Moi, je suis petit, tout ce qu'ils me donnent est trop grand. C'est les mêmes affaires pour tout le monde. Tout le monde sait qu'on est indigent. Pourquoi je suis indigent ? Parce qu'ils disent que je peux pas travailler, ils me donnent pas de travail. Quand il y a du travail, c'est du 'classement thérapeutique.' Avec ça, je peux m'acheter un peu de tabac. C'est tout, j'ai pas de famille, j'ai pas de papier, j'ai rien ici. » (Mokhtar, 49 ans, Maison d'arrêt, peine de 12 mois)

Les achats servent aussi à négocier de l'aide sans se sentir redevable. Les prisonniers qui ont un handicap et bénéficient d'une pension ou une allocation peuvent utiliser le troc pour se sentir moins dépendants. Ainsi M. Collard nous explique :

« Depuis que je suis en prison, ça s'est beaucoup dégradé pour moi. Je ne peux plus faire sans la chaise roulante. On m'a mis dans une cellule aménagée, c'est bien, elle est grande mais bon elle n'est pas trop aménagée. J'étais seul dans cette grande cellule, personne pour m'aider. Je peux seul mais [reste silencieux] mais pas complètement. Pour entrer dans la douche, pour se mettre au lit, pour faire à manger, je ne suis plus comme avant. Alors, j'ai dit à cet ami, vous l'avez vu [nous l'avons rencontré lors de la visite de la cellule], de venir avec moi, dans la cellule. Il dort sur un matelas mais, dans sa cellule avant, ben c'était le matelas quand même. La 'pénitencière', ils n'étaient pas contents mais ils nous ont quand même laissés. Il est pas payé cet ami, je ne peux pas le payer. Mais bon, j'ai une retraite, je paie la cantine, comme ça il garde son argent pour ces enfants. C'est important de penser à ses enfants. Il va sortir bientôt, je lui ai donné des conseils, je lui ai donné des adresses. Voilà, on est pas comme un malade et un infirmier. Je le vois presque comme mon fils. » (Collard, 65 ans, Maison d'arrêt, peine de 12 ans)

Lors des quelques jours d'enquête dans une aile aménagée, nous avons remarqué plusieurs fois des échanges. Les prisonniers qui bénéficiaient d'une pension de retraite offraient, à la vue de tous les autres, des produits alimentaires aux quelques jeunes détenus qui avaient des postes-clés en détention. Ils nous apprennent que ces achats sont spécialement faits pour des telles occasions :

« Ici, on est tellement dépendants, que... On dépend des autres, pour laver notre linge, pour venir nous aider. Quand je fais la cantine, je prévois des cannettes, des gâteaux. C'est des choses, je ne peux pas les voir, je ne vais jamais les manger. Je les achète

parce que je sais que les jeunes, ils aiment bien, je les achète exprès. Le tabac c'est la même chose, j'achète toujours un peu. » (Dunod, 70 ans, Maison centrale, peine de 30 ans)

10.3.3. Un impératif des détenus handicapés : devenir acteur de sa peine

Tout en contrôlant leur image et en essayant de bénéficier d'une certaine marge de liberté, les prisonniers doivent gérer l'exécution de leur peine. Trouver sa place au sein de l'économie carcérale est une activité qui demande réflexion et action. Par exemple, Samuel trouve que son « *pétage de plombs* » était dû à une conduite trop « *comme il faut* » :

« Samuel : Moi, j'ai presque trop accepté ma peine. J'ai voulu la faire comme il faut. Comme un homme. Mais c'était un peu trop. Parce qu'ils se sont habitués [les surveillants, l'administration pénitentiaire] que je reste droit, que je pose pas de problème. Là, après mon pétage de plombs j'ai parlé aux chefs, je suis bien vu, je pense.

Question : Avant, vous étiez mal vu ?

Samuel : Non, c'est pas que j'étais mal vu, j'étais pas vu du tout. C'est le pire, en prison c'est le pire. Ce qu'il faut, c'est, il faut les faire chier un peu au début. Oui, tu passes au prétoire au début mais juste pour qu'ils sachent que t'existes, après t'arrêtes et t'es tranquille. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Samuel attribue son hospitalisation en psychiatrie aux effets de la détention. Mais on entrevoit dans ces paroles l'aveu de sa mauvaise gestion de celle-ci. Il nous explique d'une manière très claire ce que beaucoup d'autres prisonniers essaient de dire – un comportement précis est attendu pendant la détention. Ce comportement n'est pas seulement celui d'être « *un homme* » et de « *faire sa peine* » mais aussi de montrer du caractère, donc d'exister, c'est-à-dire de prendre une place. Certains détenus l'apprennent à leurs dépens :

« Kabdi : Au départ j'ai eu, pas des menaces, mais d'intimidations. Pour voir de quel genre je suis. Je crois que c'est un système ici. Ils vont te craquer dans tous les sens pour voir si tu es défensif, méchant, colérique. J'ai reçu plusieurs intimidations, dans la cour, dans la promenade et ici. Maintenant, les choses entrent dans l'ordre.

Question : vous parlez des surveillants ou des autres détenus ?

Kabdi : Je parle de la détention, plutôt les chefs, mais comme je vous ai dit, je pense que c'est un système, de tester les gens dans tous les sens. Tout le monde participe un peu. [...] Et après, je dois leur montrer qui je suis. Je leur ai montré, ils savent que je peux m'énerver, que je peux aussi discuter tranquillement, ils savent que je peux porter plainte contre eux. Ils sont bien au courant de mes problèmes de santé. » (Kabdi, 52 ans, Maison d'arrêt, en attente de jugement)

Cet extrait montre bien la nécessité de comprendre la détention et d'adopter certains comportements moins naturels mais plus appropriés au contexte. Au-delà de ces comportements, c'est l'image de soi qui doit changer. Des prisonniers déclarent effectivement la nécessité de « *prendre sur soi* »⁷⁰⁵ pour présenter une image qui n'est pas celle qu'ils se faisaient d'eux-mêmes es.

Contrôler l'image que l'on donne apparaît comme primordial dans la gestion de sa vie quotidienne mais aussi dans la gestion de sa peine. C'est-à-dire, la manière dont le prisonnier va envisager sa peine mais également sa sortie : va-t-il faire attention à ses fréquentations et à ses agissements les plus quotidiens qu'il sait observés et même notés dans son dossier⁷⁰⁶ ? Cherche-t-il à travailler ? A avoir des séances avec un psychologue ? Accepte-t-il sa culpabilité ou, en langage pénitentiaire, accepte-t-il sa peine ?

En prison, les gestes les plus ordinaires deviennent significatifs et présagent l'avenir. Ainsi, s'énerver pour une broutille ou « *avoir des pulsions* »⁷⁰⁷, s'isoler et ne pas pouvoir se protéger, ne pas travailler ou refuser de payer « *les parties civiles* » ou ses traitements médicaux, sont autant d'activités qui sont signalées dans les dossiers des prisonniers, matérialisant ainsi une déviance. En fin de compte, c'est de la sortie de prison dont il s'agit, comme on le voit dans l'extrait ci-dessous :

« Ça fait deux ans que je suis conditionnable, ça fait deux ans que je sors pas. J'avais un travail il y a deux ans, je l'ai plus. Est-ce que c'est ma maladie qui fait que je ne sors pas ? Alors qu'on m'a amené des experts, je suis quelqu'un de complètement normal. Les experts m'ont dit « Vous avez un profil trop tranquille. En prison, vous respectez

⁷⁰⁵ CHAUVENET, A., MONCEAU, M., ORLIC, F., ROSTAING, C., 2005, *Op. cit.*

⁷⁰⁶ Et cela est d'autant plus vrai pour les personnes présentant des difficultés d'ordre physique ou psychique qui sont dès le début signalées.

⁷⁰⁷ S'exprimant par une masturbation non contrôlée par exemple

les règles et pas dehors. » Et ça le juge, il peut pas le comprendre. Il a demandé trois expertises, toutes disent pareil. On se demande si c'est pas parce que je me tiens trop bien en prison ? » (Taleb, 47 ans, Centre de détention, peines de 11 ans)

Le questionnement qui était présent pour M. Samuel l'est aussi pour M. Taleb. Comment ajuster son comportement pour concilier vie quotidienne et avenir ? Ils doivent faire les efforts pour à la fois vivre une détention plus tranquille et apparaître comme le détenu en voie de réinsertion.

Pour M. Samuel, son « *pétage de plombs* » n'est pas vécu sur le mode de la stigmatisation. Il lui a permis, comme il le dit, « *d'exister* » dans l'ordre carcéral. Il a pu trouver des repères, auprès de l'infirmerie, des surveillants-chef, des intervenant.e.s extérieur.e.s. Il s'en est saisi pour obtenir un travail. De plus, il semble décidé à changer, nous disant avoir pris conscience qu'il ne pourra jamais sortir de prison sans « *montrer patte blanche* » et il annonce en fin d'entretien sa résolution : « *je vais arrêter d'être asocial* ».

La situation de Samuel est loin d'être facile. Il a une très longue peine avec une importante période de sureté. Il a demandé une baisse de la période de sureté qui a été refusée au motif de sa dangerosité psychiatrique, sauf qu'au moment de la rencontre avec l'expert-psychiatre, Samuel était dans une « *phase maniaque* » qui n'était pas encore prise en charge et dont l'expert n'était pas au courant.

Ce type de situations est abordé à la marge des entretiens par une CPIP, comme le « *chiffre noir de la pénitentiaire* ». Il s'agit de toutes les personnes, non diagnostiquée comme psychotiques, qui, lors de la rencontre avec l'expert-psychiatre ou présentées devant un juge, parlent d'une manière normale, se vantent de leur criminalité, racontent leurs projets et leurs exploits, « *alors qu'ils sont en délire, mais comme ils sont intelligents, ça ne se voit pas* ». C'est en détention qu'il faudra gérer la suite.

Les cas de Samuel, de Taleb et de Kabdi montrent clairement un élément retrouvé dans presque chaque entretien : c'est d'abord au détenu de gérer sa propre détention. C'est au prisonnier, à la fois de se rendre visible pour bénéficier de certains avantages, de transgresser de manière calculée, mais aussi de doser l'opposition à l'institution et l'image qu'il donne.

Samuel parle lui-même du fait d'avoir « *perdu la boule* », d'« *être devenu fou* », de l'énorme souffrance ressentie pendant ce qu'il appelle « *mes phases dépressives* ». Mais il semble avoir utilisé ce moment pour se refaire une image auprès des personnels et des autres prisonniers. Il nous signale s'être rapproché de certains prisonniers avec lesquels il a pu évoquer son

hospitalisation. Ce rapprochement a été l'occasion pour que les autres détenus partagent aussi leurs expériences d'hospitalisation :

« Y en a un. Je le croyais un mec super dur et tout. On se parlait pas. Y a quelque temps, il est venu me dire « comment t'es monté, mec ! On avait vu que tu partais mais comme on sait que c'est un truc, il faut le passer, on a rien fait. On te regardait. » Après, il me dit que lui aussi, il a eu des crises. C'était dur, c'était plus dur que moi. Mais il a dépassé ça. Quand on se voit, on discute un peu de ça, genre la sérotonine, les hormones, les humeurs, les cachets, on rigole même. » (Samuel, 35 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Samuel est l'exemple même de l'obligation des détenus de savoir gérer leur détention. Il a utilisé une situation difficile pour reprendre pied. Il est très aidé par sa famille. Ils viennent le voir très régulièrement et ont les moyens financiers, culturels et sociaux pour le conseiller et améliorer son quotidien. Tous les prisonniers n'arrivent pas à mettre en place des tactiques de ce type.

Certaines personnes, nous l'avons vu, n'ont pas la possibilité de sortir de leur cellule ou de l'unité où elles sont incarcérées. Cela a une incidence particulièrement importante sur leur sortie. Quand elles sont enfermées, par défaut, dans les unités les plus sécuritaires, cette information compte négativement dans leur dossier. Mais le statut de personne handicapée ou plutôt de personne fragile a des conséquences plus insidieuses. Être fiché comme spécifiquement surveillé, ne pas pouvoir travailler, ni faire des activités, ne pas sortir par peur ou pour éviter le regard des autres est consigné dans le dossier et a aussi une conséquence sur l'avenir.

Dans une discussion avec les prisonniers de l'aile aménagée, nous prenons un café ensemble tout en discutant. Nous sommes avec quatre prisonniers, dont trois considérés comme handicapés et le codétenu-aidant. Tous sont près de la sortie ou ont la possibilité de demander une libération conditionnelle mais estiment ne pas avoir la possibilité de le faire. Le dictaphone, avec leur accord, tourne pendant notre discussion, qui s'étire sur toute l'après-midi. Entre beaucoup d'autres thèmes – l'association des détenus, les anciennes émeutes, les dernières

informations de la vie carcérale⁷⁰⁸ et la nourriture, la question de la gestion de la sortie est abordée. La conclusion est sans appel :

« On nous dit de faire un effort pour devenir une personne normale. OK. Mais on ne nous donne rien pour la réinsertion, on peut pas aller au centre [scolaire], on ne peut pas travailler, on a 65 ans, on est infirme. Mais après, le juge enlève les grâces [crédits de réduction de peine, RPS], parce qu'il dit : « pas d'effort de réinsertion. » (Pélissier, 65 ans, Maison centrale, peine de 25 ans)

Cette discussion montre la difficulté, lorsqu'on est handicapé à répondre aux impératifs de la vie carcérale. Si les prisonniers ont bien compris la nécessité de donner l'image d'une personne « normale » en voie de réinsertion, ils n'ont pas la possibilité d'incarner cette image. En effet, si « l'effort de réinsertion » est mesuré par certains comportements et attitudes, l'afficher devient difficile pour eux.

