Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France

Recherche réalisée avec le soutien de la

Mission de recherche Droit et Justice

– Avril 2012 –

Yves Cartuyvels, CES-FUSL (Bruxelles) ;
Camille Lancelevée, EHESS (Paris) et Centre Marc Bloch (Berlin)
Gaëtan Cliquennois, CES-FUSL (Bruxelles)
Marc Bessin, CNRS-EHESS-Iris, (Paris)
Frédéric Dugué, UPMC (Paris)

Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France

Recherche réalisée avec le soutien de la Mission de recherche Droit et Justice – Avril 2012

Yves Cartuyvels, Professeur de droit et de criminologie, Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés Universitaires de Saint-Louis (Bruxelles)

Camille Lancelevée Doctorante en sociologie, Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris) et Centre Marc Bloch (Berlin)

Gaëtan Cliquennois, Chercheur au Fonds National de la Recherche Scientifique, Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés de Saint-Louis (Bruxelles)

Frédéric Dugué, Interne en médecine (santé publique), Université Pierre et Marie Curie et Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris)

Sous la direction scientifique de :

Marc Bessin, Chargé de recherche au Centre National pour la Recherche Scientifique, Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris)

Yves Cartuyvels, Professeur de droit et de criminologie, Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés de Saint-Louis (Bruxelles)

Le présent document constitue le rapport scientifique d'une recherche réalisée avec le soutien du GIP Mission de recherche Droit et Justice (convention n°210 03 02 18). Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission

Sommaire

Sommaire 4
Introduction 6
Partie I. De la défense sociale en Belgique et en France : contextes institutionnels et légaux 12
Chapitre 1. La prise en charge des « aliénés délinquants » en Belgique 14
1. Le contexte légal et judiciaire en Belgique 14
1.1. Une loi de défense sociale de 1930 visant des « personnes dangereuses » 14
1.2. La psychiatrisation des détenus de droit commun en prison 18
1.3. La faiblesse du contrôle administratif au travers la jurisprudence du Conseil d'Etat et les commissions de surveillance 19
2. Le paysage institutionnel de la défense sociale en Belgique 24
2.1. Le complexe institutionnel de la défense sociale 24
2.2. Les acteurs et la formation 39
Chapitre 2. La dangerosité en question en France 46
1. Y-a-t-il une défense sociale à la française ? 46
1.1. La dangerosité, un vieux concept remis sur le métier 46
1.2. La défense sociale en filigrane 51
1.3. Une carcéralisation de la prise en charge des troubles mentaux ? 56
2. Quand la dangerosité interroge et transforme le champ psychiatrique en France 66
2.1. Calcul de risque et évaluation de la dangerosité : un débat technique ? 68
2.2. Les conséquences de la dangerosité : une « filiarisation » de la prise en charge psychiatrique en prison ? 75
2.3. Se spécialiser pour répondre aux attentes de la justice ? 82
Partie II. Ce que la dangerosité fait aux pratiques 92
Chapitre 1. Défense sociale : entrer, circuler, sortir 94
1. Les méthodes d'enquête 94
1.1. Le choix des terrains 94
1.2. Le choix des méthodes 95
1.3. Limites des terrains choisis et des méthodes utilisées 100
2. L'entrée en annexe psychiatrique et en établissements de défense sociale sous haute surveillance 103
2.1. La protection de la vie humaine au fondement d'un nouveau panoptique 103
2.2. Le travail de catégorisation des arrivants par le prisme de la mission de protection de la vie 107

2.3. La catégorisation et la délimitation des espaces carcéraux comme dimension de protection de la vie humaine 109
3. Les circulations des personnes et des savoirs au sein des établissements 112
3.1. Les concurrences entre savoirs et leurs intensités de circulation 112
3.2. Les circulations des personnes comme enjeu et conséquence de la concurrence des savoirs 113
4. La sortie du circuit de défense sociale : évaluer le risque et encadrer la dangerosité 116
4.1. Le point de départ du travail d'analyse : deux récits de cas vécus 117
4.2. En amont de la décision : le poids du savoir médical dans une logique de contrôle social 132
4.3. L'octroi (ou non) de la libération à l'essai : critères décisionnels et jeux d'acteurs 146
4.4. Les conditions de la libération à l'essai et à leur contrôle : le risque mis à l'épreuve 159
Chapitre 2. Ethnographie d'une prison française ordinaire : le soin à la peine 168
1. Quand le trouble mental bouscule l'ordre carcéral 172
1.1. Du trouble au danger : une « psychiatrisation » de la violence ? 172
1.2. Sollicitude et prévention des risques 175
1.3. Savoir pour mieux prévoir 180
2. Quand l'injonction au partage d'informations questionne le mandat des psychiatres 188
2.1. Le secret médical : une protection contre le « sale boulot » de punir ? 188
2.2. Derrière le secret médical, un conflit de juridiction ? 193
3. Quand la prison devient asile ? 200
3.1. Une « psychiatrisation » de l'univers carcéral ? 200
3.2. Une carcéralisation des « soins psychiatriques » ? 205
Conclusion 212
De la défense sociale en Belgique et en France: des évolutions en miroir 212
Les « flous » de la dangerosité 213
Une prise en charge entre soin et peine 214
Les psychiatres au cœur de la tension 215
Quand la préoccupation de l'avenir parasite le présent ? 216
Liste des sigles 218
Bibliographie 220
Table des matières 230

Introduction

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de l'appel de la mission de recherche Droit et Justice portant sur « la prise en compte de la dangerosité en droit pénal dans les Etat Européens ». Notre équipe a choisi de répondre à cet appel à projet en travaillant la comparaison France / Belgique à un double niveau macro- et microsocial.

Le terme de « dangerosité » apparaît dans deux lois françaises récentes – la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale – et dans les trois rapports qui les ont préparées – rapport Burgelin, rapport Garraud, rapport Lamanda. Ces deux lois et ces trois rapports opèrent comme un lien entre dangerosité, récidive et trouble mental, rabattant ainsi une dangerosité criminologique et psychiatrique : est dangereux celui qui est susceptible de récidiver du fait de troubles mentaux non soignés/soignables. Ainsi, la surveillance socio-judiciaire, proposée par la loi du 12 décembre 2005, est décidée à l'appui d'une expertise psychiatrique « qui fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un *traitement* ». La dangerosité est donc ici envisagée comme un phénomène traitable médicalement. De même, la loi du 25 février 2008 prévoit la création de Centres Socio-*Médico*-Judiciaires de sûreté pour les récidivistes (qui sont donc envisagés comme des personnes nécessitant un traitement, en l'occurrence psychologique / psychiatrique) et révise les conditions de la déclaration d'irresponsabilité pour cause de troubles mentaux, reliant ainsi la question de la récidive à celle de la maladie mentale. En Belgique par contre, des « lois de dangerosité » apparaissent dès la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, sur fond d'un souci majeur qui est de lutter contre la récidive. Elles introduisent aux marges du système pénal classique, fondé sur les principes de la responsabilité morale et d'une peine proportionnée à l'acte, un « droit de sûreté » pour certaines figures spécifiques « oubliées » par le droit pénal classique, telles que les vagabonds, les mineurs, les aliénés délinquants ou les délinquants d'habitude. Parmi ces lois, une *loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude* prévoit un régime spécifique d'internement de sûreté pour les aliénés délinquants considérés comme dangereux pour la société. Réformée en 1964, modifiée en 1998 et à nouveau réformée en 1998, cette législation spécifique traduit dans les pratiques l'influence de l'idéologie du mouvement de défense sociale dont les premiers courants s'affirment en Europe à la fin du XIXe siècle. La question de la dangerosité est donc en Belgique au cœur d'un droit « para-pénal » qui s'est largement et officiellement déployé dans divers secteurs de la déviance, dont celle des aliénés délinquants, tout au long du XXe siècle.

Partant du constat que la « dangerosité » est, dans les débats publics, souvent identifiée à la question de la prévision de la récidive des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, nous nous intéressons à la construction de ce problème social, ainsi qu'aux dispositifs institutionnels qui, dans les deux pays, visent à y répondre. A partir d'une réflexion socio-historique et d'entretiens menés avec différents acteurs clés, il s'agit dans un premier temps d'analyser les différences qui marquent

• • •

nos deux systèmes : si la « défense sociale » est institutionnalisée depuis plus de 80 ans en Belgique, peut-on dire que la France redécouvre depuis une décennie ce mode de gouvernement des personnes détenues ? Dans quelle mesure les « modèles » français et belges diffèrent-ils ? Sur la base d'une enquête ethnographique en France, d'une approche recourant à des méthodes diversifiées en fonction des questions et des terrains de recherche en Belgique (interviews, observation participante, analyse en groupe d'acteurs et de chercheurs), nous interrogeons « ce que la dangerosité fait aux pratiques », c'est-à-dire la façon dont cette « notion » transforme, s'articule ou s'oppose aux pratiques professionnelles à l'œuvre sur le terrain.

• • •

Le danger n'est pas une notion réellement spécifique au champ pénal, tout comme le risque, qui est aussi utilisé dans le domaine industriel ou de l'environnement. On constate cependant une certaine unanimité des scientifiques (sociologues, historiens, psychiatres, juristes) autour de l'aspect flou et ambigu de la notion de dangerosité et de son caractère non scientifique. La notion de « dangerosité » en tant que telle n'a, comme la violence, « pas de contenu précis, même si tout un chacun en a une représentation spontanée » (Chauvenet, 2008) et on pourrait ironiser avec Michel Bénézech qui explique en ouverture de l'ouvrage collectif sur les dangerosités (Bénézech, de Beaurepaire, Kottler, 2004) : « qu'il n'y a rien de plus dangereux qu'un lit puisqu'environ 90% des personnes y passent de vie à trépas. » Les professionnels insistent fréquemment sur le caractère impraticable de la notion : ainsi l'ouvrage collectif sus-cité (Bénézech et alii, 2004) détricote « les dangerosités » en une typologie à trois branches : dangerosité criminologique (risque de récidive), psychiatrique (dangerosité pour soi ou pour autrui du fait de troubles mentaux), et carcérale (comportements violents dans l'univers pénitentiaire).

Notion « séculaire et mutante », la dangerosité est depuis la fin du XIXe siècle « un opérateur de la politique criminelle et même du droit positif » (Danet, 2009). Elle est présente en toile de fond des réflexions de l'école positiviste, puis des théories de la défense sociale mais également, comme le met en évidence Jean Danet, dans le travail de la nouvelle défense sociale. Mutante, cette notion a évolué avec ces différents courants de pensée : mobilisée à la fin du XIXe siècle au nom du déterminisme, elle est aujourd'hui articulée à la question du risque, c'est-à-dire « la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables » (Castel, 1983).

• • •

Dans ce rapport, nous avons eu le souci d'éviter une essentialisation de la dangerosité. Celle-ci est évidemment l'objet d'une construction, la question étant de comprendre comment cette construction a pu être possible, comment elle a réussi à s'inscrire dans un dispositif institutionnel, mais également comment elle est devenue bien « réelle », présente et pesante pour les acteurs de l'univers pénitentiaire.

• • •

Nous considérons donc la « dangerosité » comme une catégorie indigène, une catégorie mobilisée en différents temps par différents acteurs. Construction sociale, cette catégorie a cependant des effets de réel : elle contribue à catégoriser des individus, à transformer des espaces institutionnels, à insuffler des dynamiques et des temporalités de prise en charge, à favoriser certaines pratiques professionnelles. En somme, il s'agit non pas de découper la dangerosité, mais de repérer de quoi elle est le nom. Pour appréhender de façon pragmatique cette catégorie, nous avons choisi d'adopter une approche résolument empirique, fondée sur deux terrains de recherche : en France, nous avons rencontré plusieurs psychiatres travaillant en milieu judiciaire et carcéral et observé pendant plusieurs mois le fonctionnement d'un établissement pénitentiaire et identifié les logiques contemporaines de transformation de l'institution. En Belgique, nous avons rencontré plusieurs responsables d'annexes psychiatriques et de Centres de Défense Sociale (voir infra.) et analysé, par la méthode de l'analyse en groupe, les enjeux professionnels que pose la gestion de ceux que l'on identifie comme « dangereux ».