Œuvrer pour sa sortie passe par le jeu social qui consiste à montrer sa capacité à comprendre et à mettre en œuvre les impératifs de l'autonomie. Les détenus handicapés sont donc obligés à donner une image de détenu autonome pour pouvoir sortir de prison. Leur handicap n'apparaît que comme l'impossibilité de satisfaire à ce jeu social. Une fois dans un espace de ségrégation, ils sont écartés de la vie sociale, tout en ayant l'obligation de la maintenir ou en tout cas de la montrer, alors même que cet espace a un fort pouvoir de stigmatisation, puisque vivre à « l'étage des malades » vaut disqualification.

La difficulté de mettre en scène son autonomie caractérise donc tous les types de handicap. De même, cette autonomie se construit par le fait de pouvoir gérer son quotidien mais aussi d'avoir compris les enjeux de la réinsertion. Un comportement et un discours sont attendus mettant en scène « une personne normale » qui a « compris les faits qui lui sont reprochés » et qui « joue le jeu ».

Les professionnel.le.s le disent, le passage devant le juge est éprouvant. Les prisonniers qu'ils appellent « frustes », « limités », « simplets », ces qualités étant souvent évaluées par un « âge mental » en-dessous de dix ans, ont des difficultés de coller à l'image attendue du prisonnier,

⁷⁰⁸ Qui est allé « au cachot », qui a été malade, qui a traité un autre de pointeur etc. Puisque nous sommes au bord de la fenêtre ces informations sont appuyées par l'aperçu visuel. On nous montre tel ou tel détenu, qui est soit « un chien » ou « une pute », « un rigolo » ou « un type bien ».

en particulier auprès du juge. Il leur est souvent reproché d'avoir insuffisamment élaboré les faits ou de ne pas comprendre le sens de leur peine :

« On ne dit pas qu'il faut pas qu'ils soient en prison. Mais, comme on met sur leurs dossiers « débile » - déjà comment on vit avec ça ? – le juge peut prendre ça en compte. Pour se dire, peut-être que cette personne, elle est un peu différente. Mais non, t'as des détenus qui ont appris leur discours, qui disent ce qu'il faut, sans y croire, ça passe. Un autre qui a des difficultés, qui peut pas mentir, non il n'a pas suffisamment élaboré selon le juge et donc il ne sort pas. Bien évidemment qu'il n'a pas élaboré, et il n'a pas lu Freud non plus. » (Cheffe d'établissement, Centre de détention)

Ces détenus, même s'ils ne parlent jamais aussi directement que dans cet extrait le disent tout de même : ils ont du mal à parler en public, sont intimidés, ont peur des moqueries et ont l'impression qu'on devine qu'ils ne savent pas lire et écrire. Ils appréhendent le fait de dire quelque chose hors de propos et disent quand même des choses qui sont mal interprétées. Ainsi, ils nous avouent avoir dit que la victime méritait ce qui lui était arrivé ou qu'ils n'arrivaient pas à se maîtriser.

Les personnes ayant des problèmes psychiatriques ont aussi du mal à présenter l'image attendue. Cette fois-ci, leur dossier et notamment l'expertise psychiatrique jouent contre eux. Si la majorité parmi eux peut présenter l'image demandée, la dangerosité supposée les éloigne souvent d'une sortie.

Enfin, sans aide de l'extérieur, les détenus se retrouvent particulièrement démunis. Certains n'ont pas la possibilité ni la force de faire les démarches nécessaires. Etant les plus fragiles, il leur est demandé beaucoup plus qu'aux autres, un logement, un revenu et un suivi, alors que justement ils ne bénéficient d'aucun support leur permettant de correspondre aux normes attendues par le système judiciaire.

Synthèse du chapitre 10

Ce chapitre analyse la vie quotidienne des prisonniers handicapés, pris dans une double contrainte dont les effets se renforcent par le handicap et la vie carcérale. La double contrainte repose sur le sentiment d'être à la fois « privé de soi » et « livré à soi-même », comme ils l'affirment.

Le fait d'être « privé de soi » se matérialise par une série de cérémonies de dépersonnalisation communes à toute personne incarcérée : la mise à nu qui intervient à la suite de nombreuses opérations de surveillances, fouilles et observations ; l'obligation de maintenir son image par l'hygiène et le corps, tout en étant privé des moyens habituels pour le faire et enfin la dépendance aux autres et notamment aux professionnel.le.s. Or, le regard pénitentiaire est singulièrement tourné vers les personnes présentant des déficiences, plus encore que vers le reste de la population pénale : les surveillances sont renforcées pour devenir quasi constantes ; l'attention à leur hygiène est plus pressante, alors même que les moyens dont ils disposent sont moindres par rapport aux autres prisonniers ; leur dépendance aux professionnel.le.s devient quasi complète.

Quand les détenus se disent « livrés à eux-mêmes », ils signifient l'obligation de satisfaire aux rituels de la sur-individualisation, faisant partie du référentiel normatif genré. Les rituels de la sur-individualisation, communs pour toute personne incarcérée, visent le contrôle de son image dans les relations immédiates, la gestion des privations de la vie quotidienne et enfin l'exigence de gérer l'exécution de sa peine et donc d'en devenir l'acteur. L'impératif de l'accomplissement de ces rituels est renforcé pour les prisonniers présentant des déficiences. Ils possèdent moins de moyens que le reste de la population pénale. Surexposés aux risques d'être exclus de l'économie morale en prison, cela réduit également les moyens qu'ils ont de faire face à la sur-individualisation.

Les rituels de la sur-individualisation sont à la fois un reste de la facette totalisante de l'institution carcérale et reflètent en même temps les nouvelles injonctions faites par les politiques publiques de rendre capable et donc « *d'activation* » des populations.

Synthèse de la troisième partie

Cette troisième partie est centrée sur les prisonniers rencontrés lors de l'enquête et basée sur les entretiens qu'ils nous ont accordée. Elle analyse comment impératifs légaux, politiques, moraux, mais aussi organisationnels, tels que décrits dans les deux premières parties, sont reçus et intégrés dans la vie des personnes. Nous poursuivons ainsi dans les trois chapitres la manière dont le handicap s'institue sur le plan identitaire (chapitre 8), à travers les biographies (chapitre 9) et dans la vie quotidienne (chapitre 10).

Nous y étudions d'abord les dilemmes identitaires des hommes détenus pour se dire « handicapés » : bénéficier des protections liées à leur déficience et se dire vulnérable ou chercher à apparaître comme légitimes dans l'ordre pénitentiaire, leur permettant de se voir comme autonomes et responsables. En effet, l'univers carcéral est construit sur un référentiel normatif fondé sur des valeurs masculines et organisé autour de nombreux classements. Le concept de masculinité hégémonique est mobilisé pour montrer la force des injonctions qui s'imposent aux hommes incarcérés et handicapés. En fonction de la manière dont le dilemme est résolu, trois types d'expression de la masculinité sont mobilisés : une « masculinité d'insoumission » où la déficience est occultée, « une masculinité de dépassement » où la déficience est intégrée comme une épreuve de vie et une « masculinité subordonnée » où la déficience confère un statut inférieur.

Les positionnements identitaires découlent des biographies des prisonniers, marquées par leurs rapports aux institutions sociales. L'analyse a permis de déterminer deux types d'instances, les instances de socialisation et les instances de normalisation faisant des trajectoires de ces prisonniers de véritables itinéraires moraux. Les instances de socialisation font partie des trajectoires communes à l'ensemble des membres d'une société (origine culturelle, famille, école, travail). Les instances de normalisation sont convoquées par les détenus lorsque le travail des instances de socialisation a échoué (médecine, justice, travail sociale, réadaptation). Quatre rationalités peuvent ainsi être déterminées : des itinéraires marqués par l'opposition aux institutions, des itinéraires d'intériorisation du stigmata, des itinéraires marqués par les tentatives d'être intégré et des itinéraires d'une proximité affichée aux normes sociales. A partir de ces quatre rationalités, nous avons réinterprété les données biographiques pour montrer

comment elles sont mobilisées selon le moment d'apparition de la déficience, c'est-à-dire avant l'incarcération, pendant l'incarcération ou générée par l'incarcération.

Enfin, le dernier chapitre analyse la vie quotidienne des prisonniers handicapés, pris dans une double contrainte dont les effets se renforcent par le handicap et la vie carcérale. La double contrainte repose sur le sentiment d'être à la fois « privé de soi » par une série de cérémonies de dépersonnalisation (la mise à nu, l'obligation de maintenir son image par l'hygiène et le corps, la dépendance aux professionnels) et « livré à soi-même » par le fait d'être obligé de satisfaire aux rituels de la sur-individualisation (contrôler son image dans les relations immédiates, gérer les privations de la vie quotidienne, devenir acteur de sa peine). Si ces éléments sont communs pour les prisonniers et qu'ils peuvent être observés pour les personnes handicapées, ils sont particulièrement renforcés par le cumul des deux statuts.

Ainsi, les prisonniers désignés comme handicapés expérimentent dans leur identité, leurs biographies et dans le moindre geste de leur vie quotidienne les tensions entre vulnérabilité et responsabilité, ainsi qu'entre protection et autonomie.

Conclusion

L'objectif de cette thèse a été de cerner l'expérience carcérale du handicap. Nous avons analysé la manière dont l'univers pénitentiaire se saisit de cette question, tant du côté des professionnel.le.s, que du côté des prisonniers dits ou se disant handicapés.

La première partie a montré les multiples enjeux autour de la présence de personnes handicapées en prison. Le premier chapitre retrace, dans une « histoire de l'enquête », la manière dont le terrain, la méthode, la problématisation et la conceptualisation sont liés. En effet, le métier de sociologue, matérialisé dans ce cadre par une démarche itérative, exige le passage d'un problème social à une problématique sociologique. Ainsi, le travail autour de la définition du handicap a eu pour objectif de comprendre la manière dont les actrices et les acteurs rendent socialement significantes certaines particularités biologiques. L'objet de la recherche est apparu comme « fragmenté » et donc multi-situé, la question du handicap se construisant sur plusieurs échelles et temporalités.

Les chapitres suivants de cette partie analysent ces différents espaces pouvant concourir à la production des significations sociales liées aux particularités physiques et mentales. Le deuxième chapitre se centre ainsi sur le handicap et la peine de prison comme catégories de l'action publique. Ce sont des catégories instituées et relatives, c'est-à-dire se manifestant dans des liens particuliers à la société, de sanction pour la peine de prison et de protection pour le handicap. L'analyse des frontières entre ces deux catégories suggère qu'elles sont construites sur les notions de responsabilité individuelle et de vulnérabilité sociale. Ainsi, responsabilité et vulnérabilité ne s'opposent pas mais se définissent et se renforcent l'une l'autre, créant ainsi un terrain fertile pour l'avènement de la notion de « capacité » et la dialectique entre capable et incapable.

Le troisième chapitre retrace le processus historique de la construction de la frontière entre capable et incapable. Elle apparaît dès le Moyen âge se centrant sur le corps infirme et la capacité à travailler, érigeant ainsi des figures qui persistent jusqu'aujourd'hui, celles du « bon » et du « mauvais » pauvre. La Révolution Française et les siècles suivants ont donné lieu à une rationalisation des processus de prise en charge des populations marginalisées en multipliant les catégories, tout comme les outils et les techniques d'action. L'enfermement pour réadapter et redresser s'affirme comme le préalable de toute intervention. Cependant, une autre

logique fait son chemin depuis la Révolution française. Il s'agit de l'avènement du droit dans tous les domaines de la vie et notamment dans les institutions d'enfermement.

En ce sens, le quatrième chapitre appréhende la manière dont l'avènement du droit permet d'instituer la catégorie du handicap en prison. L'analyse des textes législatifs et des recherches en sociologie, droit, psychologie ou épidémiologie montre la construction de l'ordre pénitentiaire, l'imposition d'une certaine éthique carcérale, ainsi que les questionnements que ces derniers suscitent. Nous montrons que la mise en sens du handicap en prison s'articule autour de trois principes : dignité, égalité et efficacité.

Le principe de dignité apparaît dans la prise en compte des droits humains. L'état de santé des personnes et même leur « bien-être » lors de l'enfermement deviennent une responsabilité des Etats, les invitant à rendre les lieux de détentions accessibles et à envisager les besoins spécifiques des détenus. Le principe d'égalité est analysé à travers les rapports des organismes de contrôle et de veille des lieux de détention et met en avant la nécessité de mettre en place des aménagements pour les « populations spécifiques ». Le principe d'efficacité se manifeste dans les manuels à destination des professions pénitentiaires et propose d'opérationnaliser des principes moraux pour les rendre compatibles avec la réalité de l'enfermement.

Dans cette première partie, nous posons l'hypothèse de l'existence d'une matrice capacitaire. Le contenu de cette matrice nous apparaît maintenant plus clairement. Elle hiérarchise les individus en fonction de leurs compétences à tenir des rôles socialement valorisés, à faire face aux accidents de la vie et à agir sur eux-mêmes. Certaines dimensions de la vie sociale sont ainsi valorisées et d'autres invalidées. Les institutions de normalisation légitiment aujourd'hui leurs mandats par l'« autonomisation » qu'elles proposent, c'est-à-dire par une augmentation de la capacité d'agir des personnes. Ainsi, bien que les anciennes ambiguïtés envers les populations marginalisées persistent – le soin et/ou la sanction, cette matrice combine les instruments, les techniques et les dispositifs pour rendre les personnes plus capables.

L'hypothèse de l'existence d'une matrice capacitaire ouvre sur plusieurs pistes liées notamment à une sociologie des frontières qu'elles soient catégorielles ou institutionnelles. D'autres pistes peuvent se traduire par les questions suivantes : quelle est la place des différences biologiques dans le monde de la justice ? Ce monde met-il à distance cette catégorie ou, au contraire, les particularités physiques et mentales font-elles partie, en arrière-plan, des catégories de jugement dans le classement entre capable et incapable ? Par ailleurs, quels sont les liens entre les

instances, telles que nous les avons qualifiées, de socialisation et de normalisation dans ce processus de matrice capacitaire ?

La deuxième partie de la thèse se centre sur l'univers carcéral aujourd'hui et au quotidien. Elle analyse l'élaboration pragmatique des significations en fonction des catégories politiques, morales et juridiques développées dans la première partie.

Le cinquième chapitre analyse l'effet des déficiences dans le quotidien de la prison et montre comment le handicap devient une « épreuve » pour l'univers carcéral. Nous avons cherché à comprendre pourquoi l'irruption d'une particularité physique et/ou mentale déstabilisait autant l'ordre pénitentiaire. Spécifié par un ordre rituel et un ordre normatif, celui-ci est apparu comme régi par un cadre conventionnel, la « convention en renommée », organisée autour des classements des individus en fonction de leur réputation et leur accès inégal à un « système de privilèges ». Dans ce contexte, l'anomalie physiologique pouvait signifier l'exclusion de ce cadre conventionnel et nécessiter un nouveau cadre fondé sur un autre principe de justice : la protection. Cette « convention de protection », dictée à la fois par les impératifs législatifs et l'urgence des situations individuelles ne remplace ni ne supprime la « convention en renommée », mais opère en même temps.

La conciliation de ces deux cadres conventionnels basés sur des principes de justice opposés est analysée dans le sixième chapitre à partir des régimes d'action. Ainsi, la mise en sens du handicap en prison peut se faire par : *l'externalisation des particularités physiques et mentales*, spécifiée par l'exclusion des prisonniers qui correspondent le moins à l'image que l'univers carcéral se donne à lui-même ; par le *transfert de la gestion des risques liés au handicap* aux services médicaux ou médico-sociaux ; par le *traitement pénitentiaire* des déficiences catégorisées uniquement comme des transgressions ou par la *socialisation de l'altérité biologique* où les personnels pénitentiaires font usage des techniques appartenant aux métiers du soin.

Le chapitre sept montre le fonctionnement concret de ces régimes d'action selon la configuration de chaque établissement. Ces configurations se construisent dans l'interdépendance de cinq éléments : l'institution du handicap dans l'établissement, le contexte architectural, géographique et organisationnel, le statut des prisonniers considérés comme vulnérables dans l'organisation carcérale, les rapports entre groupes professionnels et les aménagements pour la prise en charge du handicap. Ainsi, le handicap se produit et s'institue différemment dans chaque établissement en fonction de ces configurations. Lorsque prédomine

une *acception médicale du handicap*, le handicap est vu seulement comme une maladie. Dans une configuration de *socialisation des particularités*, la frontière entre vulnérabilité et dangerosité des détenus est impossible à tracer. Une configuration spécifiée par *l'acception socio-pénitentiaire du handicap* donne un statut d'usager aux prisonniers dits ou se disant handicapés. Enfin, lorsque la configuration est spécifiée par *une acception médico-pénitentiaire*, le handicap est vu sous l'angle de l'incapacité.

La deuxième partie de la thèse a mis en évidence la « convention en renommée » qui sous-tend l'ordre pénitentiaire au quotidien. Cette convention est construite autour de valeurs considérées comme masculines telles que l'autonomie, la capacité à se maîtriser et à maîtriser son environnement, ainsi que la mise en place d'actions perçues comme stratégiques et rationnelles. Certaines anomalies physiologiques bousculent cette convention, délégitiment les individus qui en sont porteurs et invalident l'action professionnelle. C'est par la mise en place d'une « convention de protection » que les particularités biologiques sont socialisées et prises en charge en termes de handicap.

A travers les régimes d'action et les configurations, nous avons analysé comment vulnérabilité et responsabilité sont conciliées au quotidien dans différents établissements pénitentiaires et à travers différents dispositifs. Ainsi, les évolutions politiques poussent les actrices et les acteurs à revoir les frontières entre personnes capables et incapables. Il apparaîtrait donc judicieux de comparer dans d'autres espaces et institutions les phénomènes analysés ici. Il pourra être intéressant d'étudier plus en profondeur les instances de décision et les dispositifs mêlant différents métiers, leurs pratiques et les discours qu'ils mobilisent, notamment dans les liens entre soin et sanction qui, ici, se retrouvent entremêlés.

La troisième partie analyse la manière dont les catégories macrosociologiques décrites dans la première partie et les catégories pragmatiques de la seconde se reflètent dans le vécu des prisonniers désignés comme handicapés. Elle se déploie ainsi en trois chapitres.

Le chapitre huit révèle comment la question du handicap en prison pour hommes s'ancre dans un ordre de genre. Cet ordre fait de la masculinité et de ses stéréotypes un référentiel normatif autour duquel s'organisent les classements sociaux. Les hommes détenus et désignés comme handicapés doivent dès lors résoudre un dilemme identitaire : bénéficier des protections liées à leur déficience ou chercher à apparaître comme légitimes dans l'ordre pénitentiaire. En fonction de la manière dont ce dilemme est résolu, trois types d'expressions de la masculinité sont mobilisés : une « masculinité d'insoumission » où la déficience est occultée, « une masculinité

de dépassement » où la déficience est intégrée comme une épreuve de vie et une « masculinité subordonnée » où la déficience confère un statut inférieur. Ces trois groupes se différencient par leur âge et leur rapport à la déficience et à la peine.

Le chapitre neuf suggère que le dilemme identitaire des prisonniers se reflète dans leurs itinéraires, se matérialisant dans les rapports qu'ils établissent avec les institutions sociales. Selon leurs positionnements aux instances de socialisation (origine culturelle, famille, école, travail) et de normalisation (justice, médecine, travail social et réadaptation) quatre types d'itinéraire se dessinent : des itinéraires marqués par l'opposition aux institutions ; des itinéraires marqués par l'intériorisation du stigmaté ; des itinéraires marqués par les tentatives d'être intégré ; des itinéraires marqués par une proximité affichée aux normes sociales.

Enfin, le chapitre dix analyse comment le dilemme identitaire devient double contrainte, renforcé par la nécessité de concilier les exigences de la vie carcérale à la condition de « handicapé ». Cette double contrainte est manifestée par la concomitance des cérémonies de dépersonnalisation subies par les prisonniers et l'exigence des rituels de sur-individualisation. Les prisonniers désignés comme handicapés expérimentent dans leur identité, dans leurs biographies et dans le moindre geste de leur vie quotidienne les tensions entre vulnérabilité et responsabilité, ainsi qu'entre protection et autonomie.

Ainsi, la troisième partie a mis en lumière le dilemme auquel les hommes détenus désignés comme handicapés doivent faire face, les renvoyant à une question particulière : s'acceptent-ils comme vulnérables, et donc déterminés par des particularités physiologiques, ou se revendiquent-ils comme responsables de leurs trajectoires ? Comme nous l'avons vu, ce dilemme traverse leurs positionnements identitaires, leurs itinéraires moraux et leur vie quotidienne en prison. La « masculinité hégémonique » apparaît ici comme un référentiel normatif auquel ils sont soumis dès leur plus jeune âge et vis-à-vis duquel ils doivent se positionner au quotidien et dans leur expérience carcérale.

Ainsi, la masculinité hégémonique permet de faire le lien entre l'expérience carcérale et les opérations de classement mises en œuvre par la matrice capacitaire, construite sur des valeurs souvent perçues comme masculines.

L'étude du handicap en prison a permis de comprendre une partie de l'arrière-plan qui soutient les nouvelles normativités. La masculinité hégémonique laisse entrevoir une autre hégémonie, relative à la désignation sociale en capable ou incapable. En ce sens, deux systèmes

fortement intériorisés de hiérarchisation du monde et de classement des personnes sont à l'œuvre. Les analyses de notre troisième partie nous laissent entrevoir des interpénétrations entre ordre de genre et ordre de capacité qui pourraient être approfondies à travers d'autres travaux sur la prison et dans d'autres espaces sociaux.

Cette troisième partie ouvre sur une série de questions, quant aux trajectoires des personnes expérimentant une variété de prises en charge depuis leur jeunesse. Dans un premier temps, elle nous questionne sur les manières de penser et d'écrire les populations considérées comme vulnérables. Elle appelle donc à une réflexion plus ample et plus approfondie, combinant possiblement plusieurs approches sociologiques pour comprendre les événements biographiques, leurs enchainements et leurs articulations dans le processus de subjectivation des individus.

Dans ce partage entre capable et incapable, une question se pose : n'assistons-nous pas à une façon d'ordonner le monde, toujours renouvelée ? Dans ce contexte, le corps apparaît comme le lieu de rencontre de processus historiques et sociaux et de lutte entre différentes instances sociales. Il devient un enjeu où se livre une bataille pour celles et ceux ne parvenant pas à satisfaire aux exigences de ce monde.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

ASTIER, I. *Les nouvelles règles du social*. Paris : PUF, 2007, 200 p.

AVRIL, C. *Les Aides à domicile. Un autre monde populaire*. Paris : La Dispute, 2014, 290 p.

BEC, C. *De l'Etat social à l'Etat des droits de l'homme*. Rennes : PUR, 2007, 237 p.

BEC, C. *La sécurité sociale. Une institution de la démocratie*. Paris : Gallimard, 2014, 281 p.

BECKER, H. *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : Editions Métailié, 1985, 250 p.

BEN-MOSHE, L., CHAPMAN, C., CAREY, A. (Eds.) *Disability Incarcerated. Imprisonment and Disability in the United States and Canada*. [eBook], 2014

BERNOUX, Ph. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1985, 480 p.

BESSIN, M., BIDART, C., GROSSETTI, M. (Eds.) *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris : La découverte, 2010, 400 p.

BLANC, A. *Sociologie du handicap*. Paris : Armand Colin, 2012, 2015, 251 p.

BLANC, A. *Le handicap ou le désordre des apparences*. Paris : Armand Colin, 2006, 256 p.

BLANC, A. *Les handicapés au travail. Analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*. Paris : Dunod, 2004, 304 p.

BOLTANSKI, L. THEVENOT, L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard, 1991, 496 p.

BOLTANSKI, L. *L'amour et la Justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*. Paris : Gallimard, 2011, 560 p.

BOUAGGA, Y. *Humaniser la peine ? Enquête sur les pratiques et usages du droit en maison d'arrêt*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2015.

BOURDIEU, P. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Edition de Minuit, 1979, 670 p.

BOURGOIS, Ph. *En quête de respect. Le crack à New York*. Paris : Le Seuil, 2001, 2013. 512 p.

BRICARD, I. *Saintes ou pouliches : L'éducation des jeunes filles au XIXe siècle*. Paris : Albin Michel, 1985, 283 p.

BRAUDEL, F. *La dynamique du capitalisme*. Paris : Flammarion, 1985, 112 p.