Un certain nombre d'auteurs proposent une lecture combinée de la dangerosité et du risque. La dangerosité impliquerait ainsi une évaluation en face à face alors que le risque se construirait à partir d'un assemblage plus ou moins abstrait de facteurs de risque (Pratt, 1995). Cet assemblage s'élaborerait à l'aide notamment de techniques statistiques et actuarielles (Castel ; 1981). Cette gestion du risque en devenir est parfois décrite comme un nouveau paradigme de fonctionnement de notre société (Beck, 2001) ou des institutions pénitentiaires (Feeley et Simon, 1992, 1994, 2003). Mais cette nouveauté est relativisée, voire contestée par d'autres auteurs qui considèrent que les techniques actuarielles étaient déjà existantes dans les années 30 et qu'elles relèvent davantage de la modernité que de la postmodernité (Garland, 1997 ; Mary, 2001). Dans ce rapport, nous cherchons à montrer que si la dangerosité s'articule bien à une lecture actuarielle des risques, elle n'est pas devenue le principe directeur des transformations carcérales à l'œuvre. Il s'agit donc de replacer la catégorie de dangerosité dans son contexte, et de ne pas en faire la grille de lecture exclusive des phénomènes observés.

• • •

En première apparence, face à la dangerosité d'auteurs d'infractions « irresponsables », les dispositifs belges et français sont différents : la France, dans la tradition de la responsabilité pénale (article 64 du code pénal de 1810), opèrerait un tri entre les populations jugées irresponsables et les personnes jugées responsables, les premières n'accédant pas à une sanction pénale, mais pouvant, si leur état représente un trouble à l'ordre social, être hospitalisées d'office dans un hôpital psychiatrique voire dans une unité pour malade difficile. Autrement dit, l'irresponsabilité revient à faire glisser les auteurs d'infraction dans une filière d'hospitalisation « civile ». En Belgique, la même logique de tri existe : si l'auteur de l'infraction est considéré comme irresponsable, c'est-à-dire « en état de démence au moment du fait » (art. 71 du Code pénal) ou « dans un état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (art. 1er de la loi de défense sociale), il est orienté vers la filière para-pénale de la défense sociale s'il est reconnu constituer un « danger social ». Cette filière se traduit, pour l'essentiel, par un internement de sûreté, oscillant

entre contrôle et soin, soit en annexe psychiatrique de prison, soit dans un Etablissement de Défense Sociale prévu spécifiquement à cet effet. Pour cette population d'infracteurs jugés irresponsables, la dangerosité est donc le critère déterminant pour justifier l'entrée dans le dispositif de la défense sociale.

La France semble cependant connaître depuis une vingtaine d'années une transformation des principes qui régissent l'affectation des personnes prises dans une procédure judiciaire et présentant des troubles mentaux : en témoigne l'augmentation – ou plutôt la présence massive – de personnes souffrant de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires français. Cette évolution serait liée à des évolutions sociétales : transformations de l'hôpital psychiatrique (voir Lovell, Ehrenberg, 2001) relative désinstitutionalisation de la prise en charge psychiatrique (développement de prises en charge légères de type ambulatoire) durant les années 70 et 80. Certains auteurs pointent également l'évolution des représentations et de la place de la maladie mentale dans nos sociétés (Scheff, 1999). On peut penser par exemple à l'apparition de notions floues comme les troubles du comportement qui renvoient à une définition relative très large de la maladie et rendent compte d'une certaine psychiatrisation des modes de lecture et de prise en charge des conduites. Renneville analyse ainsi dans une comparaison qu'il dresse entre crime et maladie mentale les manières dont les prisons françaises se sont progressivement psychiatrisées en accueillant de façon croissante une population souffrant de maladies mentales (2003). L'étude de Renneville fait d'ailleurs écho aux études épidémiologiques les plus actuelles (Rouillon, 2004).

Nous aimerions dans ce rapport montrer que si la France et la Belgique se sont organisées différemment pour apporter une réponse institutionnelle à la question de la prise en charge des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, il serait absurde de penser que la France découvre cette question à la faveur des années 2000. Nous montrerons également à l'aune des enquêtes empiriques menées dans les deux pays que malgré des différences institutionnelles évidentes, bon nombre de questionnements professionnels sont similaires et comparables.

Notre rapport vise ici à éclairer une zone d'ombre : au-delà des systèmes institutionnels et des cadres législatifs français et belges, quelle forme prend concrètement la prise en charge de ceux que la justice considère comme « dangereux »

• • •

Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé les savoirs-faires de nos laboratoires de recherche respectifs : en France, nous avons élaboré une démarche ethnographique et conduit un terrain de plusieurs mois dans un établissement pénitentiaire (qui sera présenté dans la partie 3). Cette recherche est à mettre en parallèle avec celle que Marc Bessin a mené à la fin des années 1990 (voir Bessin, Lechien, 2000) et qui dressait un bilan des pratiques de soin quelques années après la réforme des soins en milieu pénitentiaire. Elle permet, dix ans plus tard, de prendre la température et de constater qu'une logique de défense sociale a progressé au sein des prisons françaises. Menée par Camille Lancelevée, cette enquête ethnographique se concentre tout particulièrement sur les coopérations, coordinations et conflits professionnels au sein de l'univers pénitentiaire. Le

positionnement des psychiatres (et professionnels du « soin psychiatrique ») nous a semblé central sur le terrain français, c'est pourquoi nous avons entrepris de questionner par entretien quelques chefs de service de SMPR, pour dresser un bilan des représentations au sein de la profession psychiatrique face à ces transformations institutionnelles. Ces entretiens ont été menés en binôme par Frédéric Dugué et Camille Lancelevée, qui ont mis en commun leurs compétences (connaissances médicales de Frédéric Dugué, interne en santé publique et savoirs-faires sociologiques de Camille Lancelevée, doctorante à l'IRIS).

En Belgique, nous avons fait le choix de croiser plusieurs méthodes d'enquête[1]. D'une part, un travail d'observations et des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des professionnels travaillant en annexe psychiatrique de prison et en Etablissements de Défense Sociale pour analyser l'entrée des internés dans les lieux d'internement et leur circulation d'un lieu à l'autre. D'autre part, on a eu recours à un dispositif d'analyse en groupe pour étudier le processus de sortie de la filière de défense sociale : sorties d'établissements. Dès lors que ce processus de sortie associe les interventions et les savoirs de plusieurs acteurs occupant des positions institutionnelles différentes, cette méthodologie, largement pratiquée au sein du laboratoire de recherche belge depuis de nombreuses années, paraissait particulièrement appropriée.

• • •

Notre rapport n'est pas le fruit d'un travail d'historiens, mais la perspective diachronique nous semble nécessaire pour corriger le risque présentiste que comporte tout travail sociologique et à plus forte raison ethnographique. Il s'agit avant tout ici de relativiser le caractère inédit que l'on prête trop souvent aux développements législatifs récents autour de la dangerosité en France. Cette partie ne se focalisera pas uniquement sur les productions législatives : partant du principe que ce qui se passe sur la scène pénale et pénitentiaire n'est pas que l'application stricte du droit positif mais que des pratiques et des comportements se mettent en place entre les lignes du droit et en deçà de celui-ci, nous tenterons de nous « distancier d'un juridisme naïf survalorisant (…) la production normative » (Salle et Chantraine, 2009).

Comment se construit le « problème social » (Lenoir, 1999) de la dangerosité en France et en Belgique ? Dans quelle mesure et à quelles époques devient-il une catégorie de pensée et d'action pertinente susceptible de se voir apporter des solutions et une prise en charge institutionnelle ? Nous verrons ici que la « construction sociale » du problème de la dangerosité est ancienne, qu'elle a traversé les deux pays et donné lieu à deux modes de prise en charge que l'on aurait tort d'opposer frontalement. Si la France n'a pas développé de « centres de défense sociale » dans les années 1930, ce paradigme est présent dans les réflexions professionnelles et dans les pratiques. La décennie 2000 et la mise en place de la rétention de sûreté s'inscrit en ce sens dans une longue histoire et ne constitue pas une véritable rupture. Dans les deux pays, les principes du « doit pénal classique » se combinent avec ceux du « droit positif » pour donner naissance à un système mixte, plus formalisé en Belgique qu'en France, et suscitant de toute évidence moins de résistances professionnelles. La

1 Pour plus de détails, voyez infra, le point « Choix des méthodes » dans la partie belge du rapport.

grande spécificité de la France serait alors plutôt la forte mobilisation des psychiatres, concernés à un double titre par la dangerosité puisqu'ils sont sollicités par le législateur pour l'identifier et la « guérir ».

La première partie du rapport sera donc l'occasion de présenter le système législatif et institutionnel contemporain en Belgique (Yves Cartuyvels) et, en miroir, les évolutions historiques du contexte législatif et institutionnel en France (Camille Lancelevée) mais également les reconfigurations de la profession psychiatrique face à la justice et à la prison en France (Frédéric Dugué et Camille Lancelevée). Nous montrerons que les recherches autour de la mesure actuarielle des risques de récidive ne se résument pas à un débat technique interne, mais s'articulent à un questionnement sur le sens et le mandat de la psychiatrie. Dans une deuxième partie, nous plongerons dans les univers pénitentiaires français et belge. En ce qui concerne la France, nous étudierons les transformations à l'œuvre dans les prisons françaises à partir d'une enquête ethnographique de 5 mois menée dans un établissement pénitentiaire (Camille Lancelevée). Pour ce qui est de la Belgique, nous expliciterons les enjeux de l'entrée dans le circuit de la défense sociale, de la circulation des internés entre prison, annexe psychiatrique et Etablissements de défense sociale (Gaëtan Cliquennois) et de la sortie du dispositif en Belgique (Yves Cartuyvels). Cette mise en regard des terrains français et belge permettra de mettre en évidence des questionnements professionnels similaires, mais ancrés dans des dispositifs institutionnels différents, et qui se traduisent donc en des prises en charge contrastées du « problème » de la « dangerosité ».

Partie I. De la défense sociale en Belgique et en France : contextes institutionnels et légaux

Chapitre 1. La prise en charge des « aliénés délinquants » en Belgique

Fortement influencée par le courant de défense sociale qui se déploie en Europe à la fin du XIXe siècle et au début du XXe, la Belgique va se doter en 1930 d'une législation spécifique destinée à assurer une prise en charge oscillant entre soin et sécurité des « aliénés délinquants ». Après une présentation synthétique de cette législation et de ses principales évolutions jusqu'à aujourd'hui (I), nous évoquerons les dispositifs institutionnels de prise en charge mis en œuvre pour accueillir les « internés » (II). Ce double préalable est nécessaire pour comprendre les divers enjeux et questions abordés dans la deuxième partie du rapport, consacrée à l'approche ethnographique.

1. Le contexte légal et judiciaire en Belgique

Par Yves Cartuyvels

Si la loi de défense sociale de 1930 régit les principales dispositions en matière de défense sociale, le dispositif de défense sociale a été étendu à certains détenus de droit commun au terme de la loi de 1964. Bien que le champ d'application de la défense sociale ait été étendu, cette extension ne s'est pas traduite par un contrôle administratif plus important.