- BOURDIEU, P. *Questions de sociologie*. Paris : Editions de Minuit, 2002, 288 p.
- CALLON, M., LASCOUMES, P., BARTHE Y. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Les Editions du Seuil, 2001, 368 p.
- CARADEC, V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin, 2008, 127 p.
- CASTEL, R. *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris : Les Editions de minuit, 1977, 340 p.
- CASTEL, R. *Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard, 1995, 494 p.
- CHANTRAINE, G. *Par-delà les murs*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004, 288 p.
- CHAUVENET, A., ORLIC, F., BENGUIGUI, G. *Le monde des surveillants de prison*, Paris : Presses universitaires de France. 1994, 359 p.
- CHAUVENET, A., MONCEAU, M., ORLIC, F., ROSTAING, C. *La violence carcérale en question*. Paris : CNRS/EHESS, 2005, 451 p.
- CHAUVIÈRE, M. *Enfance inadaptée, l'héritage de Vichy*. Paris : L'Harmattan. 1980, 339 p.
- CLIQUENOIS, G. *Le management des prisons*. Bruxelles : Larcier, 2012, 293 p.
- COMBESSIE, P. *Prisons des villes et des campagnes. Étude d'écologie sociale*. [En ligne] Paris : Les Editions de l'Atelier, 1996, [consulté le 04 novembre 2019]. URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/combessie_philippe/prison_des_villes_des_campagnes/prisons_villes_et_campagnes.pdf
- CONNELL, R. *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Paris : Amsterdam Editions, 2014, 288 p., Édition établie par HAGEGE, M. et VUATTOUX, A.
- COULON, A. *L'ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2014, 128 p.
- CROZIER, M., FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1981, 436 p.
- DARMON, M. *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris : La découverte, 2003, 348 p.
- DEBUYST, Ch. DIGNEFFE, F. LABADIE, J-M. PIRES, A. *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. Des savoirs diffus à la notion de criminel-né*. Volume 1, Bruxelles : Larcier, 2008, 400 p.
- DEBUYST, Ch., DIHNEFFE, F., LABADIE, J-M, PIRES, A. *Histoire des savoirs sur le crime et la peine. La rationalité pénale et la naissance de la criminologie*. Volume 2, Bruxelles : Larcier, 2008, 482 p.
- DELANOE, D., AIACH, P. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris : Economica, 1998, 251 p.

- DELEUZE, G. *Logiques du sens*. Paris : Les éditions de minuit, 1969, 392 p.
- DEMAILLY, L. *Politiques de la relation. Approches sociologiques des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion, 2008, 376 p.
- DEWEY, J. *Logique. Théorie de l'enquête*. Paris : PUF, 1993, 696 p.
- DONZELOT, J. *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*. Paris : Seuil, 1994, 151 p.
- DUBET F. *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil, 2002, 329 p.
- DUPONT, H. *Ni fou, ni gogol. Orientation et vie en ITEP*. Grenoble : PUG, 2016, 240 p.
- DURKHEIM, E. *De la Division du travail social*. Paris : PUF, 1893, 2013, 477 p.
- EBERSOLD, S. *L'Invention du handicap : La Normalisation de l'infirmes*. Paris : CTNERHI, 1992, 1999, 287 p.
- ELIAS, N. *Qu'est-ce que la sociologie*. Paris : Pocket, 1970, 2003, 218 p.
- FASSIN, D. *Punir. Une passion contemporaine*. Paris : Editions Seuil, 2017, 208 p.
- FILLION, E., RAVAUD, J-F., VILLE I., *Introduction à la sociologie du handicap*. Paris : De Boeck, 2014, 256 p.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1961, 772 p.
- FOUCAULT, M. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1966, 564 p.
- FOUCAULT, M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Gallimard, 1973, 439 p.
- JOBERT, B., MULLER, P. *L'Etat en action*. Paris : P.U.F. 1987, 242 p.
- HERZLICH, C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Editions EHESS, 1969, 1992, 210 p.
- HUGUES, E.-C. *Le Regard sociologique, Essais choisis*. Paris : EHESS, 1951, 1996, 344 p.
- IMBERT, J. (éd.) *La protection sociale sous la Révolution française*. Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1990, 568 p.
- GARDIEN, E. *L'Apprentissage du corps après l'accident. Sociologie de la production du corps*. Grenoble : PUG. 2008, 304 p.
- GARDOU, C. *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse : ERES, 2012, 179 p.
- GARFINKEL, H. *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaire de France, 2007, 474 p.
- GENARD, J-L. *La Grammaire de la responsabilité*. Paris : Cerf, 2000, 208 p.

- GEREMEK, B. *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*. Paris : Gallimard, 1987, 336 p.
- GLASER, B., STRAUSS, A. *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris, Armand Colin, 1967, 2010, 409 p.
- GOFFMAN, E. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Editions de Minuit, 1968, 447 p.
- GOFFMAN, E. *Mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris : Les éditions de Minuit, 1973, 256 p.
- GOFFMAN, E. *Mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*. Paris : Les éditions de Minuit, 1973, 368 p.
- GOFFMAN, E. *Les rites d'interaction*. Paris : Les Editions de Minuit, 1974, 240 p.
- GOFFMAN, E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Editions de Minuit, 1975, 175 p.
- GOFFMAN, E. *Les Moments et leurs hommes*. Textes réunis et présentés par Yves Winkin, Paris : Points Essais, 2016, 304 p.
- LAFORGUE, D., ROSTAING, C. (Eds.) *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?* Paris : CNRS, 2011, 254 p.
- LASCOUMES, P., LE GALES, P. *Sociologie de l'action publique*. Paris : Armand Colin, 2009, 128 p.
- LE BRETON, D. *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, 256 p.
- LE CAISNE, L. *Prison. Une ethnologue en Centrale*, Paris : Editions Odile Jacob, 2000, 400 p.
- LECU, A. *Le secret médical, vie et mort*. Paris : Editions du Cerf, 2016, 318 p.
- LEMIEUX, C. *La sociologie pragmatique*. Paris : La Découverte, 2018, 128 p.
- LIMA, L. (Ed.) *L'expertise sur autrui. L'individualisation des politiques sociales entre droit et jugements*. Bruxelles : P.I.E. Peter Lang, 2013, 242 p.
- MARCHETTI A.-M. *Pauvretés en prison*. Paris : ERES, 1997, 224 p.
- MBANZOULOU, P., BAZEX, H., RAZAC, O., ALVAREZ, J. (Eds.) *Les nouvelles figures de la dangerosité*. Paris : L'Harmattan, 2008, 402 p.
- MILLY, B. *Soigner en prison*. Presses Universitaires de France, 2001, 265 p.
- MOLLAT, M. *Les pauvres au Moyen Age*. Paris : Editions Complexe, 1979, 395 p.

- MOLINIER, P., LAUGIER, S., PAPERMAN, P. et al., *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009, 734 p.
- MURPHY, R. *Vivre à corps perdu : Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*. Paris : Plon, 1990, 393 p.
- OGIEN, A. *Sociologie de la déviance*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, 473 p.
- PETIT, J-G. *Ces peines obscures. La prison pénale en France 1789-1875*. Paris : Fayard, 1990, 749 p.
- PERROT, M. *Les ombres de l'histoire. Crime et châtement au XIXe siècle*. Paris : Flammarion, 2001, 427 p.
- RENNEVILLE, M. *La médecine du crime. Essai sur l'émergence d'un regard médical sur la criminalité en France (1785-1885)*. Lille : Presses universitaires du Septentrion, 1997, 984 p.
- RENNEVILLE, M. *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Paris : Fayard, 2003, 480 p.
- ROSANVALLON, P. *La crise de l'État-providence*. Paris : Le Seuil, 1981, 162 p.
- ROSTAING, C. *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons pour femmes*. Paris : Presses Universitaires de France, 1997, 331 p.
- ROTHMAN, D. *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston: Little, Brown, 1971, 428 p.
- RUSCHE, G., KIRCHHEIMER, O. *Peine et structure sociale : histoire et « théorie critique » du régime pénal*. Paris : Cerf, 1994, 402 p.
- SIMMEL, G. *Les pauvres*. Paris : PUF, 1998, 92 p.
- SIMMEL, G. *Sociologie. Etudes sur les formes de socialisation*. Paris : PUF, 2013, 780 p.
- STIKER, H-J. *Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique*. Paris : Dunod, 1982, 2013, 330 p.
- SUPIOT, A. *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France*. Paris : Fayard, 2015, 262 p.
- WACQUANT, L. *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille : AGONE, 2004, 364 p.
- WACQUANT, L. *Les prisons de la misère*. Paris : Raisons d'agir, 1999, 224 p.
- WIDMER, J. *Discours et cognition sociale. Une approche sociologique*. Paris : Éditions des Archives contemporaines, 2010, 297 p.

Chapitre dans un ouvrage imprimé

- AKRICH, M., CALLON, M. L'intrusion des entreprises privées dans le monde carcéral français : le programme 13 000, In : ARTIERES, P., LASCOUMES, P. (éd.). *Gouverner, enfermer : la prison, modèle indépassable ?* Paris : Presses de Sciences-Po, 2004, p. 295-317.
- BATESON, G. « Double contrainte ». In : BATESON, G. *Vers une écologie de l'esprit*, volume 2. Paris : Points, 2008.
- BESSIN, M., LECHIEN, M.-H. Proximité avec le corps malade des détenus. In : FASSIN, D., MEMMI, D. (Eds.) *Le gouvernement des corps*. Paris : Editions de l'EHESS, 2004, p. 207-233.
- CHAUVENET, A. L'échange et la prison, In : FAUGERON, C., CHAUVENET, A., COMBESSIE, Ph. (Eds.) *Approches de la prison*, Bruxelles : De Boeck/ / Montréal : Presses de l'Université de Montréal/Ottawa, p. 45-70.
- DUBOIS, V. L'action publique, In : COHEN A., LACROIX B., RIUTORT, Ph. (Éd.) *Nouveau manuel de science politique*. Paris : La Découverte, 2009, p. 311-325.
- DURKHEIM, E. Définitions du crime et fonction du châtement, In : *De la Division du travail social*. Paris : PUF, 1983-2013, p. 35-48.
- FASSIN, D., EIDELIMAN, J.-S., Introduction : défense et illustrations des économies morales In : FASSIN, D., EIDELIMAN, J.-S., *Économies morales contemporaines*. Paris : La Découverte, 2012, 9-18.
- GARFINKEL, H. Le programme de l'ethnométhodologie, In : De FORNEL, M. (Éd.) *L'ethnométhodologie – Une sociologie radicale*. Paris : La Découverte, 2001, p. 31-55.
- GUENICHON, T. La prison et ses hommes. In : WELZER-LANG, D. et al. (éds) *Masculinités : état des lieux* Toulouse : ERES, 2011, p. 223-234
- ROSTAIN, C. Une monographie stimulante sur une prison masculine. In : SYKES, G. *La société des captifs. Une étude d'une prison de sécurité maximale*. Traduction augmentée sous la direction de Kaminski, D. et Mary, Ph., Bruxelles : Larcier, 2019, p. 57-77.
- STRAUSS, A., CORBIN, J. L'analyse de données selon la *Grounded theory*. Procédures de codage et critères d'évaluation, In : CEFAI, D (éd) *L'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 2003, p. 363-380.
- WACJMAN, C. Le processus historique de construction des classifications, In : JEAGER, M. (éd) *Usagers ou citoyens ?* Paris : Dunod, 2011, 33-68.
- WIEDER, L. Dire le code du détenu. Enquêter sur l'organisation normative d'une institution carcérale. CEFAI, D. (éd) *L'engagement ethnographique*, Paris : EHESS, 2010, p. 183-215.

Rapports imprimés

BESSIN, M., LECHIEN, M-H. *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Paris : EHESS, 2000.

BAUDOT, P-Y. (coordination) *Les MDPH : un guichet unique à entrées multiples*. 2013.

CARADEC, V., EIDELIMAN, J-C., BERTRAND, L. *Être reconnu travailleur handicapé, entre logiques institutionnelles et trajectoires individuelles*. Rapport de recherche CNSA, 2010.

COMBALBERT, N. (éd). *Étude transversale multicentrique de l'état de santé mentale des détenus âgés et de leur prise en charge pénitentiaire*, 2016. ????

DUBURCQ, A., COULOMB, S., BONTE, J., MARCHAND, C., FAGNANI, F., Pr. FALISSARD, B. (Direction scientifique) *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*, CEMKA-EVAL, 2004.

PRADIER, P. *La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 Evaluation et perspectives. Documents Visites Entretiens Réflexions*, 30 septembre 1999.

MEZIANI, M., EBERSOLD, S., MAYOL, S., Toledo R. *Les conditions de mise en œuvre du GÉVA Sco. Usages sociaux d'un outil visant à l'harmonisation de la scolarisation des élèves handicapés*. Suresnes : INS HEA, 2016.

MERCIER, C., CROCKER, A., COTE, G., OUELLET, G. *Quand la participation sociale emprunte la voie pénale. Rapport de la recherche : « Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : les réponses du système pénal »*. Montréal : Équipe Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité, 2010.

TALBOT, J. *NO ONE KNOWS. Identifying and supporting prisoners with learning difficulties and learning disabilities: the views of prison staff*, 2007.

TOURAUT, C., DESEQUELLES, A. *La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*, 2015.

Rapports en ligne

Assemblée parlementaire, Conseil de l'Europe, *Les détenus handicapés en Europe*, 1 juin 2018.
URL : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-FR.asp?FileID=24756&lang=FR>

VALLAS, R. *Disabled Behind Bars. The Mass Incarceration of People With Disabilities in America's Jails and Prisons*, 2016. URL : <https://www.americanprogress.org/issues/criminal-justice/reports/2016/07/18/141447/disabled-behind-bars/>

Human Rights Watch. *Double peine. Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France*, Avril 2016. URL : <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées>

RAPPORT DE LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE PRÉSIDÉE PAR MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS BURGELIN, *Santé, justice et dangers* : pour une meilleure prévention de la récidive, Juillet 2005. URL :

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000449.pdf>

RAPPORT DE LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE, *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale*, Novembre 2013. URL : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_amenagement_suspensions_peine_raison_med.pdf

Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique*, 2012, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique_Personnes_detenues_2012

Charte d'Ottawa, Conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986, OMS. URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Déclaration des droits des personnes handicapées, Proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 décembre 1975 [résolution 3447]. URL : <http://www.cfhe.org/upload/ressources/textes%20r%C3%A9f%C3%A9rence/textes%20internationaux/droits%20personnes%20handicap%C3%A9es.pdf>

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf;jsessionid=71C9E746529C80AAB8469B4585F4DA7A?sequence=1

3e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1992 du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), p. 21. URL : <https://rm.coe.int/1680696aa0>

LIBERTÉS FONDAMENTALES - DROITS DE L'HOMME, Conditions de détention d'un prisonnier lourdement handicapé. URL : <https://actu.dalloz-etudiant.fr/>

Humans Right Watch *Abuses Against People with Disabilities in Prisons in Australia*, 2018. URL : <https://www.hrw.org/news/2018/02/06/australia-prisoners-disabilities-neglected-abused>

Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2011, 2012. URL : <http://www.cglpl.fr/rapports-et-recommandations/rapports-annuels>

Défenseur des droits 2000-2013, consultables sur le site internet du Défenseur des droits. URL : <http://www.apres-tout.org/IMG/pdf/RAPPORT-Defenseurdesdroits-Actionaupresdespersonnesdetenues>

Outils de formation de base et programme d'étude à l'intention des directeurs de prison, fondés sur les normes et règles internationales ONU, Office contre la drogue et le crime, 2011. URL : <https://www.unodc.org/unodc/fr/>

Pratiques de la prison. Du bon usage des règles pénitentiaires internationales, 2005, 2013. URL : <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/>

Manuel à l'intention des directeurs de prison. New York, 2011, Série de manuels sur la justice pénale. URL : https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Handbook/Prison_leaders

Penal Reform International, *Trouver un équilibre entre Sécurité et Dignité en milieu carcéral : un cadre pour un monitoring préventif*, 2013. URL : https://www.apt.ch/content/files_res/balancing-security-and-dignity-in-prisons_fr-1.pdf

Nations Unies, *Prison Incident Management Handbook*, 2013. URL : https://www.un.org/ruleoflaw/files/Prison_Incident_Management_Handbook_OROLSI_Mar2013.pdf

Senat, Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, 2000, URL : <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44918.html>

Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? 2010. URL : <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4349.html>

Rapport de l'Assemblée Nationale AU NOM DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE sur la SITUATION dans les PRISONS FRANÇAISES, 2000. URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/rap-eng>

CCNE, Avis n° 94 La santé et la médecine en prison, 2006. URL : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>

IGAS, Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, 2015. URL : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf

Programme santé des détenus, ARS Hauts-de-France, 2017. URL : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Programme_sante_des_detenus

La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et la Pas-de-Calais, Lille F2RSM Psy, 2017. URL : <https://www.prison-insider.com/files/6ee59275/rapport>

ORS Basse-Normandie et al. Etude des besoins des détenus âgés et/ou handicapés en Basse-Normandie, 2007. URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/368376/http://www.pieros.org/etude/prison-sante-et-vieillessement-enjeux-et-impacts-de-la-detention-pour-les-personnes-de-plus-de-60-ans-etude-menee-aupres-de-detenus-seniors-en-rhone-alpes-auvergne/>

Travaux universitaires

OUELLET, G. *L'individu dans les rouages de l'objectivation : Déficience intellectuelle, justice pénale et travail en réseau*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de doctorat, Université de Montréal, mars 2017, 353 p.

WINANCE, M. *Thèse et prothèse : le processus d'habilitation comme fabrication de la personne. L'Association Française contre les Myopathies face au handicap*. Sociologie. École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 2001. 524 p.

Articles de périodiques imprimés

ABBOTT, A. Things Of Boundaries, *Social Research*. 1995, Vol. 62, No. 4, p. 857-882.

- ABBOTT, A. Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries ? *Social Service Review*. 1995, vol 69, n°4, p. 545-562.
- BARRAL, C. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens, *Contraste*. 2007/n°27.
- BARRETT, T. Disabled masculinities: A review and suggestions for further research. *Masculinities & Social Change*. 2014, vol. 3, n° 1, p. 36-61.
- BAUDOT, P-Y. BORREL, C. REVILLARD, A. Les politiques du handicap, *Terrains et Travaux*. 2013, n°23, p. 5-15.
- BERTRAND, L., CARADEC, V., EIDELIMAN, J-C. Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles, *Sociologie*. vol. vol. 5, no. 2, 2014, pp. 121-138.
- BESSIN M., LECHIEN, M-H. Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison. *Ethnologie française*. 2002/32(1), p. 69-80.
- BRODIEZ-DOLINO, A. La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique, *Informations sociales*. 2015, 2(188), p.10-18.
- BODIN, R. Une sociologie du handicap est-elle possible ? *Savoir/Agir*. 2019/vol. 47, no. 1, p. 13-22.
- BOLTANSKI, L. Les usages sociaux du corps. *Annales. Economies, sociétés, civilisations*. 1971. p. 205-233.
- BUREAU, M-C., LIMA, L., RIST, B., TROMBERT, Ch. La traduction de la demande d'aide sociale : le cas du handicap et de l'insertion des jeunes. *Revue française d'administration publique*. ENA, 2013, p. 175-188.
- CALVEZ, M. Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité, *Science sociales et santé*. 1994/12, p. 61-88
- CASSAN, F., MARY-PORTAS, F-L., KENSEY, A., AUBIN, S., TOULEMON, L., CLANCHE, F., COMBESSIE, Ph., ROSTAING, C., LONGE, E. *L'histoire familiale des hommes détenus*. INSEE, Synthèses, 2002.
- CASTEL, R. De la dangerosité au risque, *Actes de la recherche en sciences sociales*. 1983/47(1), p. 119-127.
- CHANTRAINE, G. La sociologie carcérale : approches et débats théoriques en France. *Déviance et société*. 2000 - Vol. 24 - N°3. p. 297-318.
- CHAUVENET, A. Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison, *Déviance et Société*, vol. vol. 30, no. 3, 2006, p. 373-388.
- CEFAI, D. Handicap visible : de la reconnaissance du stigmate et du déni de déviance à la revendication de droits, *ALTER, European Journal of Disability Research*. 2017
- COLDEFY, M. La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, *Études et Résultats*. (Drees) 2005/427
- CONNELL, R., MESSERSCHMIDT, J.W. Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? *Terrains travaux*. 2015, n°2, p. 151-192.

- DARLEY M., LANCELEVEE C., MICHALON, B. Où sont les murs ? Penser l'enfermement en sciences sociales, *Cultures & Conflits*. 2013/2(90), p. 7-20
- DEMETRIOU, D.Z., La masculinité hégémonique : lecture critique d'un concept de Raewyn Connell. *Genre, sexualité & société*. 2015, n°13.
- DESESQUELLES, A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? *Population*. 2005/1-2 (Vol. 60), pages 71 à 98.
- DE VIGGIANI, N. Trying to be something you are not: Masculine performances within a prison setting. *Men and Masculinities*. 2012, vol. 15, no 3, p. 271-291.
- DUTHE, G., HAZARD, A., KENSEY, A., PAN KE SHON, J-L. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. *Population et Société*. 2009/462.
- EBERSOLD, S. L'accessibilité ou la solidarité reconfigurée ? *Vie sociale*. 2019/27.
- JOBARD, F., CHANTRAINE G. Trajectoires du contrôle, *Vacarme*. 2004/4 n° 29, p. 138-141.
- HENNION, A., VIDAL-NAQUET, P. La contrainte est-elle compatible avec le *care* ? Le cas de l'aide et du soin à domicile, *Alter*. 2015, Vol. 9, Issue 3, p. 207-221.
- GERSCHICK, T.J., MILLER, A.S. Coming To Terms : Masculinity and Physical Disability, In: KIMMEL, M.S., MESSNER, M.A. (Eds), *Men's Lives*. New York : Macmillan, 1995, p. 262-275.
- GERSCHICK, T.J., MILLER, A.S. Gender identities at the crossroads of masculinity and physical disability. *Toward a new psychology of gender*. 1997, p. 455-475.
- GOURARIER, M., REBUCINI, G., et VÖRÖS, F. Penser l'hégémonie. *Genre, sexualité & société*. 2015, n°13.
- GUTTON, J-P. Enfermement et charité dans la France de l'Ancien Régime. In: *Histoire, économie et société*. 1991/n°3. p. 353-358.
- LANDREVILLE, P. Les détenus et les droits de l'homme. *Criminologie*, 1976/9 (1-2), p. 107-117.
- LARRADE, J-M. Les droits des personnes incarcérées : entre punition et réhabilitation, *CRDF*, 2003/n°2, p. 62-76.
- LE CAISNE, L. L'économie des valeurs distinction et classement en milieu carcéral, *L'Année sociologique*, 2004/vol. 54, no 2, p. 511-537.
- LE CAISNE, L. Incarcérer un mineur : De la personnalité de l'adolescent aux enjeux identitaires des magistrats. *Cahiers internationaux de sociologie*. 2008, no 1, p. 103-126.
- LECHIEN, M-H. L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 136-137, 2001, p. 15-26.
- MALOCHET, G. Les surveillants de prison : marges du travail, travail sur les marges. *Idées économiques et sociales*. 2009/4 (N° 158), p. 42-49.

- MALOCHET, G. Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance des prisons pour hommes. *Sociétés contemporaines*. 2005, no 59-60, p. 199-220.
- MARCUS, G. Ethnography In/Of the World System : the Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*. 1995, 24, pp. 95-117.
- MINAIRE, P. Le handicap en porte-à-faux, *Prospective et Santé*. 1983/26, p. 39-46.
- MICHALSKI, J. Status hierarchies and hegemonic masculinity : A general theory of prison violence. *British Journal of Criminology*. 2015, vol. 57, no 1, p. 40-60.
- MOREAU, F. La santé dans les prisons françaises, in *Pouvoirs*. 2010/n°135.
- MORMICHE, P. Le handicap se conjugue au pluriel. *Insee premières*. n°742, 2000.
- MOUQUET, M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003, *Études et Résultats*. (Drees) 2005/37.
- MUCCHIELLI, L. Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable. *Déviance et société*. 2001, vol. 25, no 2, p. 209-228.
- MUCCHIELLI, L., RAQUET, E. Les comparutions immédiates au TGI de Nice, ou la prison comme unique réponse à une délinquance de misère. *Revue de science criminelle et de droit penal comparé*. 2014, no 1, p. 207-226.
- NEWTON, C. Gender theory and prison sociology : Using theories of masculinities to interpret the sociology of prisons for men. *The Howard Journal of Criminal Justice*. 1994, vol. 33, no 3, p. 193-202.
- OGIEN A. L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers. *Revue française de sociologie*, 1986, 27(1) p. 29-46.
- PASSERON, J-C. Biographies, flux, itinéraires, trajectoires. *Revue française de sociologie*. 1990, vol. 31, no 1, p. 3-22.
- PETIT, J.G. L'amendement ou l'entreprise de réforme morale des prisonniers en France au XIXe siècle. *Déviance et société*. 1982/6(4), p. 331-351.
- PINELL, P. Champ médical et processus de spécialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2005, p. 156-157.
- PROTAIS, C. La restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental depuis 1950, *Les Cahiers de la Justice*. 2017, vol. 2, no. 2, p. 315-328.
- PROTAIS, C. Le malade mental criminel, dangerosité et victime : pour une sociohistoire du mouvement de responsabilisation du malade mental, *Histoire, médecine et santé*. 2013, n°3.
- RENARD, J-B. De l'intérêt des anecdotes, *Sociétés*. 2011/vol. 114, no. 4, p. 33-40.
- REVILLARD, A., DE VERDALLE, L. « Faire » le genre, la race et la classe. *Terrains travaux*. 2006, no 1, p. 91-102.