1.1. Une loi de défense sociale de 1930 visant des « personnes dangereuses »

La loi de défense sociale de 1930 prévoit un régime spécifique pour les aliénés délinquants fondé sur une mise en observation, ainsi que des modalités de libération anticipée sur lesquelles statue la commission de défense sociale. Ce régime s'est trouvé davantage juridictionnalisé au terme de la loi de 2007, sans pour autant signifier un changement de philosophie qui demeure marquée par la sûreté.

1.1.1. La loi de 1930 : un régime spécifique pour les aliénés délinquants

En Belgique, la problématique des auteurs d'infraction en état de « démence » va rapidement faire l'objet d'une prise en compte spécifique. Jusqu'en 1930, les « malades mentaux », délinquants comme non délinquants, étaient soumis à un régime commun d'interdiction et de placement sur base d'une loi de 1850. Si l'auteur d'un acte infractionnel était considéré comme irresponsable, l' « aliéné criminel » était traité comme un « aliéné ordinaire » et faisait l'objet d'une mesure de placement ou de « collocation » prise par les autorités communales sur base de l'article 95 de la loi communale, sous le contrôle des autorités judiciaires et avec l'avis (non obligatoire) d'un médecin.

En 1930, une loi de défense sociale à l'égard des anormaux vient « autonomiser » le régime des aliénés délinquants. Traduction de la philosophie dominante à l'époque dans le champ des

politiques criminelles du courant de la « défense sociale » que porte en Belgique à l'époque A. Prins, cette loi met en avant les critères de l'« état dangereux » et de « mesures de défense sociale » pour protéger la société contre les auteurs de crimes et délits que leur irresponsabilité fait échapper à la répression pénale.

Cette loi présente par ailleurs la particularité de prévoir un chapitre VII consacré à la « mise à disposition du gouvernement » des récidivistes, auxquels seront ajoutés les « délinquants d'habitudes » en 1964 et les « auteurs de certains délits à caractère sexuel » en 1998, au nom de la « structure déviante de la personnalité » dont témoignent les délits visés. Le régime ici prévu est une « mise à disposition du gouvernement », facultative ou obligatoire selon les cas, régulièrement synonyme d'une mesure d'internement à durée déterminée (5 à 10 ans ou 20 ans) après exécution de la peine.

Si les mesures prévues pour les deux types de population envisagées par la loi de défense sociale sont partiellement différentes, une association est faite sur le plan légistique entre les « aliénés criminels » et certains « criminels non aliénés » au nom de leur commune dangerosité supposée et d'un même souci de « défense sociale ».

1.1.2. Les « aliénés délinquants » : un régime de « défense sociale » fondé sur la « mise en observation » et l'« internement »

Se situant de manière complémentaire bien plus qu'alternative à la répression pénale, la loi de défense sociale de 1930, modifiée par la loi du 1er juillet 1964, institue deux mesures spécifiques à l'égard de l'auteur de faits « qualifiés crimes ou délits » atteint de « démence » (art. 71 du Code pénal) ou qui se trouve dans « un état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (art. 1er de la loi de défense sociale).

La première mesure est la *mise en observation* de l'inculpé qui laisse entrevoir une déficience mentale au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison : cette mesure, préalable à la décision sur l'irresponsabilité pénale de l'inculpé et à son orientation subséquente vers le circuit de la défense sociale, peut être prise au stade de l'instruction par les juridictions d'instruction ou au stade du jugement par les juridictions de fond (art. 1er de la loi de défense sociale). Elle est considérée comme une « modalité d'exécution du mandat d'arrêt ou de la détention préventive » (Vandermeersch, 2008, 119) et destinée à améliorer les conditions de l'examen mental de l'inculpé préalable à une décision sur sa responsabilité pénale. L'expertise est ici clairement conçue comme une aide à la décision pour le juge. Dirigée par l'expert psychiatre, lequel peut se faire assister par des experts psychologues, l'expertise débouche sur des rapports entre juges et experts psychiatres oscillant entre collaboration et instrumentalisation réciproque (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010). Unilatérale, cette expertise pèse fortement sur la trajectoire ultérieure de l'interné et est régulièrement remise en cause par les tenants d'une expertise « contradictoire ».

La deuxième mesure est une mesure « de défense sociale » qui se substitue à la peine, dès lors qu'au moment du jugement l'auteur est dans un des états prévus par la loi et qu'il constitue un « danger

social », critère non spécifiquement prévu par la loi mais dégagé par la jurisprudence. Aux termes de la loi de 1930, la *mesure d'internement* n'est pas considérée comme une peine, même si cela sera déjà contesté par certains commentaires autorisés à l'époque de sa promulgation (Cornil, 1929, 14) : les faits n'étant pas « imputables » à leur auteur, lequel est considéré comme « irresponsable », celui-ci échappe à la sanction pénale. Il s'agit d'une « mesure mixte », « mesure de sécurité sociale et d'humanité », dont le but est de « mettre le dément ou l'anormal hors d'état de nuire et, en même temps, de le soumettre, dans son propre intérêt, à un régime curatif scientifiquement organisé »[2]. L'internement est donc une mesure hybride qui oscille entre souci sécuritaire (protéger la société contre des individus dangereux qui échappent à la sanction pénale) et objectif curatif. Il s'agit dans les faits d'une *mesure d'internement à durée indéterminée* qui ne peut être levée que lorsque l'état mental de l'interné est « suffisamment amendé pour qu'il y ait lieu de croire qu'il ne constitue plus un danger social » (art. 18, de la loi de 1930). Si la loi de 1930 prévoyait des termes d'internement – 5 ans, dix ans, 15 ans – susceptibles d'être prolongés, la loi de 1964 a fait disparaître ces termes temporels, transformant un régime de « durée indéterminée relative » en un régime de « durée indéterminée absolue » (van de Kerchove, 2010).

Dès le départ, la mesure d'internement, parfois considérée d'entrée comme une « sentence d'élimination » (Doc. Parl., Chambre, 1927-1928, n°11, cité par van de Kerchove, 2010), doit en principe être exécutée dans un lieu spécifique, « prison-asile » ou « asile-prison » (van de Kerchove, 1983, 138). Il s'agit d'éviter que les aliénés ne se retrouvent en prison avec de « simples criminels » ou en maison de santé ordinaire avec les « simples malades ». Dans les faits, devant la difficulté financière de construire des établissements intermédiaires spécifiques, les annexes psychiatriques de prison vont rapidement s'imposer comme lieu d'internement, au-delà de leur fonction première de mise en observation. Par la suite, en Belgique francophone, trois « établissements de défense sociale », un pour femmes et deux pour hommes, seront créés, ce qui ne sera pas le cas en Région flamande. Par ailleurs, la loi de 1964 réformant la loi de 1930 permettra également l'internement dans un établissement privé « approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner ». Cette formule, qui revient à interner dans les ailes sécurisées d'hôpitaux psychiatriques, sera beaucoup plus utilisée en Région flamande, notamment dans le cadre de la libération à l'essai des internés.

1.1.3. Un acteur clé : la commission de défense sociale

Clé de voûte du système de défense sociale, une « *commission de défense sociale* », composée d'un magistrat (président), du psychiatre de l'annexe psychiatrique de l'établissement pénitentiaire et d'un avocat, est créée. Une fois la décision sur l'irresponsabilité pénale prise par la juridiction d'instruction ou la juridiction de fond, c'est cet organe judiciaro-médico-administratif qui prend le relais décisionnel. La commission de défense sociale désigne l'institution d'internement, décide le transfert éventuel de l'interné vers un autre établissement et statue sur la libération à l'essai ou à titre définitif de l'interné, le tout au terme d'une « collaboration médico-judiciaire clairement institutionnalisée » (van de Kerchove, 2010).

2 Cassation belge, 25 mars 1946, Pasicrisie, I, 1946, p. 116.

Le système de défense sociale est donc un régime qui se caractérise par sa subjectivation et sa médicalisation. En rupture avec les principes classiques d'un « droit pénal de l'acte » fondé sur la légalité des infractions et des peines, la proportionnalité de la peine à la gravité de l'acte, le système de « défense sociale », ici largement associé à la loi du même nom, traduit l'évolution vers un « droit pénal de l'agent » surdéterminé par les questions de la dangerosité de l'interné ou du futur interné et de la sécurité de la société face au risque de récidive.

1.1.4. La loi de défense sociale réformée en 2007 : l'accroissement de la judiciarisation pour une philosophie de « sûreté » inchangée

En 2007, le système de la loi de défense sociale a fait l'objet d'une réforme légistique qui ne s'est pas encore concrétisée dans la pratique et ne le sera pas avant 2013. La volonté du législateur est ici de scinder le régime des « aliénés criminels » et celui des récidivistes, des délinquants d'habitude (catégorie supprimée par la nouvelle loi) et des auteurs de certains délits sexuels, pour mettre fin à une « confusion de genre ». On estimera que « le statut des délinquants souffrant de troubles mentaux ne peut en effet pas être confondu avec celui des récidivistes et des délinquants d'habitude qui, eux, ne souffrent pas de troubles mentaux », même si tous représentent « un danger pour la sécurité de la société » (Exposé des motifs, Doc. Parl., Sénat, 2006-2007, n_3-2054/1, 4).

Pour régler le sort des « aliénés délinquants », une loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental abroge et remplace la loi de défense sociale, à l'exception du chapitre VII. Ce chapitre VII, qui vise la catégorie résiduaire des récidivistes, délinquants d'habitude et auteurs de certains délits sexuels, est abrogé et remplacé par une loi du 26 avril 2007 sur la mise à la disposition du tribunal de l'application des peines.

La philosophie de ces lois nouvelles ne change pas fondamentalement la logique de « défense sociale » prévue auparavant par la loi de 1930-1964. Pour les auteurs d'infraction « atteints d'un trouble mental », le principe d'une *expertise psychiatrique* (devenue obligatoire en cas de décision d'internement) est reconduit, avec ou sans régime de mise en observation selon les cas (art. 5 et 6 de la loi). Si l'expertise, qui reste « unilatérale », est réalisée sous la responsabilité du psychiatre, il est précisé que recours pourra être fait à d'autres types d'expertises (psychologiques, criminologiques, sociales) (Exposé des motifs, 9). L'*internement* reste la mesure principale envisagée à l'égard de « l'auteur d'un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement », atteint « au moment du jugement d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes » et qui présente le danger de « commettre de nouvelles infractions en raison de son trouble mental » (art. 8 de la loi). Il s'agit toujours d'une « mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à l'interné les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société » (art. 2 de la loi). L'exécution de la mesure d'internement reste prévue dans « des établissements ou sections de défense sociale organisés par l'autorité fédérale, soit parmi des établissements organisés par des institutions privées, les communautés ou les régions, ou par les autorités locales ». En clair, les annexes psychiatriques de prison, les établissements de défense sociale (dont la construction est prévue en Région flamande) et

les hôpitaux psychiatriques classiques comportant une aile sécurisée. Enfin, la commission de défense sociale est remplacée par le *tribunal de l''application des peines* comme organe central de l'exécution de la mesure (désignation du lieu d'internement, décision de transfert, libération à l'essai, puis définitive), ce qui traduit une judiciarisation de l'exécution de la mesure.