- RICCIARDELLI, R., MAIER, K., HANNAH-MOFFAT, K. Strategic masculinities : Vulnerabilities, risk and the production of prison masculinities, *Theoretical Criminology*. 2015, Vol. 19, p. 491-513.
- RIVOAL, H. Virilité ou masculinité ? L'usage des concepts et leur portée théorique dans les analyses scientifiques des mondes masculins. *Travailler*. 2017, no 2, p. 141-159.
- ROBERT, Ph. ; LEVY, R. Histoire et question pénale. In : *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1985, tome 32/N°3. *Histoire et historiens*. p. 481-526.
- ROSTAING, C. Processus de judiciarisation carcérale : le droit en prison, une ressource pour les acteurs ? *Droit et société*. 2007/vol. 67, no. 3, p. 577-595.
- SAGNOL, M. Le statut de la sociologie chez Simmel et Durkheim. *Revue française de sociologie*. 1987, 28-1. p. 99-125.
- SHAKESPEARE, T., WATSON, N. The social model of disability : an outdated ideology ? *Research in Social Science and Disability*. 2002, Volume 2, p. 9-28.
- SHAKESPEARE, T. The Sexual Politics of Disabled Masculinity. In: *Sexuality and Disability*. 1999/No. 17, p. 53–64.
- SEMPE, G., BODIN, D. Homo-sociabilité et (auto)exclusion en prison pour hommes. Usages sociaux du sport et division de l'espace. Espaces et sociétés, *Espaces et sociétés*. 2015/vol. 162, no. 3, p. 79-93.
- SEYMOUR, K. Imprisoning masculinity. *Sexuality and Culture*. 2003, vol. 7, no 4, p. 27-55.
- SHUTTLEWORTH, R., WEDGWOOD, N., WILSON, N.J. The Dilemma of Disabled Masculinity. In: *Men and Masculinities*. 2012/No.15, p. 174–194.
- STIKER, H-J. Comment nommer les déficiences ? *Ethnologie française*. 2009/n°39, p. 463-470.
- THOMAS, H. Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse, *Politix*. 2005/vol. 72, no. 4, p. 33-55.
- TROMPETTE, P., et VINCK, D. Retour sur la notion d'objet-frontière, *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2009/vol. 3, 1, no. 1, p. 5-27.
- VIAL, M., HUGON, A-M. Anormalité, débilité, inadaptation, handicap socio-culturel, fragilité: une histoire sans cesse recommencée ? *Spécificités*. 2009/vol. 2, no. 1, p. 21-32.
- VOLÉRY, I., TERSIGNI, S. La masculinité hégémonique au crible de l'âge. Ce que les espaces d'animation fréquentés par les 9-13 ans nous disent des masculinités du capitalisme avancé. *Genre, sexualité & société*. 2015, no 13.
- WEST, C., ZIMMERMAN, D. H., MALBOIS, F. Faire le genre. *Nouvelles questions féministes*. 2009, vol. 28, n°3, p. 34-61.
- WINANCE, M. La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001, *Dynamis*. 2008/vol. 28.

ZANNA, O. Un sociologue en prison, *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2010/n°9, p. 149-162.

Articles de périodiques électroniques

BELLANGER, H. Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986, *Criminocorpus* [En ligne], *Savoirs, politiques et pratiques de l'exécution des peines en France au XXe siècle*, Communications, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2730/>

BONICCO, C. Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive, *Philonsorbonne* [En ligne], 1 | 2007, mis en ligne le 20 janvier 2013, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/102>

BONY, L. Les rapports sociaux en détention au prisme des usages de l'espace carcéral, *Métropolitiques*, 2018, consulté le 04 novembre 2019. URL : <https://www.metropolitiques.eu/Rapports-sociaux-en-detention-et-usages-de-l-espace-carceral.html>

CARLIER, Ch. Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours, *Criminocorpus* [En ligne], *Varia*, mis en ligne le 14 février 2009, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/246>

CHANTRAINE, G. ; KAMINSKI, D. La politique des droits en prison, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], *Séminaire Innovations Pénales*, mis en ligne le 27 septembre 2007, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/2581>

CORCUFF, P. Justification, stratégie et compassion : Apport de la sociologie des régimes d'action, *Correspondances* (Bulletin d'information scientifique de l'Institut de Recherche sur le Maghreb Contemporain), Tunis, n°51, juin 1998, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://boltanski.chez-alice.fr/texte/corcuff.pdf>

DESEQUELLES, A. INED et le groupe de projet HID-prisons, Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur, *INSEE Première*, [en ligne], 2002, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hiddif/HTML/IP854.pdf>

FERNANDEZ, F. « Dossier n°14 - Suicides et conduites auto-agressives en prison », *Bulletin Amades* [En ligne], 76 | 2009, mis en ligne le 01 janvier 2010, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/amades/666>

FOUGEYROLLAS, P. ; ROY, K. Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 1996/45 (3), 31–54, consulté le 04 novembre 2019. URL : <https://doi.org/10.7202/706736ar>

HARCOURT, B. Repenser le carcéral à travers le prisme de l'institutionnalisation : Sur les liens entre asiles et prisons aux États-Unis, *Champ pénal/Penal field*, 2008, consulté le 04 novembre 2019. URL : <https://journals.openedition.org/champpenal/7562>

GARFINKEL, H. Conditions of Successful Degradation Ceremonies, *American Journal of Sociology*, [en ligne], 1956, vol. 61, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://www.jstor.org/stable/2773484>

GENARD, J-L., Fabrizio CANTELLI, F. Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques, *SociologieS* [Online], Theory and research, Online since 27 April 2008, connection on 04/11/2019. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/1943>

GLASER, B., STRAUSS, A. Les transitions statutaires et leurs propriétés, *SociologieS* [En ligne], consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4062>

LAFORGUE, D. Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines, *Socio-logos* [En ligne], 4 | 2009, mis en ligne le 23 septembre 2009, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2317>

GUIGNARD, L. La genèse de l'article 64 du code pénal, *Criminocorpus* [En ligne], Folie et justice de l'Antiquité à l'époque contemporaine, Articles, mis en ligne le 22 avril 2016, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3215>

GUIGNARD, L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX^e siècle, entre classicisme et défense sociale, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], XXXIV^e Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/368>

GUIGNARD, L. ; GUILLEMAIN, H. « Les fous en prison ? », *La Vie des idées* 2 décembre 2008, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html>

MARCUS, G. Au-delà de Malinowski et après Writing Culture : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie, *ethnographiques.org*, [en ligne]. 2002 Numéro 1, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://www.ethnographiques.org/2002/Marcus - consulté le 04.11.2019>

MELICE, A. Un terrain fragmenté, *Civilisations* [En ligne], 2006/54, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/civilisations/333>

OLIVIER DE SARDAN, J-P. La politique du terrain. *Enquête* [En ligne], 1995/1, consulté le 4 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/enquete/263>

DIAZ-BONE, R. ; THEVENOT, L. La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises, *Trivium* [En ligne], 5 | 2010, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/trivium/3626>

RENNES, J. Les controverses politiques et leurs frontières, *Études de communication* [En ligne], 47 | 2016, mis en ligne le 01 décembre 2018, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/edc/6614>

RHODES, L. Qui décide ici ? Le comportementalisme dans le système carcéral américain, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1860>

RICORDEAU, G., MILHAUD, O. Prisons, *Géographie et cultures* [En ligne], 83 | 2012, mis en ligne le 19 avril 2013, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/gc/2056>

ROSTAING, C. La compréhension sociologique de l'expérience carcérale, *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ress/249>

ROSTAING, C. Quelques ficelles de sociologie carcérale, *Criminocorpus* [En ligne], Prison et méthodes de recherche, Communications, mis en ligne le 30 juin 2017, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3552>

VIMONT, J-C. Les missions des assistantes sociales dans la Réforme pénitentiaire après 1945 *Criminocorpus* [En ligne], Varia, mis en ligne le 02 juillet 2012, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2005>

WACQUANT, L. Le corps, le ghetto et l'État pénal, 2008 *Labyrinthe* [En ligne], 31(3), mis en ligne le 23 février 2009, consulté le 04 novembre 2019. URL : <http://labyrinthe.revues.org/3920>

WINANCE, M. Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix* [En ligne] 2004/66, consulté le 04 novembre 2019. URL : https://www.persee.fr/doc/polix_0295-2319_2004_num_17_66_1022

Annexes

Annexe 1 Glossaire

AAH : Allocation Adulte handicapée

AEEH : Allocation d'éducation d'un enfant handicapé

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources, grille qui évalue le niveau d'autonomie des personnes âgées

AICS : Auteur d'infraction à caractère sexuel

APF – Association des paralysés de France, aujourd'hui nommée APF France Handicap

ARS – Agence nationale de santé

ASS : Assistant.e de service social

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCNE – Comité consultatif national d'éthique

CD : Centre de détention

CDES - Commissions Départementales de l'Education Spéciale (existaient avant la loi 2005)

CEDH : Cour européenne des droits de l'homme ou Convention européenne des droits de l'hommes

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CIRAP : Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire

CMP – Centre médico-psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et de la liberté

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COTOREP - Commissions techniques d'orientation et reclassements professionnels (existaient avant la loi 2005)

CPIP : conseiller.e pénitentiaire d'insertion et de probation

CPP : code de procédure pénale

CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique, instance de rencontre régulière des groupes professionnels exerçant en prison

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAP : Direction de l'Administration pénitentiaire, attachée au Ministère de la Justice

DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie

ENAP – Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire

ERP : Etablissement recevant du public

ESAT : Etablissement et service d'aide au travail

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HRW : Human Rights Watch

JAP : Juge d'Application des Peines

MA : Maison d'arrêt

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MC : Maison centrale

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PCH : Prestation de compensation du handicap

PPSMJ : Personne placée sous-main de justice

PMR : Personne à Mobilité Réduite

SMPR : Service Médico Psychiatrique Régional

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UNAPEI : Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

QA : Quartier arrivant – toute personne à son arrivée en prison est placée dans un quartier distinct pendant quelques jours, avant d'être affectée en détention

QD : Quartier disciplinaire

QI : Quartier d'isolement

OMS : Organisation Mondiale de Santé

SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

PRI : Penal Reform International

ONUDD : Office des Nations unies contre la drogue et le crime

Auxi (auxiliaire de service général) : Personnes recrutées et payées par l'administration pénitentiaire pour effectuer les tâches courantes de la vie en prison – nettoyage, cuisine, distribution des repas etc

Cantine : Le dispositif qui permet aux personnes détenues l'achat des produits alimentaires ou autres par correspondance. *Cantiner* est la procédure d'achat.

Classement : Activité des professionnels pénitentiaires pour octroyer du travail ou des activités aux personnes.

Choc carcéral : Le choc carcéral est l'état qui se produit par à l'entrée en prison, suite à la rupture brusque avec l'ancien mode de vie.

Détention provisoire : La détention avant le jugement, les personnes sont prévenues et doivent être placées dans une maison d'arrêt.

Etablissement pour peine : Centre de détention ou maison centrale. Les personnes y sont affectées seulement après leur condamnation.

Extraction : La démarche pour qu'une personne détenue puisse se rendre à l'extérieur de la prison, en audience judiciaire ou examen médical.

Gestion déléguée (établissement à) : Depuis 1987 (Loi Chalandon), le secteur privé peut construire et participer au fonctionnement courant des prisons. Les fonctions régaliennes sont réservées à l'administration pénitentiaire.

Faits (les) : Avec les personnes détenues mais aussi avec les professionnel.le.s, on parlera souvent *des faits*. Il s'agit de l'infraction pour laquelle la personne se trouve en prison, *les faits reprochés*.

Incurie : Etat d'une personne qui ne se soigne pas, ne se lève plus de son lit et ne sort plus de la cellule.

Indigent : Une personne est considérée comme indigente en prison si elle n'a pas de moyens de subvenir à ces besoins. Dans ce cas, une aide financière est prévue.

Nourrice : La personne qui avait à sa charge de cacher des substances illicites dans son domicile, ce qui la rendait particulièrement exposée à des contrôles policiers

Parcours d'exécution de peine : Le parcours d'exécution de peine vise à mettre à profit le temps de la peine. A la façon des « projets » dans les autres institutions de traitement, il vise à repérer les facilitateurs et les obstacles pour la réinsertion. Il est contractualisé.

Parties civiles : Il s'agit des victimes de l'infraction.

Période de sureté : Appelée parfois peine de sureté est la période pendant laquelle aucun aménagement de la peine n'est possible.

Régimes de vie : Ou régimes de détention différenciés. Ils s'appliquent surtout dans les centres de détention et différencient l'autonomie et la participation aux activités, selon le comportement et le « profil » des personnes détenues

RPE : Réduction de peine élémentaire. Il s'agit d'une réduction de peine automatique sauf dans des cas bien précis de récidive légale.

RPS : Dites grâces, réduction de peine supplémentaires.

Sortie sèche : il s'agit d'une sortie sans aménagement, à la fin de sa peine. Dans ce cas, les personnes n'ont pas à prouver de logement ou de revenus. Ils peuvent, de fait, se retrouver à la rue.