Pour ce qui est de la catégorie résiduaire des personnes visées au chapitre VII de la loi de défense sociale, la nouvelle loi du 26 avril 2007 n'utilise plus les dénominations de « récidivistes » ou de « délinquants d'habitude », cette dernière catégorie étant devenue largement obsolète dans la pratique. La loi nouvelle vise de manière plus large des « personnes ayant commis certains faits graves portant atteinte à l'intégrité physique des personnes », distinguant plus précisément les auteurs d'une « récidive de crime sur crime » et les auteurs d'un acte présentant un « caractère particulièrement odieux », soit des infractions qui « de par leur nature même font particulièrement craindre que la personne qui les a commises représente un danger grave pour la société » (exposé des motifs, Doc. Parl., Sénat, 2006-2007, n°2054/1, 5 et 6). Modification importante sur le plan institutionnel, la mise à disposition du gouvernement est ici remplacée par la mise à disposition du tribunal de l'application des peines. C'est donc ici aussi un organe judiciaire qui est dorénavant chargé de l'exécution de la mesure de mise à disposition après la peine, mesure qualifiée tantôt de « peine complémentaire qui vient s'ajouter à la première peine prononcée par le Tribunal » (Doc. parl, Sénat, 2006-2007, n°3-2054/1, 2), tantôt de « mesure de sécurité », tantôt de « période de sûreté supplémentaire » (idem, 10 et 11).

1.2. La psychiatrisation des détenus de droit commun en prison

C'est un lieu commun de dire qu'il est des « fous » ou des « psychotiques » en prison, non pas dans les annexes psychiatriques, mais bien dans les quartiers de droit commun. A cet égard, la loi de 1964 a introduit la possibilité d'interner les condamnés pour crimes et délits qui, au cours de leur détention, « sont reconnus en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actions » (art. 21 de la loi de 1930-1964). Cette procédure, qui est *a priori* soucieuse de permettre l'accès au soin à un détenu qui « décompense » en prison, semble cependant également répondre à d'autres objectifs, qu'il s'agisse d'éviter de libérer un détenu considéré comme dangereux arrivé en fin de peine ou de transférer vers un autre établissement un détenu considéré comme problématique. L'expertise psychiatrique qui précède la décision – prise par le ministre de la justice sur base d'un avis de la commission de défense sociale (art. 21 de la loi) - pose également question dans la mesure où il s'agit d'une expertise interne à l'établissement pénitentiaire. Si la décision de placement en article 21 semble relativement aisée, à l'inverse, la levée de l'article 21 semble plus compliquée. Cette décision suppose que « si avant l'expiration de la durée prévue pour la peine, l'état mental du condamné est suffisamment amélioré pour ne plus nécessiter son internement, la commission le constate et le Ministre ordonne le retour du condamné au centre pénitentaire » pour qu'il purge le restant de sa peine (art. 21, al. 3). Dans la pratique, la levée de l'article 21 semble plutôt rare, ce qui signifie que, une fois placé « en article 21 », le condamné reste inscrit dans le circuit de défense sociale pour une durée indéterminée,

étant soumis aux mêmes conditions de libération que les autres internés (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, 178-183).

Ce dispositif de renvoi a été prorogé par la nouvelle loi de 2007, dont le Titre V est consacré à « l'internement des condamnés ». La décision d'internement est ici confiée au tribunal de l'application des peines, suite à une expertise psychiatrique qui répond aux conditions générales de l'expertise psychiatrique prévue par la loi.

La juridictionnalisation de la défense sociale pourrait conduire à l'accroissement du contrôle judiciaire sur les décisions prises en la matière, mais en pratique, il n'en est rien.

1.3. La faiblesse du contrôle administratif au travers la jurisprudence du Conseil d'Etat et les commissions de surveillance

Le contrôle administratif, qui pèse sur les décisions prises par l'administration pénitentiaire à l'égard des détenus, se révèle assez pauvre au regard notamment de la France. La faiblesse du contrôle administratif tient en Belgique à la fois à la jurisprudence restrictive du Conseil d'Etat et au contrôle limité exercé par les commissions de surveillance.

1.3.1. La jurisprudence du Conseil d'Etat et le champ d'application très large des mesures d'ordre intérieur

Le Conseil d'Etat belge se révèle compétent pour le contentieux d'annulation pour formes substantielles et contrôle de légalité, ainsi que pour les recours formés pour motif d'excès de pouvoir. La procédure de suspension d'une mesure administrative devant le Conseil d'Etat s'effectue pour sa part à 2 conditions : le moyen invoqué doit être sérieux et le risque doit s'exercer à 2 niveaux, le préjudice devant être grave et difficilement réparable.

Contrairement à la situation française où le Conseil d'Etat a considérablement étendu son contrôle sur les mesures pénitentiaires (Da Silva, 2009), le contrôle de légalité opéré par le Conseil d'Etat demeure extrêmement limité en raison de ce qu'il considère de nombreux domaines décisionnels comme des mesures d'ordre intérieur restant à l'entière discrétion de l'administration pénitentiaire (De Jemeppe, 2012). Ainsi, dans un arrêt de 2003 (De Smeet), le Conseil d'Etat a considéré que les décisions justifiées par des considérations relatives à la sécurité des établissements pénitentiaires ne sont pas susceptibles de recours devant lui. Par exemple, le transfert d'un détenu d'un établissement vers un autre, le maintien en régime strict, le transfert vers une annexe psychiatrique ou l'interdiction de visite au motif qu'elle constitue une occasion de fournir le détenu en substance illicite ont été considérés comme des mesures échappant à son contrôle lorsqu'elles sont motivées par des considérations de sécurité ou de prudence (De Jemeppe, 2012). De même, est jugée comme mesure d'ordre intérieur la décision prise par un chef d'établissement de défense sociale (EDS) de muter un détenu du pavillon communautaire (régime portes ouvertes) au pavillon carcéral de l'EDS si cette mutation est exclusivement ou principalement dictée par un souci de sécurité ou de prudence (arrêt Wagner, 10/10/2003).

Le seul contentieux pour laquelle le Conseil d'Etat s'est entièrement déclaré compétent concerne les sanctions disciplinaires au motif de ce que ces dernières poursuivent explicitement une finalité punitive en réponse à un manquement disciplinaire ou à un comportement fautif. Ainsi, en 2012, le Conseil d'Etat a par exemple annulé une sanction de 30 jours d'interdiction de préau pour insuffisance et contradiction de motivation. Le contrôle du Conseil d'Etat se limite toutefois à examiner la conformité de la procédure disciplinaire au caractère contradictoire des débats et au droit à un procès équitable (droit à la défense, motivation de la décision) consacré par l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (arrêt Taïbi, 07/03/2011). En la matière, la Conseil d'Etat a estimé que les sanctions disciplinaires trouvent entièrement à s'appliquer à la catégorie des internés souffrant de graves troubles mentaux (arrêt Lambrechts, 10/07/2010).

En outre, le Conseil d'Etat s'est appuyé sur la séparation des pouvoirs pour affirmer son incompétence, les mesures de l'administration pénitentiaire relevant selon lui presqu'exclusivement du pouvoir judiciaire. Ceci confère par conséquent une immunité juridique à l'administration pénitentiaire revenant de fait dans de nombreux cas à l'exonérer de toute responsabilité. Ainsi, s'il s'est déclaré au départ compétent pour la mesure de surveillance électronique dans un arrêt du 16 novembre 2000 (n°90826), il est ensuite revenu sur cette position en refusant de recevoir des recours relatifs aux mesures d'exécution des décisions judiciaires. C'est pour cette raison qu'il s'est déclaré incompétent pour les transferts qui ont un lien avec la peine de prison prononcée par les cours et tribunaux (arrêt Daoidi, 03/03/2011, n° 211785). Le même sort est réservé aux demandes de congé pénitentiaire qui sont l'équivalent des permissions de sortie en France. Le Conseil d'Etat se déclare d'autant plus incompétent en la matière (relative au congé pénitentiaire) qu'il existerait un recours judiciaire qui n'est toutefois pas effectif jusqu'à présent.

Il est étrange de constater que la cour de cassation considère que l'administration pénitentiaire agit comme autorité administrative en vertu de son pouvoir discrétionnaire de décision. Néanmoins, il reste que le pouvoir judiciaire est compétent pour réparer l'atteinte à un droit subjectif sur base des articles 1382 et suivants du code civil qui vise la responsabilité pour faute (à savoir tout manquement volontaire ou involontaire à une disposition internationale ou nationale), et cela conformément à la jurisprudence de la cour de la cassation depuis un arrêt de 1920 (De Béco, 2012). Cette jurisprudence a été confirmée par un arrêt de 2005 de la cour de cassation qui dispose que la transgression volontaire d'une disposition légale et réglementaire relève de la compétence des cours et tribunaux (De Béco, 2012). En pratique, le recours devant la cour de cassation peut s'exercer après déclaration d'incompétence du Conseil d'Etat. Ceci explique notamment pourquoi les recours devant la cour de cassation sont pratiquement inexistants jusqu'à présent.

Au final, on constate en matière pénitentiaire et de défense sociale, et cela au contraire de la France, une faiblesse des recours juridictionnels qui est liée à la fois à ce que le Conseil d'Etat se trouve mal outillé pour contrôler ce type de contentieux (le contrôle de légalité impliquant en principe un contrôle assez pauvre), et à la moindre activité de recours des détenus et des associations de protection des droits de l'homme. L'amplitude de l'activité de recours dépend en effet notamment du niveau de mobilisation croisée des détenus, des familles de détenus, des instances de protection

des droits de l'homme et des avocats très souvent liés à ceux-ci (Cliquennois et Chantraine, 2009), des moyens financiers dont disposent les associations militantes (Epp, 1998 ; Mc Cann, 1994) et du type de culture juridique dans lequel s'inscrit le pays considéré (Scheingold, 2004). Il apparaît que la stratégie de recours est faiblement investie par ces différentes catégories d'acteurs. L'une des raisons probables de cette désaffection tient au coût financier des recours et au manque de moyens qu'ont les associations de protection des droits de l'homme comparés à ceux des associations française : l'OIP France compte ainsi une quinzaine de salariés dont un juriste spécialisé dans la « guérilla juridique », alors que l'OIP Belgique n'en compte aucun, quand à la Ligue des droits de l'homme Belgique, si elle possède une commission prison, la condition carcérale n'occupe pas le principal de son temps et son action orientée vers d'autres causes et contentieux. Les autres explications de la faiblesse des recours judiciaires sont probablement à trouver dans le temps considérable que ces derniers exigent, ainsi que dans la difficulté de réunir pour les avocats des compétences plurielles en droit administratif, en droit pénitentiaire en droit judiciaire (Dejemeppe, 2012). Une autre raison plus structurelle est certainement liée à la correspondance entre la situation sociale et les catégories sociales auxquelles appartiennent des détenus et la faiblesse des recours devant les juridictions administratives dont on sait qu'elles privilégient les dispositions sociales, culturelles et économiques des administrés (Spire, 2011). Il résulte de cette conjonction de phénomènes que l'administration pénitentiaire dispose en matière de défense sociale d'un pouvoir discrétionnaire extrêmement important qui fait contraste avec la situation française. La seule limite de ce pouvoir est de servir la logique sécuritaire et prudentielle encouragée par la plus haute juridiction administrative, en même temps que cette rationalité sécuritaire justifie le caractère discrétionnaire du pouvoir détenu par l'administration pénitentiaire et sa suprématie sur le travail médical : « *il y a un contrôle et un fichage constants des activités des autres professionnels par les agents qui ne supportent pas de ne pas savoir. Il y a une sensibilité paranoïaque des lieux. Les agents tentent en permanence d'anticiper un danger potentiel. Il est par exemple impossible de voir seuls les détenus au cachot. C'est un véritable fantasme de la sécurité qui permet de tout justifier à l'image du sarkozysme. C'est un argument irréfutable qui rend difficile, voire impossible le travail des psychiatres. Cela va contre l'idéal du patient* » (psychiatre, service soin de l'annexe psychiatrique de Forest).

Le caractère discrétionnaire des mesures pénitentiaires est renforcé encore par la pauvreté du contrôle exercé par les commissions de surveillance et le conseil central chapeautant ces commissions.

1.3.2. Le faible pouvoir de contrôle des commissions de surveillance et du conseil central de surveillance

Le pouvoir de contrôle des établissements pénitentiaires et des établissements de défense sociale est confié aux commissions de surveillance au terme de l'arrêté royal du 04/04/2003 qui se substitue à l'arrêté royal de 1965 régissant la vie en établissements pénitentiaires. Ces commissions de surveillance, chacune compétente pour contrôler un établissement pénitentiaire, se trouvent chapeauté par le Conseil central de surveillance pénitentiaire. Ce dernier détient des pouvoirs assez limités, puisque s'il possède un pouvoir d'interpellation du gouvernement et de remise d'un rapport

annuel au parlement, il se trouve dépourvu de tout pouvoir d'investigation. Surtout, il ne possède pas de moyens financiers et se trouve sous l'entière dépendance du Ministère de la Justice à qui il doit présenter son rapport annuel (Laurent, 2012).

A la différence du contrôleur général des lieux privatifs de liberté en France dont l'existence est liée à la ratification du protocole additionnel de la convention de l'ONU de 2002 (protocole que la Belgique a signé, mais non ratifié), les commissions de surveillance sont composées non de professionnels, mais de citoyens et de 3 notables, tous bénévoles, à savoir un médecin, un avocat et un juge. Le contrôle prend essentiellement la forme de la visite et non de l'analyse, les commissions de surveillance pouvant en principe accéder à tout moment aux établissements. En pratique, elles se rendent une fois par semaine dans l'établissement pour lequel elles ont compétence et visitent notamment les cachots et les détenus qui se plaignent (Funck, 2012).

Si la loi pénitentiaire Dupont du 12 janvier 2005, soit l'équivalent belge de la loi pénitentiaire française du 24 novembre 2009, organise un droit de plainte devant la commission de surveillance, en pratique, on observe que ce droit n'est pas mis en œuvre et ne connaît pas de suite, en raison de ce qu'une série d'arrêtés royaux portant application de la loi pénitentiaire de 2005 ne sont pas entrés en vigueur. De fait, très peu de plaintes émanent des détenus. Par exemple, le nombre de plaintes en 2007 n'étaient que de 37 à Gand, 83 à Dermond, etc. Ces plaintes ne sont en effet pas relayées au niveau politique puisque le conseil central de surveillance a suspendu depuis un certain temps ses activités en raison notamment de l'absence de secrétariat (Laurent, 2012). Le médiateur fédéral a alors eu tendance à se substituer au conseil central en recueillant ces plaintes, mais sans que l'on ne voit pour l'instant l'efficacité réelle de ce relais (De Jemeppe, 2012). Les sujets de plainte concernent essentiellement le transfert des détenus, le régime disciplinaire, les aménagements de peine, les activités, des décisions jugées arbitraires, des comportements autoritaires, des propos racistes, un acharnement de surveillance, des refus de travail non motivés, des objets volés, des soins de santé et traitements médicaux inadaptés (surdosage) ou inexistants, des problèmes d'hygiène (matelas en mousse, pas de drap…), etc. (Funck, 2012).

Enfin, à l'instar de ce qu'il existe en France, des visites parlementaires sont organisées de temps en temps. Il s'agit généralement pour les parlementaires de recueillir de informations afin d'assurer un contrôle minimal sur l'administration pénitentiaire et de légiférer de manière adéquate. Néanmoins, ce droit de visite demeure de portée extrêmement limitée en raison de la nécessité de l'autorisation préalable du Ministère de la Justice qui prévient les établissements de la visite, de sorte que les visites d'établissements ne sont jamais impromptues. Certes, les parlementaires peuvent obtenir des relais d'informations par les avocats, les visiteurs de prison et des organismes privés, mais ces informations soient largement filtrées et questionnées par ces parlementaire eu égard à leur degré de fiabilité.

Par conséquent, le contrôle sur les décisions d'affectation en établissements défense sociale, et sur l'ensemble des décisions prises en annexe psychiatrique et en établissements de défense sociale demeurent sans réel contrôle effectif jusqu'à présent. Il faut y voir probablement l'une des raisons à

la situation de puissance dans laquelle se trouve l'administration pénitentiaire au sein des annexes psychiatriques et des établissements de défense sociale qui relèvent du Ministère de la Justice, comme ne manque pas de relever d'ailleurs le directeur de l'annexe psychiatrique de Forest : « *L'autonomie professionnelle de la direction est forte pour ce qui concerne le régime des détenus. On a juste besoin de l'administration centrale en cas de transfert* », ainsi qu'un psychiatre du service expertise de l'annexe de Forest : « *Le directeur de l'annexe est un empereur, il a un pouvoir absolu à l'annexe. On aimerait, nous psychiatres faire de l'annexe une petite clinique psychiatrique, avoir un régime communautaire pour les patients, mais c'est une utopie car c'est le directeur qui décide de tout* » (psychiatre, service expertise de l'annexe psychiatrique de Forest).

Néanmoins, l'administration pénitentiaire est loin d'être le seul acteur intervenant dans le paysage institutionnel de la défense sociale belge. C'est précisément ce paysage qu'il nous faut désormais détailler.

2. Le paysage institutionnel de la défense sociale en Belgique[3]

Par Yves Cartuyvels et Gaëtan Cliquennois

La loi de défense sociale de 1930, telle que modifiée par la loi de 1964, prévoit donc un dispositif d'internement organisé à titre principal autour de la création des « établissements de défense sociale » et à titre subsidiaire autour d'« établissements privés », soit des hôpitaux psychiatriques classiques dotés des structures appropriées. Dans la pratique, en Belgique francophone, l'internement se déroule aujourd'hui principalement dans les établissements de défense sociale mais aussi dans les annexes psychiatriques de prison, dont ce n'était pas la fonction première. Par ailleurs, annexes et EDS ne dépendent pas tous de la même autorité de tutelle, ce qui entraîne des différences d'organisation et de fonctionnement. En Région flamande, les internés le sont majoritairement dans les annexes psychiatriques et dans les hôpitaux psychiatriques.

Ce paysage institutionnel se complète des formations en santé mentale dispensées aux différents professionnels travaillant en annexe psychiatrique et en EDS.

2.1. Le complexe institutionnel de la défense sociale

Les institutions composant le complexe de la défense social sont constitués à la fois des annexes psychiatriques situées dans des établissements pénitentiaires et des établissements de défense sociale, certaines dépendant du Ministère de la Justice et d'autres du Ministère de la Santé.

2.1.1. Annexes psychiatriques, Etablissements de Défense Sociale (EDS) et hôpitaux psychiatriques : trois lieux d'internement au lieu de deux prévus par la loi

On l'a souligné plus haut, deux mesures principales sont au fondement du régime de défense sociale en Belgique : la mesure préalable de mise en observation et la mesure d'internement. La « mise en obs », comme on l'appelle dans le jargon professionnel, s'effectue dans l'«annexe psychiatrique » d'un établissement pénitentiaire. La création des annexes remonte à 1921 (Van de Kerchove, 1983, 356). La fonction première de l'annexe psychiatrique est donc de permettre l'observation de l'inculpé afin de déterminer si son état mental justifie ou non un diagnostic d'irresponsabilité pénale et de dangerosité sociale exigeant son internement.

Aux termes de la loi de 1930, la mesure d'internement proprement dite doit s'effectuer dans « un des établissements spéciaux déterminés et organisés par le gouvernement » (art 7)[4], soit dans un des établissements de défense sociale (EDS) prévus à cet effet. Comme le souligne M. van de Kerchove (1988, 138), c'est l'idée qu'on peut être à la fois « aliéné *et* criminel » et que ces deux catégories ne

3 Ce point, que nous avons eu l'occasion de travailler à divers endroits, est une reprise synthétique de la présentation proposée dans Y. CARTUYVELS, B. CHAMPETIER, 2010, pp. 615-645.

4 La formulation reprise dans la loi de 1964 parle, quant à elle, « des établissements organisés par le gouvernement » (art. 14 de la loi de 1964),

s'excluent pas qui imposera « le projet de création d'un lieu spécifique et intermédiaire entre la prison et l'asile, avec ces « établissements de défense sociale », qualifiés parfois, de manière symptomatique, de «prison-asile » ou d'«asile-prison ». Par ailleurs, la loi de 1930 n'exclut pas le choix « d'annexer un asile à une prison », soit de créer des « quartiers spéciaux » au cœur de l'établissement pénitentiaire si la création d'institutions spéciales n'est pas possible ou ne l'est pas suffisamment (van de Kerchove, 1983, 356). Elle prévoit dès lors que l'interné peut aussi être « dirigé sur l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire » (art.7). A ce dispositif, l'article 14 de la loi de 1964 ajoutera deux choses : d'abord, il précise que l'internement dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire ne peut avoir qu'un caractère « transitoire », confirmant par là l'idée que l'internement doit en principe avoir lieu dans un établissement spécial situé en dehors de la prison ; ensuite, il prévoit que la commission de défense sociale - l'organe qui désigne l'établissement d'internement – peut « pour des raisons thérapeutiques et par décision spécialement motivée, ordonner le placement et le maintien dans un établissement approprié quant aux mesures de soin et de sécurité à donner ». Autrement dit, la loi de 1964 introduit la possibilité de placer ou de transférer l'interné vers un hôpital psychiatrique « classique » comportant une aile sécurisée.

Dans la pratique, le réseau des institutions susceptibles de recevoir des internés est plus complexe qu'il n'y paraît. Une première distinction est à opérer entre la partie Sud (francophone) et Nord (néerlandophone) du pays, où les régimes d'internement sont sensiblement différents. Pour ce qui est de la partie francophone du pays, trois types de lieux d'internement sont *de facto* à distinguer. Le premier est *l'annexe psychiatrique de prison*. De lieu de mise en observation, l'annexe s'est progressivement transformée en lieu d'internement provisoire, dans l'attente d'un transfert de l'interné vers un établissement de défense sociale, puis en lieu d'internement de longue durée, en raison notamment de la constante saturation des EDS. Cette situation, contraire au prescrit de la loi de 1964 qui évoque clairement le caractère « provisoire » de l'internement en annexe psychiatrique, a valu à la Belgique une condamnation par la Cour Européenne des droits de l'homme en 1998[5]. Elle perdure néanmoins largement aujourd'hui. Les *établissements de défense sociale* constituent la deuxième catégorie de lieux d'internement : ils sont au nombre de trois, deux pour hommes et un pour femmes, mais soumis à des autorités de tutelle et à des régimes de fonctionnement différents. Enfin, les « *établissements appropriés* » prévus par l'article 14 de la loi de défense sociale sont des hôpitaux psychiatriques privés subventionnés. En Belgique francophone, le recours à ce type d'établissements semble rare - environ 80 personnes en 2004 (Cosijns *et al.*, 2008, 368) - et s'effectue principalement dans la perspective de la préparation d'une « libération à l'essai », c'est-à-dire en fin de parcours d'internement. A la différence des EDS, ces hôpitaux psychiatriques disposent d'un pouvoir d'acceptation ou de refus des internés, et la peur qu'inspire une population « dépotoir » provoque plutôt un réflexe de fermeture que d'accueil à leur égard.