Annexe 2 Répartition des entretiens formels par établissement et par direction

57 entretiens avec des professionnel.le.s en établissement

9 entretiens en direction centrale et dans 3 directions régionales

Professionnel.le.s rencontré.e.s				
DAP Direction de l'administration pénitentiaire	1 Ancien directeur 1 Directeur des politiques sociales 3 Responsables des politiques sociales			
3 DISP Direction interrégionale des services pénitentiaires	1 Directeur 2 Responsables santé 1 Responsable réinsertion			
Total Directions	9			
	Maison d'arrêt	Centre de détention	Maison centrale	Centre pénitentiaire
Professionnel.le.s pénitentiaires	3	8	7	17
Direction	1	1	1 + 1 ancienne directrice	2
Surveillance	1	4	3	10
SPIP	1	2	1 ancienne CPIP	4
Assistante sociale		1	1	1
Professionnel.le.s de santé	3	5	0	8
Médecin-coordonateur	1	1		1
Médecin	1			1
Cadre de santé		2		1
Assistante sociale	1	1		
Psychiatre/Psychologue		1		5
Professionnel.le.s scolaires	0	1	1	4
Responsable local d'enseignement		1	1	1
Enseignant.e.s				3
Total Etablissements	6	14	8	29

Annexe 3 Description des groupes professionnels exerçant en prison

Les personnes exerçant en DAP ou DISP

Les professionnel.le.s qui exercent en administration centrale peuvent être des cadres qui ont déjà une expérience en établissement pénitentiaire ou venant d'une autre administration. Avec eux/elles nous avons abordé les thématiques du handicap d'une manière plus générale et autour de dispositifs plus généraux (cf. grille d'entretien).

Métiers internes à la prison

Donner une ligne directrice. Les professionnel.le.s de direction

Le métier de directeur de prison est relativement méconnu. A l'instar d'un certain nombre de métiers, il se féminise. Comme tous les autres métiers pénitentiaires les nouvelles recrues sont souvent surdiplômées. Un.e professionnel.le de direction et notamment chef.fe d'établissement donne une ligne directrice à la politique de l'établissement.

Entre sanction et compassion. Les surveillant.e.s

Le métier des surveillant.e.s les place au cœur de la détention, en proximité immédiate avec les prisonniers. Ils suivent un cursus de formation, dispensé par l'Ecole Nationale d'Administration pénitentiaire (ENAP). Leur métier est en évolution, se caractérisant par une contradiction. Certains de leurs syndicats revendiquent être la troisième force de l'ordre du pays et donc un métier exclusivement sécuritaire. Ils/elles assurent, en effet, l'ordre dans la vie en détention. Mais la loi pénitentiaire de 2009 a institutionnalisé leur rôle dans la réinsertion des détenus.

Le contact avec les personnes qui leur sont confiées et la responsabilité de leur sécurité, les force à un positionnement différent des autres métiers sécuritaires. En effet, ils et elles se trouvent à proximité immédiate et prolongée avec les prisonniers. Cela conditionne des attitudes de distinction mais aussi de compassion. La qualité qu'ils/elles mettent en avant pour décrire leur travail est l'écoute. Mais ils/elles déclarent pratiquer un métier qui les expose quotidiennement à des agressions. Si dans leur formation il y a des modules sur le repérage de

la dangerosité et la vulnérabilité psychique, ils/elles ne sont pas formé.e.s pour les questions liées à la dépendance physique ou mentale.

Nous faisons d'abord un travail sur le crime. Les conseiller.e.s pénitentiaires d'insertion et de probation

Les CPIP (conseiller.e.s) travaillent au sein des SPIP (services). Depuis le début des années 2000, ces services ont remplacé les centres sociaux-éducatifs en prison où exerçaient des éducateurs, assistantes sociales et enseignant.e.s. Aujourd'hui, leur métier a beaucoup changé : dépouillé de ces missions sociale et éducative, il a pris une dimension criminologique et juridique de probation. Les CPIP ont une formation universitaire, le plus souvent en droit ou en psychologie, avant d'être formés à l'ENAP. Leur formation n'est plus orientée vers le travail social et ils/elles connaissent très peu les dispositifs existants. Souvent par habitude, c'est vers ce service que l'on se tourne pour toutes les questions relatives au handicap. Cela les place dans des situations complexes. D'une part, lors de leur formation on leur apprend que leur métier se différencie du travail social. D'autre part, on attend de ces services une réponse quant aux dispositifs de prise en charge sociale. Dans certains départements, ces services ont mis en place des conventions avec les MDPH et avec des associations d'aide à la personne. Les conseiller.e.s s'occupent également des contacts avec l'extérieur et la famille. Au sein du SPIP, en ce qui nous intéresse, il peut y avoir des personnes chargée des activités socio-culturelles, des juristes du points d'accès au droit, des assistantes sociales.

L'essentiel du travail des SPIP est d'établir le profil criminologique des personnes, travailler sur les faits commis, mettre à profit le temps de la détention pour faire acquérir aux personnes détenues des compétences sociales, préparer un projet de sortie. La prévention de la récidive et réinsertion sont à la base de leur métier.

Un métier de jonction entre « le médical » et « la pénitentiaire ». Le travail social en prison.

Avec la transformation des métiers de conseiller.e pénitentiaire d'insertion et de probation, le métier d'assistant.e social.e avait, pendant un certain temps, disparu. Parfois les Unités sanitaires disposent d'ASS, qui peuvent travailler avec les SPIP. En l'absence d'ASS, c'est le Point d'accès aux droits, attaché au SPIP qui peut se charger de monter des dossiers de handicap

ou de dépendance. Dans deux des prisons, au cours du travail de terrain, des ASS ont été recrutées au sein du SPIP. Elles ont pris en charge les dossiers de prise en charge du handicap. La présence des assistantes sociales au sein de la prison semble avoir débloqué plusieurs difficultés.

D'une part, leur métier n'étant pas pénitentiaire et ayant une culture différente, elles ont été accueillies avec soulagement par les personnels médicaux. Elles ont été perçues comme apportant des compétences n'existant pas jusqu'ici dans le monde carcéral, mais également comme personnes pouvant faire la jonction entre le « *médical* » et la « *pénitentiaire* ».

D'autre part, les personnes détenues ont également vu une possibilité de résoudre les difficultés, jusque-là non prises en charge par les autres professionnels. Lors de l'enquête, les assistantes sociales pratiquaient depuis seulement quelques mois.

La principale difficulté qu'elles mettaient en avant était de concilier le travail social avec les exigences carcérales. Plus particulièrement, faire émerger un projet de vie personnel pour des personnes sous-main de justice.

Métiers externes

Le « médical ». Soigner comme à l'extérieur, mais en prison.

Depuis la réforme de 1994, il n'y a plus de médecine pénitentiaire. L'hôpital est entré dans la prison. Chaque établissement dispose d'une unité sanitaire ambulatoire. Dans certains établissements, les cellules des personnes malades ou dépendantes se trouvent à proximité de cette unité. Ce n'est pas toujours le cas des établissements dans lesquels nous avons mené la recherche.

Les personnels médicaux que nous avons rencontrés ne travaillent pas au sein de la détention. Ils n'ont pas le droit de s'occuper de la vie quotidienne des personnes détenues. Concernant les personnes handicapées, cela a créé un vide : certaines questions sont renvoyées entre les différents corps de métiers. Il n'était pas rare que les prisonniers, notamment ceux qui se déplacent en fauteuil nous fassent état des difficultés qu'ils avaient pour la réparation ou le changement d'un fauteuil roulant. En effet, ils nous ont montré une communication conséquente entre services médicaux, SPIP et métiers de la détention se renvoyant ces cas.

L'exemple des personnes en détresse psychologique est aussi frappant. Les personnels de la détention peuvent souhaiter une prise en charge médicamenteuse urgente pour certains prisonniers, ayant à les gérer et protéger dans leur vie quotidienne. Les médecins, selon la déontologie de leur profession, peuvent considérer que cette prise en charge ne peut se faire qu'à la demande du patient, soit-il détenu. De plus, ils restent toujours méfiants à la possible instrumentalisation de la psychiatrie dans la gestion de l'ordre pénitentiaire.

Ces situations montrent l'existence d'une zone de conflit, autour des missions des différents métiers, leur exercice et leur légitimité. Pour les personnels médicaux, travailler en prison suppose de nombreuses contraintes. Les exigences de sécurité sont omniprésentes. Par exemple, fixer un rendez-vous médical à l'extérieur est soumis à toute une organisation qui prend en compte le profil pénal des prisonniers.

Dans les unités sanitaires, travaillent le plus souvent des médecins généralistes, des psychiatres, des infirmières, des psychologues, des spécialistes en addictologie. Plus rarement, d'autres spécialistes exercent ou assurent quelques heures en prison.

Ici, ils ne sont plus des détenus. Les centres scolaires.

L'Education nationale est présente dans les prisons dans le cadre des Centres scolaires. Au début, c'est dans le cadre du service socio-éducatif que les enseignant.e.s intervenaient. Ils/elles travaillaient avec les travailleurs sociaux. Depuis la constitution du corps de SPIP, les enseignant.e.s interviennent dans le cadre des centres scolaires séparés. Ils donnent des cours de différents niveaux, cela va des cours d'alphabétisation à la préparation des diplômes universitaires.

Dans le cadre de la recherche, il a été important de savoir de quelle manière les différents types de handicap étaient appréhendés. Il s'agissait de savoir si certains troubles de l'apprentissage étaient détectés et de connaître les dispositifs pour leur prise en charge. La fréquentation des centres scolaires et la préparation d'un diplôme représentent aussi, pour le JAP, une garantie d'effort sérieux de réinsertion. Les centres scolaires sont parfois investis par des personnes détenues considérées comme particulièrement fragiles, qui n'ont pas la possibilité de travailler.

Annexe 4 Courrier pour les personnes détenues

TEMOIGNAGES SUR LE HANDICAP EN PRISON

Monsieur,

Je mène une recherche sur la question des personnes ayant un handicap en prison. Je m'intéresse aux conditions de vie, les relations au quotidien, les difficultés et les adaptations.

L'objectif de cette recherche est de comprendre le quotidien en détention et les possibilités d'amélioration.

Je souhaite rencontrer des personnes qui ont un handicap (un problème de santé ou une autre difficulté) et/ou qui souhaitent me parler de cette question. Votre difficulté peut être reconnue administrativement ou médicalement mais elle peut ne pas l'être et tout de même vous poser problème.

Les témoignages sont anonymes, aucun nom ou lieu n'apparaîtra.

Les personnes intéressées à participer à cette recherche peuvent me contacter par l'intermédiaire du coupon ci-dessous, à remettre aux gradés de votre bâtiment.

Yana Zdravkova
Doctorante en sociologie

Annexe 5 Les guides d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN EXPLORATOIRE POUR PROFESSIONNEL.L.E.S TRAVAILLANT EN MILIEU FERME

Consigne : Je voudrais comprendre comment se passe en pratique la prise en charge des personnes handicapées. Quels sont les dispositifs, les coopérations, les difficultés et les contraintes. Mes questions vous paraîtront peut-être parfois naïves mais c'est un milieu que je ne connais pas.

Question 1 : Pouvez-vous me parler un peu de votre parcours professionnel ?

- Comment avez-vous fait le choix de travailler en milieu pénitentiaire ?
- Depuis combien de temps ?
- Age, études, précédentes expériences professionnelles

Question 2 : Quelle place a le handicap dans votre travail de tous les jours ?

- Comment travailler vous avec le handicap, au quotidien ?
- Comment avez-vous commencé à travailler sur le handicap ?
- Pouvez-vous me donner des exemples ?
- Procédures déjà mises en place par l'administration ?
- Procédures à mettre en place ?
- Quelles sont les contraintes du milieu carcéral ?
- Qu'est-ce que cela fait à votre travail de tous les jours ?

Question 3. Quelle est votre définition du handicap ?

- Qu'est-ce qu'une personne handicapée pour vous ?
- Qu'est-ce qu'une personne handicapée en prison ?
- Des différences ? Quels types de handicap avez-vous rencontré ? (moteur, sensoriel, intellectuel, psychique, viscéral) ?
- Quels types de handicap peuvent être pris en charge en prison ?
- Comment ?

Question 4. Profession et handicap

- Comment la dimension du handicap s'articule à votre travail (différence avec milieu ouvert ou avec travail en milieu ordinaire).
- Spécialisation, travail en plus, fait partie du travail ; quelle dimension de votre travail est sollicitée ?

- Quel métier vous semble le plus légitime pour prendre en charge le handicap ?

Question 5. Coopération dans les prises en charges

- Avec qui travaillez-vous dans la prise en charge (Spip, médecins, surveillants, direction, professionnels extérieurs).
- Qui fait quoi ?
- Comment ?

Question 6. Organisation du travail de prise en charge

- Organisation du travail autour de la prise en charge.
- Comment repère-t-on une personne handicapée ?
- Quelles sont les procédures à mettre en place ?
- Qui doit les mettre en place ?
- Des grilles utilisées pour détecter et évaluer ?
- Quelles prises en charge existent en général et dans la prison où vous travaillez : cellule aménagée, aide technique, aide humaine (codétenu, AVS, AMP), sport, travail, formation, etc ?
- Comment mettre en place concrètement ?
- Qu'est-ce qu'une prise en charge réussie ?

Question 7. Rapport avec les détenus (en général et handicapés)

- Catégories de détenus ?
- Notion d'égalité ?
- Notion de dangerosité ?
- Vulnérabilité ?

Question 8. Pourquoi des détenus handicapés en prison ?

- Evolution du droit ?
- Les droits sociaux ?
- Dans quelle mesure les détenus handicapés peuvent être incarcérés ?
- Quelle réinsertion pour les détenus handicapés ?