En Région flamande, les établissements de défense sociale prévus par la loi n'ont pas été créés jusqu'ici. Dans cette partie du pays, le choix a été fait de tabler à la fois sur les capacités d'accueil des hôpitaux psychiatriques classiques, apparemment plus ouverts aux internés que ceux du Sud du

5 Cour.eur. D.H., 30 juillet 1998, arrêt Aerts c. Belgique

pays (Vandenbroucke, 2009, 95) et sur celles des annexes psychiatriques de prison. Actuellement, en Région flamande, deux tiers des internés le seraient dans les hôpitaux psychiatriques classiques, le tiers restant séjournant en annexe psychiatrique de prison (Cosijns *et al.*, 2008, 82). Dans cette Région, pour répondre aux problèmes posés par l'internement en annexe, l'option aurait été prise, à partir des années 2000, de développer les « circuits de soin externe », à travers le renforcement d'unités spécifiques pour patients de défense sociale dans les hôpitaux psychiatriques. Néanmoins, la création de deux institutions de défense sociale d'une capacité de 270 lits à Gand et de 120 lits à Anvers est également prévue pour des « internés High Security » (Vandenbroucke, 2009, 92).

Aujourd'hui, la population des internés en Belgique se retrouve donc de manière majoritaire soit au sein du complexe carcéral : ils y sont alors retenus dans une des 12 annexes psychiatriques adossées aux établissements pénitentiaires, dans les quartiers cellulaires de droit commun des établissements pénitentiaires disposant d'une annexe psychiatrique, voire pour une minorité d'entre eux, dans les quartiers cellulaires de droit commun d'établissements ne disposant pas d'annexe psychiatrique ; soit dans un des trois Etablissements de Défense Sociale (EDS) créés à leur intention ; soit encore dans un hôpital psychiatrique, ceci en Région flamande.

2.1.2. Annexes psychiatriques et établissements de défense sociale : des régimes organisationnels différenciés selon le ministère de tutelle

En Belgique francophone, la pluralité actuelle des lieux d'internement se double d'une différence de régime institutionnel. En effet, les principales institutions concernées par l'internement ne dépendent pas de la même autorité de tutelle, ne connaissent pas les mêmes configurations de personnel et ne sont pas soumises aux mêmes règles en matière de soin. A cet égard, la scission entre les missions de soin et celles d'expertise, imposée aux institutions dépendant du ministère de la Justice mais ignorée dans les établissements dépendant du ministère de la Santé, souligne un écart fonctionnel fondamental qui se répercute dans les pratiques.

Les lieux d'internement dépendant du ministère de la Justice : introduction d'équipes de soins et scission des missions de soin et d'expertise

Un premier groupe d'institutions dépend du ministère de la Justice. Il s'agit des annexes psychiatriques de prison et de l'établissement de défense sociale de Paifve. On compte 12 annexes psychiatriques au total, rattachées aux principaux établissements pénitentiaires. Créé dans les années 1970, l'EDS de Paifve dispose quant à lui de 208 places, pour hommes.

Placés sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire, tant les annexes psychiatriques de prison que l'EDS de Paifve sont dirigés par un responsable de l'administration pénitentiaire. Leur personnel est majoritairement composé d'agents de surveillance de l'administration pénitentiaire.

Bien que dépendant du ministère de la Justice, tant les annexes psychiatriques que l'EDS de Paifve disposent d'une équipe « multidisciplinaire » de soin, le « Service des Soins de Santé en Prison » (SSSP) composé de psychologues, d'infirmiers et d'éducateurs. Un psychiatre y intervient également, mais sous un statut d'indépendant, et non comme responsable ou membre du personnel

à temps plein. L'introduction de cette équipe « soin » fait suite au constat de carence absolue en matière de soins qui régnait dans les annexes et, dans une moindre mesure, à l'EDS de Paifve jusque dans les années 2000. C'est en effet suite à une circulaire du ministre de la Justice de 2007 que sera procédé à l'engagement d'une « équipe pluridisciplinaire » de soin dans chaque annexe psychiatrique du pays[6]. Composées d'un psychiatre à temps partiel (co-responsable de l'équipe), d'un psychologue, d'un assistant social, d'un infirmier psychiatrique, d'une ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'un éducateur, ces équipes semblent *de facto* coordonnées par le psychologue et le directeur-adjoint de l'établissement pénitentiaire en charge de l'annexe, vu la faible présence des psychiatres.

Par ailleurs, tant les annexes psychiatriques de prison que l'EDS de Paifve sont soumis à la « Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus ». Cette loi du 12 janvier 2005, dite « loi Dupont », dispose en son article 96 que « les prestataires de soins […] ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu » et que « la fonction de prestataire de soins est incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison ». Visant les détenus ordinaires, cette règle impose donc la scission entre le soin et l'expertise. Elle a été étendue aux internés retenus en annexe psychiatrique et à ceux des établissements de défense sociale relevant du ministère de la Justice. Elle répercute une règle de déontologie médicale[7], édictée dans un but de protection de la relation soignant/soigné par l'instauration d'une plus grande confidentialité. Aussi, dans les établissements dépendant du ministère de la Justice, si les missions de soin sont du ressort de l'équipe du Service des Soins de Santé en Prison » (SSSP), la fonction d'expertise est réservée à une équipe spécifique, le service psycho-social (SPP).

Au-delà des principes de composition des annexes psychiatriques et de l' EDS dépendant du ministère de la Justice, il nous paraît important de proposer une description plus précise des lieux des différentes annexes psychiatriques et de l'établissement de défense sociale en existant en Belgique francophone et que nous avons privilégié comme terrain d'enquête (voir *infra*).

L'annexe psychiatrique de la prison de Forest

L'annexe psychiatrique de Forest est située dans l'établissement de Forest qui est une maison d'arrêt comprenant 650 détenus. Cette annexe psychiatrique comporte 49 cellules et une centaine de lits. Les membres du personnel de surveillance essaient de faire des duos dans les cellules pour augmenter le nombre de places et même de constituer des trios (ce qui permet aussi de tenter de prévenir les tentatives de suicide). Mais le problème est que des psychiatres exigent que des patients soient placés en isolement. L'annexe connaît par conséquent des problèmes de surpopulation (entre 110 et 120 internés selon les mois) et certains internés sont placés en régime ordinaire.

Du point de la composition de sa population, on trouve au sein de l'annexe psychiatrique de Forest :

6 Circulaire n°1800 du 7 juin 2007.

7 Article 121, § 2 du Code de déontologie médicale.

- Quelques prévenus mis sous observation à l'annexe à la demande du juge.
- Quelques condamnés qui y sont placés sous le régime de l'article 21 (condamnés qui, en cours de détention, sont internés en raison du constat d'un état de démence ou de déséquilibre mental grave).
- Des internés en attente de placement en EDS. Le temps d'attente pour l'affectation à l'EDS de Paifve ou à l'EDS de Tournai est compris entre 2 et 3 ans et est en principe fonction de l'ordre de la liste d'attente. L'ordre de passage peut ne pas être respecté dans le cas où il y a une demande de référé de la part de l'avocat invoquant l'urgence. La procédure de placement est dans ce cas accélérée.
- Des détenus sous mandat d'arrêt et qui deviennent des internés.
- Des détenus venant d'autres établissements et souffrant de troubles de conduite.
- Dans l'annexe psychiatrique, des injonctions forcées (le soin sous contrainte) peuvent être réalisées, ce qui n'est pas le cas d'établissements d'où les détenus viennent. Deux possibilités d'avenir s'offrent dès lors : dans le premier cas l'état de santé du détenu empire et une demande d'internement peut être alors introduite y compris pour un détenu condamné à une courte peine de prison, ce qui a l'inconvénient de placer cette personne dans un processus d'enfermement indéfini ; dans le deuxième cas, la santé mentale du détenu s'améliore et il est renvoyé vers sa prison d'origine.
- Il y aussi quelques détenus faisant des aller retour entre le régime ordinaire et l'annexe comme on le verra plus loin.
- On trouve en régime ordinaire des internés du fait de la surpopulation. Les internés en surnombre sont dispatchés (et non pas regroupés) au sein de la détention normale et il est difficile pour eux de s'adapter. Ne sont donc pas envoyés en régime ordinaire les cas les plus lourds de l'annexe. Certains sont affectés aux ailes « travailleurs » en régime communautaire, les internés considérés comme dangereux sont placés en deuxième section qui est réservée aux détenus difficiles où est prévue une surveillance spéciale.

Du point de vue des lieux de l'annexe, celle-ci comporte 4 étages qui sont régis par le régime différencié :

- Un étage au rez-de-chaussée pour les détenus connaissant de véritables problèmes de santé mentale et d'hygiène, parfois suicidaires et qui sont placés en observation.
- Un quartier arrivant, un régime à portes fermées, situé au premier où sont observés les nouveaux venus et une partie de ce rez-de-chaussée est réservée aussi aux détenus les plus « dangereux » en raison d'une présence plus importante des personnels pénitentiaires. On y trouve en effet un agent de quartier, un chef de section et un chef de mouvement alors qu'aux autres étages, on trouve uniquement un agent de quartier.
- Le deuxième étage est un étage non travailleurs, mais réservé aux détenus qui participent aux activités.
- Le troisième étage, qui est l'étage de transition, est destiné aux travailleurs occasionnels.
- Le quatrième étage réservé aux travailleurs permanents (mais en principe ceux qui ont travaillé de manière permanente restent souvent à cet étage « pour ne pas déséquilibrer la détention et assurer une certaine stabilité » selon le directeur de l'annexe psychiatrique) contient un atelier de confection de pièces de rideau (tringlerie) et une petite salle d'activité de 15 personnes.

L'annexe compte 2 préaux : un préau servant à la promenade et un préau servant de potager. Les détenus qui sont mis au potager ne posent pas de problèmes du point de vue notamment des risques

d'évasion. Au troisième et au quatrième étage doté d'un baby-foot, des activités sont proposées le soir pour les détenus de ces étages.

Les observations des arrivants sont réalisées par l'agent de quartier, le chef de section et le chef de mouvement. Il n'y a pas de système structuré d'évaluation et les évaluations sont effectuées la plupart du temps en urgence. C'est le directeur de l'annexe qui décide de faire monter d'étage un détenu sur proposition de l'agent de quartier et du chef de section. Un rapport disciplinaire implique généralement une redescente d'étage. Les psychiatres du service soin font des propositions d'affectation, mais cela n'arrive que rarement.

Du point de vue des services, ils se composent :

- du service psycho-social (SPS), compétent pour réaliser les expertises lui-même et composé de trois psychiatres indépendants, à savoir deux psychiatres francophones femmes âgées de 45 ans et de 48 ans attachées à un modèle psycho-analytique d'expertise et qui font 16h par semaine, et un psychiatre expert flamand formé aux techniques actuarielles du risque et qui travaille également pour les prisons de Louvain et d'Anvers et arrivé depuis un an à l'établissement et qui preste 12h par semaine. Au niveau de la division du travail, les deux psychiatres femmes s'occupent des psychotiques, les plus nombreux, alors que le psychiatre homme réalise les expertises des délinquants sexuels et des « psychopathes » à l'aide du test PCRL, ce qui représente selon ce psychiatre 3 à 4% de la population de l'annexe. Outre ces 3 psychiatres, le service compte également 7 psychologues femmes attachées également à un modèle de psycho-analyse et qui font des diagnostics et 7 assistants sociaux qui sont pour la plupart des statutaires et dont le rôle est de préparer les contacts extérieurs dans le cadre du plan de reclassement pour la sortie de prison.
- du service soin qui comporte quatre psychiatres nouvellement engagés tous tournés vers la psycho-dynamique. C'est le cas notamment d'un des psychiatres âgé d'une trentaine d'années et est arrivé début 2010 à l'établissement, ainsi que du psychiatre coordinateur du service soin partant en retraite et possédant une expérience de 40 ans de la prison. L'équipe soin comprend également une psychologue qui est la nouvelle coordinatrice de l'équipe, un assistant social, un éducateur, un ergothérapeute et un kinésithérapeute.

L'équipe pénitentiaire est une équipe de 32 agents affectés en permanence à l'annexe et titularisés. Les agents sont répartis en trois équipes : matin (6h-14h), après-midi (14h-22h) et nuit (22h-6h). Chaque équipe est composée de 7 agents. Les agents sont à 80% francophones et à 20% néerlandophones et sont en très grande majorité des hommes. L'absentéisme des agents n'est pas plus important que dans le régime ordinaire. En cas d'absentéisme, il est fait appel à des agents du régime commun qui sert de réserve de recrutement. Au final, sur les 32 agents de l'annexe, la direction peut vraiment compter sur une vingtaine d'agents (environ 25). Le turn-over des agents n'est pas important. Les seuls mouvements de rotation sont liés aux demandes de mutation des agents et aux évolutions de carrière qui impliquent de ne pas rester à l'annexe.

Les agents de l'annexe sont des volontaires qui demandent à être affectés à l'annexe. Ils sont auditionnés et recrutés par le directeur de l'annexe, le chef surveillant et désormais par un psychiatre (ce rôle n'est pas attribué à une personne en propre) du service soin comme nous le détaillerons plus loin. Il existe une liste d'attente des agents ayant demandés à être recrutés à

l'annexe car un certain nombre d'avantages sont octroyés aux titulaires de l'annexe : poste fixe sur une pause; facilité pour prendre des congés car l'équipe est beaucoup plus petite que celle du régime commun et prime mensuelle de 50 euros.

- L'équipe de direction pénitentiaire comprend le directeur de l'annexe, un homme d'une trentaine d'années, en poste depuis 2 ans et demi, le chef surveillant qui est une personne de contact chapeautant les 2 pauses depuis 22 mois. Ce poste de chef surveillant existait déjà auparavant, mais après le départ à la retraite de son prédécesseur, il n'avait pas été pourvu dans un premier temps puis occupé « *par quelqu'un qui ne convenait pas* » selon le directeur de l'annexe. Au niveau de la hiérarchie pénitentiaire, ce chef surveillant (assistant pénitentiaire) supervise les chefs de quartier (chefs d'équipe) qui encadrent les agents pénitentiaires. Le chef surveillant essaie d'harmoniser les différentes pratiques professionnelles existant entre l'équipe du matin et l'équipe de l'après-midi et de réduire les tensions entre l'équipe du matin jugée plus rigide et appliquant le règlement à la lettre et celle de l'après-midi « *qui n'applique pas les règles de sécurité de base* », selon le directeur de l'annexe.

Au niveau de la direction de la maison d'arrêt, le chef d'établissement est une femme qui s'occupe du régime des personnels. Le conseiller directeur est un homme qui assure la logistique. Le service compte 3 attachés directeurs et qui s'occupent du statut externe, de la surveillance électronique, du médical et du régime de détention.

Forest se caractérise par un roulement important des personnels de direction. Pour autant la direction essaie de viser une certaine stabilité « *car un changement fréquent de directeur de l'annexe implique un changement de politique. En effet, il est clair que le directeur de l'annexe impulse sa marque et un type de politique qui lui est propre* » (directeur de l'annexe).

L'annexe psychiatrique de la prison de Lantin

La prison de Lantin est la prison la plus importante de Belgique, puisqu'elle comprend 892 détenus auxquels il faut ajouter tous ceux qui sont en sortie ou en congé, ainsi que 76 femmes pour une capacité totale de 669 places. Il s'agit à la fois d'une maison d'arrêt (539 détenus) et d'une maison pour peine (363 détenus). La surpopulation n'affecte que la maison d'arrêt et non la maison pour peine. Les détenus arrivants sont obligés d'attendre en maison d'arrêt qu'une place se libère en maison de peine. La priorité est donnée aux plus grosses peines pour l'affectation en maison pour peine. Il y a aujourd'hui 539 personnes en maison d'arrêt.

Du point de vue de sa géographie, l'annexe psychiatrique, qui est située au cœur de la maison pour peine, a été ré-ouverte il y a 4 ans. Elle comporte 40 lits dont 16 se trouvent en polyclinique. Paradoxalement, lorsque les internés sont jugés aller mieux mieux, ils sont envoyés à la polyclinique qui propose moins de soin et d'activités. Ce système permet de libérer des lits dans l'annexe pour les personnes qui en ont le plus besoin. Il arrive bien sûr que des internés déplacés à la polyclinique reviennent à l'annexe dans les cas ils sont considérés à problème et comme ne bénéficiant plus suffisamment d'encadrement.

En ce qui concerne sa population, il n'y a aucune surpopulation dans l'annexe. Il y a 40 lits pour 40 patients. Les autres internés sont placés soit chez les condamnés (c'est un duo qui s'entend bien et

qui est stabilisé), soit au 8ième niveau, celui des punis, des stricts et des protégés, tels que les détenus de droits communs qui sont là pour des faits de mœurs. Il n'y a que 5 internés dans ce cas de figure. A cela il faut ajouter un interné de Jamioulx qui a été transféré car il dépend de la commission de défense sociale de Lantin.

Pour ce qui touche aux services, à commencer par l'équipe de surveillants, une sélection des agents pénitentiaires est organisée avec une mise à l'essai qui est faite par la direction avant toute procédure d'engagement. Selon la direction de l'annexe, aucun agent n'a encore raté sa période d'essai. Contrairement à l'annexe psychiatrique de Forest, il n'existe pas de liste d'attente pour travailler à l'annexe.

En ce concerne l'équipe soin, elle est composée de deux psychologues, dont une coordinatrice, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'une logopède qui n'est pas à temps plein, d'une éducatrice qui a été suite été écartée, d'une ergothérapeute qui a démissionné, d'une kinésithérapeute qui n'est pas à temps plein et d'un nouveau psychiatre qui est arrivé il y a huit mois. Auparavant, il y avait trois psychiatres de la Citadelle à Namur qui s'occupaient de l'annexe et du reste de la prison. Mais l'administration pénitentiaire a changé l'équipe au motif que l'équipe précédente communiquait trop et ne respectait pas le secret professionnel. Par exemple, ils prévenaient le service psycho-social (SPS) que tel ou tel interné consommait de la drogue. Le SPS devait alors mettre cette information dans son rapport pour la commission de défense sociale.

Actuellement, il semblerait que très peu de collaboration existe le jour entre l'équipe soin et le SPS. Aucune réunion n'est prévue et il n'y a que les fiches de soin qui passent du service soin au SPS. La seule exception concerne les transferts, car à ce niveau il semblerait qu'il y ait une concertation entre les deux équipes.

La bonne ambiance qui régnait dans l'annexe se dégrade d'après la directrice « *car les cas sont de plus en plus lourds et sans issue, le personnel commence à manquer* ». Il y a donc moins d'activités qui sont organisées par le service soin qui anime des ateliers cuisine, peinture, cinéma et sport. Au surplus, dès que certains membres du personnel sont absents, ces activités sont suspendues.

C'est l'équipe soin qui fait un peu la jonction entre les deux pauses des surveillants. Elle veille à ce que les informations passent au mieux dans un souci thérapeutique. Il y a également des réunions entre les agents et l'équipe, mais rien avec le SPS.

L'annexe psychiatrique de la prison de Mons

Du point de vue de sa situation géographique et de son architecture, la prison de Mons est un modèle Ducpétiaux (prison en étoiles) qui comprend 380 détenus en cellulaire normal et 26 patients à l'annexe. La prison est située en plein centre-ville de Mons. L'annexe psychiatrique de cet établissement a été créée en 2003.

L'annexe comprend 23 places dont 3 cellules solos qui servent à l'observation des arrivants (la durée d'observation étant selon le comportement affiché : sociabilité, ancrage dans la réalité, etc.) et à

l'affectation des patients jugés « délirants » (ceux qui sont jugés « hors de la réalité »), 3 cellules duos et 3 cellules quatuors.

26 patients occupent ces 23 places en annexes, mais 19 patients se trouvent en régime cellulaire classique, principalement à l'aile C (avec une petite concentration en 8ème et 9ème sections).

Du point de vue du régime proposé, l'annexe propose un régime communautaire « portes ouvertes ». Les patients mangent ensemble le midi. L'annexe comporte une cuisine et un petit atelier de travail, ainsi qu'un préau qu'elle partage avec l'aile C (mais les horaires de promenade sont différents) de la maison d'arrêt. Elle comprend également une grande salle de bain (4 douches et un bain). Chaque patient prend sa douche individuellement pour éviter les risques de viol un cas ayant eu lieu il y a 3 ans.

En ce qui concerne la population de l'annexe qui compte au total 45 patients dépendant de l'annexe, on trouve des simples prévenus en voie d'internement, des prévenus avec demande de mise en observation de la part du juge, ainsi que des personnes ayant réintégré l'annexe pour non respect des conditions de libération. Ces patients proviennent de ce que l'on appelle la filière Wallonie, à savoir des établissements de Mons et de Tournai, ainsi que de l'annexe psychiatrique de Jamioulx.

Sont affectés dans le cellulaire, les patients qui ont une faible pathologie, qui le demandent ou qui sont jugés compatibles avec le régime cellulaire standard. On y trouve, selon la directrice de l'annexe, des « *simulateurs* » qui n'ont pas leur place à l'annexe ; des fumeurs de haschich en manque à l'annexe du fait du régime communautaire et d'un seul préau par jour. Certains préfèrent donc être affectés en cellulaires plutôt que d'arrêter de fumer ; et des trafiquants pour qui il *« est plus facile de trafiquer dans le cellulaire qu'à l'annexe où les personnels de surveillance et de soin sont beaucoup plus présents…* » (chef quartier de l'annexe psychiatrique) ; ceux qui sont jugés ayant un mauvais relationnel avec les autres et qui n'aiment pas trop vivre dans un collectif.

Du point de vue de la composition des services**,** le service soin dispose de 3 bureaux (la psy coordinatrice, la logopède et l'assistante sociale) qui sont en fait d'anciennes cellules ayant été emménagées en bureaux en 2007. L'équipe est presque à 100% féminine et assez jeune, exceptée l'assistante sociale. Le service soin compte en effet la psychologue coordinatrice âgée d'une trentaine d'années, une jeune psychologue fraichement diplômée (ayant fait son stage à l'EDS de Tournai) venant d'être recrutée par la psychologue coordinatrice ; une logopède ayant le statut d'indépendante et venant également d'être recrutée ; une jeune ergothérapeute contractuelle qui propose des jeux de société, de la relaxation, etc. ; un éducateur statutaire ; une assistante sociale prochainement retraitée qui travaille depuis 35 ans en prison et ayant travaillé un peu à la direction, ainsi que dans une maison de justice et au SPS ; et une infirmière.

L'ensemble des personnels du service soin est évalué par un médecin inspecteur responsable de toutes les équipes de soin des annexes psychiatriques. C'est à ce médecin inspecteur responsable qu'incombe l'animation des cercles de développement (développements individuels et d'équipe)

pour l'équipe soin. Dans ce cadre de ces cercles de développement, il revient à chaque membre de l'équipe fixe ses objectifs individuels.

Le service psycho-social est pour sa part composé de 6 assistants sociaux dont 5 nommés : un homme et 5 femmes ; de 7 psychologues dont 4 femmes nommées et 3 contractuels ; et d'un psychiatre, d'une secrétaire et d'un directeur.

La communication se trouve être réduite au strict minimum entre l'équipe soin et le SPS, par les attestations de soin remplies et signées à destination du SPS. Le peu de contact s'explique par l'importance de préservation du secret professionnel et de la relation de confiance avec le patient (sauf état de nécessité).