9. Quelque chose à ajouter ?

10. Documents en lien avec la question, des coordonnées d'autres professionnel.le.s, comment contacter les personnes détenues.

**GUIDE D'ENTRETIEN POUR PROFESSIONNEL.LE.S TRAVAILLANT EN
ADMINISTRATION CENTRALE ET REGIONALE**

Perception du handicap

- Comment qualifiez-vous une personne handicapée
- Qu'est-ce qu'une personne handicapée dans votre travail ?
- Quels types de handicap avez-vous rencontré, entendu parler dans votre vie professionnelle ?
- Comment repère-t-on une personne handicapée ? quelles sont les procédures à mettre en place ? qui doit les mettre en place ? des grilles utilisées ?

Prise en charge du handicap

- Quels sont les possibilités de prise en charge proposées par l'administration ?
- Quelles sont les contraintes pour prendre en charge le handicap ?
- Comment voyez-vous l'avancement de la question du handicap en prison
- Quel métier vous semble le plus légitime pour prendre en charge le handicap

Perception générale

- Assiste-t-on à une augmentation de PH en prison (les chiffres indiquent une surreprésentation)
- Quelle est la raison de ces chiffres/de l'émergence de la question du handicap
- La catégorie de l'établissement pénitentiaire influence-t-elle la présence du handicap (catégories détenus)
- Les détenus handicapés ont-ils leur place en prison, dans quelle mesure ?

Comment les professionnels travaillent-ils ensemble

- But poursuivi pour la prise en charge du handicap
- Capacité carcérale ?

Quelque chose à ajouter ?

Si non évoqué, depuis combien de temps en administration pénitentiaire, métier précédents ?

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF PROFESSIONNEL.LE.S

I. Métier – rapport au métier

Comment avez-vous choisi d'exercer en milieu pénitentiaire ?

Comment décririez-vous votre métier ? (Vision du métier ? Quelles qualités et quelles compétences ? Quels buts ? Quelles tâches ? Comment l'exercer en prison ?)

Comment apprend-t-on à travailler avec des personnes détenues ?

Pouvez-vous me décrire l'établissement dans lequel exercez-vous actuellement ? Régimes de détention/régime de vie/quartiers, ailes, étages.

Comment décririez-vous les personnes détenues ? (Profils criminologique/profils pénitentiaires)

Etes-vous en rapport avec d'autres métiers ? De quelle manière ?

Avez-vous exercé (avez-vous eu connaissance) d'autres établissements pénitentiaires ?

Exemples d'autres établissements ?

II. Rapport au handicap

Pouvez-vous me donner des exemples des personnes handicapées détenues ?

Comment faites-vous ? Quelles prises en charge ?

Handicap psychique, Handicap mental, Sensoriel, Moteur, Viscéral/Métabolique, autre, social ?

Qu'est-ce qu'une personne handicapée pour vous ?

Quelles difficultés/quelles spécificités handicap en milieu carcéral – vie quotidienne, vie familiale, vie sociale, travail, études ou formations (que fait une personne handicapée à la détention et que fait la détention à une personne handicapée)

Comment repère-t-on les déficiences dans votre métier ? Que fait la déficience à votre métier ?

Quelles adaptations (formelles, informelles)

Avez-vous eu des enseignements ou une formation pour repérer et travailler avec des personnes handicapées ?

Avez-vous rencontré d'autres personnes handicapées lors de votre carrière ? Quel type de handicap ? Quelles prises en charge ?

III. Rapports - milieu carcéral-métier-déficience

Personnes handicapées : plus ou moins qu'en population générale ? Pourquoi, à votre avis ?

Quelles possibilités de prise en charge en prison ? Quels dispositifs ?

Qui devrait repérer ? Qui devrait initier une prise en charge ? Quel métier devrait s'en occuper ?

Comment cela se reflète dans votre travail ? Comment pourrait-on faire autrement ?

CPU – parle-t-on de handicap ? Même indirectement ? De quoi parle-on ?

Le PEP – qui le fait et comment ?

Egalité (peut-on dire que les personnes détenues sont traitées d'une manière égale ? quelles contraintes en prison)

Réinsertion – participation sociale, comment travaille-t-on ? Par quoi passe une réinsertion ?

Autonomie – comment la prison peut-elle rendre autonome ?

IV. Questions complémentaires

Connaissez-vous la loi 2005 ? Qu'est-ce que la loi 2005 pour vous ? Connaissez-vous le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire ?

Exemples

GUIDE D'ENTRETIEN PERSONNES DETENUES

Présentation de la recherche et accord d'enregistrement

C'est une recherche en sociologie sur le handicap en prison. Peu de recherches existent sur cette question et nous manquons de connaissance sur la vie quotidienne en détention des personnes qui ont un handicap. Elle est mise en place dans plusieurs prisons, je vois des professionnels et des détenus. Je vais vous poser des questions mais surtout je vais vous demander de me raconter comment se passe la vie de tous les jours, comment faites-vous par rapport à votre handicap. Ensuite, si vous êtes d'accord nous allons aborder votre vie d'avant l'incarcération.

Avec votre accord je vais enregistrer notre entretien. Je suis la seule qui vais l'écouter et votre anonymat sera préservé mais les informations que vous me donnez seront utilisées pour analyser votre parcours et peuvent être citées dans un travail universitaire.

Consigne : Vous êtes d'accord pour me parler de la question du handicap en prison. Racontez-moi comment ça se passe en ce moment pour vous ?

Cette consigne vise à comprendre quelle est l'actualité de la personne. Les situations dramatiques n'étant pas rares en prison nous envisageons de comprendre dès le début quelles sont les préoccupations principales de personnes. Cette consigne permet également de voir comment vont se présenter les personnes par elles-mêmes.

Rapport à la peine

- depuis combien de temps êtes-vous en prison
- prévenu ou condamné (selon l'établissement)
- combien de temps encore
- première détention ou pas
- rapport à la peine et la détention

Ces premières questions sont celles généralement abordées au début en prison, que ce soit par les détenus ou les professionnels. Les prisonniers eux-mêmes commencent le plus souvent par donner ces indications. Nous avons exclu de notre guide la toute première question à l'arrivée en détention « pourquoi tu es là ? », ce qui ne veut pas dire que les personnes détenues n'en ont pas parlé.

Rapport à la détention et vie quotidienne en détention

- comment se passe la détention
- seul en cellule ou pas (selon l'établissement)

-par rapport au handicap – quelles difficultés, quels aménagements, quelles négociations identitaires

- la vie quotidienne – se lever, s’habiller, cuisiner et prendre ses repas, promenades, travail, santé, activités

-liens avec l’extérieur – famille, avocat

-les relations carcérale de tous les jours – avec des codétenus, avec des surveillants, avec des officiers, au travail, en promenade

-les relations de réparation – avec des médecins, psychiatres, CPIP, ASS, autres

(Aborder les soins, les aménagements, allocation, aides humaine ou technique)

-préparation à la sortie, projets (aménagements, permissions, RPS). Rapport à la réinsertion

Rapport au handicap

-Quel type

-Survenue du handicap

- Repérage

- Prise en charge précédentes

- Prises en charge en détention

- Connaissance des droits –

- Gestion du handicap en détention – par rapport aux professionnels, par rapport aux autres détenus

La vie avant la détention, parcours institutionnel et rapport aux institutions

-vie familiale

-vie professionnelle

-scolarité, diplômes

- prises en charge du handicap

Annexe 6 Décision du Défenseur des droits n° MLD/2013-24

Décision relative aux conditions de détention des personnes handicapées (Recommandation)

Domaine(s) de compétence de l'Institution : Lutte contre les discriminations

Thème : Fonctionnement service public / Prison/ Handicap

Consultation préalable du collègue en charge de la lutte contre les discriminations

le 11 avril 2013

Synthèse :

Le Défenseur des droits a été saisi le 10 août 2012 d'une réclamation de l'Observatoire international des prisons relative aux conditions de détention de Monsieur Y atteint de surdité profonde. Considérant, notamment l'absence de prise en compte du handicap sensoriel, dans l'aménagement matériel et le choix des modalités de privation de liberté, la situation de Monsieur Y est potentiellement représentative de la situation de nombreuses personnes handicapées. Considérant l'obligation de mise en oeuvre des obligations fixées par l'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation relatives aux établissements recevant du public, pour ce qui concerne l'accessibilité des établissements pénitentiaires neufs et existants, à tous les types de handicap et les obligations de l'Etat au regard de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, le Défenseur des droits souhaite rappeler les obligations qui incombent aux pouvoirs publics en vertu des principes de non-discrimination et de respect de la dignité à l'égard des personnes handicapées incarcérées.

Le Défenseur des droits adresse ses recommandations à la Garde des Sceaux, Ministre de la justice, à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé et à la Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion.

Décision :

RECOMMANDATIONS

En conséquence et au vu de ce qui précède, le Défenseur des droits, rappelant que la prise en compte de la situation d'une personne handicapée doit s'effectuer, au sens de la loi pénitentiaire, dans le cadre d'un examen adapté de sa situation au cas par cas, recommande :

A la Garde des Sceaux, Ministre de la justice :

- ▶ de rappeler aux parquets et aux magistrats du siège l'attention qui doit être portée à la situation particulière des personnes handicapées en raison de leur vulnérabilité ;
- ▶ de rappeler également aux parquets et aux magistrats du siège la nécessité de mettre en place des mesures alternatives à la détention provisoire, en tant que « mesures appropriées », chaque fois que les conditions de détention ne permettent pas de répondre aux exigences fixées par le droit international et la loi pénitentiaire, s'agissant d'un égal accès aux droits et au respect de la dignité ;
- ▶ d'inviter les directeurs interrégionaux des services pénitentiaires et les directeurs d'établissements pénitentiaires à sensibiliser les personnels des établissements pénitentiaires aux droits des personnes handicapées et à leur accueil pendant toute la durée de leur détention, quel que soit leur handicap ;

- ▶ de mettre aux programmes de la formation initiale et continue de l'Ecole nationale de la magistrature et de l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire, des sessions de formation sur les obligations en matière de prise en charge spécifique des personnes handicapées ;

A la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, à la Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et à la Garde des Sceaux, Ministre de la Justice :

- ▶ d'adopter les arrêtés nécessaires à la mise en oeuvre des obligations fixées par l'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation relatives aux établissements recevant du public, pour ce qui concerne l'accessibilité des établissements pénitentiaires neufs et existants, à tous les types de handicap ;
- ▶ de mettre en place un groupe de travail interministériel chargé de faire des propositions en matière de respect des droits et de prise en charge des personnes détenues handicapées, en ce qui concerne, notamment, les mesures appropriées à mettre en œuvre avant, pendant et à la sortie de détention et eu égard aux conditions nécessaires au respect de leur dignité ;
- ▶ d'initier un travail d'actualisation du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice, afin d'intégrer les besoins des personnes handicapées, quel que soit le type de handicap.

Yana ZDRAVKOVA

L'expérience carcérale du handicap

Résumé

Cette recherche porte sur l'expérience carcérale du handicap. Il s'agit d'analyser la manière dont le milieu pénitentiaire rend socialement significatives les particularités physiques et mentales. Mobilisant l'ethnographie multi-située, s'appuyant sur une approche constructiviste et pragmatique, la thèse analyse l'imbrication des catégories politiques, morales et pragmatiques dans la construction des déficiences et donc du handicap en prison. La première partie interroge les liens et les frontières entre le handicap et la peine de prison, construits en tant que catégories de l'action publique, dans une approche historique et autour des droits humains et individuels. La deuxième partie, basée sur une ethnographie menée dans quatre prisons pour hommes, analyse « l'épreuve » que le handicap fait passer au monde carcéral en bousculant le cadre conventionnel qui le sous-tend. Sont appréhendés les régimes d'action et les configurations qui permettent de mettre en sens le handicap. Enfin, la troisième partie se centre sur l'expérience individuelle des hommes détenus (dits ou se disant) handicapés. Dans un milieu où la masculinité représente un référentiel normatif, ils contreviennent à cet « ordre », nécessitant soin et protection.

Mots clés : handicap, prison, frontières sociales, catégorisation, convention sociale, configuration, masculinité, itinéraires moraux

Résumé en anglais

This research focuses on the prison experience of disability. The aim is to analyze the way in which the prison environment makes physical and mental particularities socially meaningful. Mobilizing multi-situated ethnography, based on a constructivist and pragmatic approach, the thesis analyzes the interweaving of political, moral and pragmatic categories in the construction of deficiencies and thus of disability in prison. The first part questions the links and boundaries between disability and prison sentences, constructed as categories of public action, in a historical approach and around human and individual rights. The second part, based on an ethnography carried out in four men's prisons, analyzes the "test" that disability places on the prison world by shaking up the conventional framework that underlies it. It looks at the regimes of action and the configurations that make it possible to make sense of disability. Finally, the third part focuses on the individual experience of male prisoners with disabilities (considered as being, or those who claim to be). In an environment where masculinity represents a normative frame of reference, they contravene this "order", because they require care and protection.

Keywords: disability, prison, social boundaries, categorization, social convention, configuration, masculinity, moral trajectories