L'équipe pénitentiaire de l'annexe se compose de 10 surveillants statutaires dont un surveillant chef et 2 surveillants contractuels. Du point de vue du genre, cette équipe est très largement masculine et compte 11 hommes pour une seule femme qui est contractuelle. L'équipe comporte un délégué syndical. La journée est prise en charge par trois équipes : 6h-14h (3 agents) ; 14h-22h (3 agents) ; 22h-6h (1 agent toujours le même). Les équipes de matin et de l'après-midi roulent : une semaine matin, une semaine après-midi. Parmi les agents, on compte un groupe de surveillants fixes ayant une certaine ancienneté professionnelle qui assurent une certaine forme de socialisation professionnelle auprès des nouveaux agents.

Il existe, à l'image des autres annexes, une procédure de recrutement des agents qui sont d'abord présélectionnés à l'annexe par la directrice et la psychologue coordinatrice. Celles-ci font un premier tri des candidatures (une dizaine de candidatures en général) selon des critères définis par la psychologue coordinatrice : intérêt pour la psychiatrie et la maladie mentale, motivation, sensibilité à travailler avec des internés, écoute, sens de la psychologie, capacité au recadrage (le côté agent)) : « *Il faut des agents qui n'ont pas peur de travailler et d'être au contact avec ces détenus souffrant de problèmes psychiatriques. Il faut avoir la bonne approche. On n'a qu'un agent femme sur les 12 agents car il ne faut pas que trop de femmes travaillent avec les internés qui pour beaucoup ont été condamnés pour des affaires de mœurs. Il ne faut pas trop les tenter…* » (Directrice de l'annexe). Puis, le psychiatre de l'équipe soin valide le choix de l'agent.

Au départ, était prévue une étape de validation après 1 ou 2 mois de prise de poste qui valait comme période d'essai avant la titularisation. Mais dans les faits, cette période d'essai n'existe plus et la titularisation opère immédiatement en raison du taux d'absentéisme de personnel. Pour la même raison, aucun agent n'a été détitularisé. Il arrive fréquemment de placer des agents de l'annexe en cellulaire pour faire l'appoint des agents. Quand inversement, un agent doit être remplacé temporairement à l'annexe, c'est dans la mesure du possible un agent de la huitième ou de la neuvième de l'aile C qui fait office de remplaçant, car ces agents ont déjà en principe un certain savoir-faire avec les internés et une certaine légitimité.

La conséquence principale de l'absentéisme est qu'il revient au seul agent présent de fermer les portes, alors même que le régime de l'annexe est un régime communautaire. C'est pour la même

raison que l'atelier de travail qui occupe cinq patients réalisant des tâches d'enclipsage de petits boitiers électriques, de pliage et d'enveloppage pour le compte des écoles est actuellement suspendu. Selon la directrice de l'annexe, l'absentéisme des agents pose enfin un problème de démotivation au personnel présent qui se trouve à devoir travailler en cellulaire alors que les agents de l'annexe ont été recrutés pour travailler à l'annexe.

L'annexe psychiatrique est dirigée par une directrice d'une quarantaine d'années en poste depuis 2 ans. Elle se trouve sous la responsabilité du directeur d'établissement et s'occupe notamment du régime cellulaire.

L'annexe psychiatrique de la prison de Namur

La prison de Namur est une maison d'arrêt et de peine pour hommes et pour femmes se trouvant en plein centre-ville à proximité de la gare. C'est une prison de type Ducpétiaux en étoile prévue pour accueillir 140 personnes. Elle en accueille aujourd'hui 220. L'annexe psychiatrique de cette prison compte 24 places et comprend plus précisément deux cellules d' « observation » (la durée d'observation peut varier selon les cas, y est notamment observé l'état mental du détenu, son caractère agressif et impulsif et son niveau de sociabilité) et de « réflexion » (servant à la décompensation et aux mesures disciplinaires) ; deux cellules isolées (solos) ; une cellule de servants (équivalent auxiliaires) comprenant trois lits et cinq cellules trio. L'annexe contient également une cuisine, un salon et un préau. Le régime de l'annexe est communautaire puisque les portes des cellules sont ouvertes et la prise de repas se fait en commun.

Actuellement, du point de vue de sa population, l'annexe compte 41 personnes pour 24 places. Cette surpopulation est partiellement due à la position géographique de l'établissement de Namur qui est la seule annexe pour les arrondissements d'Arlon, Neufchâteau et Marche-en-Famenne, Dinant et Namur. La population est même montée à 120 personnes lorsque l'annexe de Lantin a été fermée. Une partie des internés est affectée au rez-de-chaussée de l'aile B, mélangé aux autres détenus. Cette aile est proche des bureaux et de l'équipe soin : on y place les prévenus, ceux qui présentent des risques de tentatives de suicides et certains internés, sans toutefois que ne soit pris en considération la dangerosité puisque seul compte le diagnostic médical qui évalue si le patient est psychotique ou non, et s'il se trouve en état de décompensation ou non.

La population de l'annexe se compose de prévenus placés à la demande du Juge d'Instruction en observation pour une durée normalement maximale de 6 mois. Il y a également les internés « définitifs ». À cela s'ajoutent les condamnés de droit commun jugés en état de décompensation (art. 21), après avis du psychiatre et enfin les condamnés qui ont commis précédemment des tentatives de suicides. Pour ce qui est des deux dernières catégories, le psychiatre fait une liste de personnes entrantes et sortantes, il la soumet à la direction qui décide en dernier ressort.

Du point de vue de la composition des services, l'équipe soin comporte une psychologue coordinatrice d'une trentaine d'années, l'une des plus âgées de l'équipe, statutaire disposant de 11 ans d'expérience en milieu carcéral ; d'une assistante sociale contractuelle en demande de

titularisation ; d'un éducateur spécialisé statutaire ; d'une ergothérapeute contractuelle ; d'une logopède psychologue ayant le statut d'indépendante.

L'équipe du service psycho-social est composé de quatre psychologues et de cinq assistants sociaux qui sont tous statutaires à l'exception d'une assistante sociale, contractuelle.

L'équipe de surveillance fonctionne comme à Mons avec des équipes de roulement de 3 surveillants avec une équipe travaillant de 6h-14h, une équipe travaillant 14h-22h et une équipe de nuit. L'équipe est donc composée au total de 12 surveillants qui sont dirigés notamment par une chef quartier. La sélection des agents qui est opérée par les chefs de quartier et la direction. Les nouveaux agents sont placés sous observation, autrement dit en période d'essai, avant d'être complètement intégrés dans l'équipe. Jusqu'à présent, très peu de surveillants exclus.

L'annexe psychiatrique est dirigée par une directrice placée sous l'autorité du directeur d'établissement.

L'annexe psychiatrique de la prison de Jalmioux

La prison de Jamioulx, construite dans les années 1970, est une maison d'arrêt qui compte 380 prévenus pour 290 places. Elle est divisée en sections ouvertes et fermées. C'est dans les sections fermées que la surpopulation est la plus grande, d'autant plus que la 9ième section est fermée pour désamiantage. Cette prison a la particularité d'être construite en forme de carré avec une grande cour centrale. Cette cour est divisée en deux préaux avec un espace « tampon » entre eux. Ces préaux sont grillagés et toutes les fenêtres des cellules donnent sur cette cour, ce qui a pour effet de faciliter les trafics, d'autant plus que le grillage d'un des deux préaux est ouvert à certains endroits. D'ailleurs, chacun des préaux a été baptisé par les prévenus eux-mêmes, celui le plus proche des sections ouvertes et de l'annexe ayant été appelé « Beverly Hills », alors que l'autre se dénomme le « Bronx ». Les cellules proches de ce dernier sont aussi plus vétustes, ce qui explique sans doute ces appellations.

L'annexe psychiatrique, en tant que telle, se compose d'un dortoir, d'une salle commune et d'une salle d'activité. 37 internés dépendent de l'annexe qui est occupée par 15 d'entre eux, le reste se trouvant dans le cellulaire ordinaire. Le dortoir de l'annexe peut contenir 23 à 25 lits, mais il est déjà arrivé que 30 personnes dorment dans cette pièce. À côté de ce dortoir se trouve une salle communautaire dans laquelle les internés passent la journée. Cette salle comporte une table de ping-pong, une télévision, des tables et des toilettes. Dans une autre pièce jouxtant la salle communautaire se trouve la salle de bain qui compte une baignoire (les patients ayant droit à un bain par jour afin de travailler leur hygiène). A ce complexe s'ajoute encore deux cellules d'isolement thérapeutique. Ces conditions de vie très particulières ont été condamnées à plusieurs reprises par le Comité de Prévention de la Torture.

Du point de vue de sa population, l'annexe compte douze internés, deux prévenus et un condamné sous l'application de l'article 21. 16 internés occupent le cellulaire ordinaire, dont deux prévenus et un détenu placé sous le régime de l'article 21 à la première section. On trouve aussi un interné à la

4ième section et deux à la 5ième. La quatrième section, ouverte, compte un seul interné. Deux internés occupent la 5ième section.

Du point de vue des services, l'équipe soin est coordonnée par une psychologue (en poste depuis 2008) qui supervise notamment deux psychiatres, un homme et une femme, travaillant à temps partiel. Le travail est divisé selon une logique de genre puisque la psychiatre s'occupe essentiellement des droits communs et pour des raisons de sécurité, ne peut pas aller dans le préau alors que le psychiatre homme peut s'y rendre. L'équipe soin compte également une assistante sociale, une ergothérapeute, un éducateur, un infirmier psychiatrique et un kinésithérapeute. L'équipe soin organise certaines activités : badminton, revue de la presse, ping-pong, théâtre, dessin, projections de films, ainsi que des débats, body, gym et relaxation. Les internés de la 1ière section peuvent également participer aux activités organisées dans la salle communautaire ou dans la salle d'activité.

Les surveillants sont choisis comme dans les autres annexes par la direction. Une période d'essai leur est imposée au cours de laquelle ils sont évalués par la direction et les chefs quartier.

Le choix des travailleurs est opéré par les agents qui le soumettent à la direction. Seul, le médecin qui peut s'y opposer, ce qui arrive rarement. Quatre postes de servants sont tenus par des internés au sein de l'annexe, dont l'un travaille pour le service soin. Le servant travaillant pour le service soin est généralement un déficient mental ou un analphabète, ce qui permet de s'assurer qu'il ne pourra lire les dossiers médicaux au sein desquelles figurent des données confidentielles.

L'établissement de défense sociale de Paifve

L'établissement de défense sociale de Paifve compte 205 internés dont 3 places en urgence.

Du point de vue sa situation géographique, l'établissement est localisé en campagne à proximité de quelques maisons dans la commune de Juprelle et situé à 15 kms de Liège. L'établissement est très mal desservi en transport (par bus uniquement).

Outre les espaces externes (les jardins), la salle de spectacle, le hall omnisport tous deux situés à l'intérieur des enceintes de l'EDS, l'établissement comporte 2 régimes principaux au sein desquels existe pour chacun un pavillon, à savoir un régime cellulaire (79 patients) composé de 4 sections et un régime communautaire (126 patients) constitué de 6 sections.

Le régime cellulaire constitue bien entendu le régime le plus fermé. Le rez-de-chaussée de ce pavillon sert de quartier des arrivants. Mais certains détenus peuvent y rester longtemps s'ils sont considérés comme représentant un danger de passage à l'acte par rapport à eux-mêmes ou surtout par rapport à autrui. Y sont aussi affectés ceuc qu'on appelle parfois les « prédateurs », les gens sans perspective, les patients demandant à y aller (car ce régime est plus cadré), les gros trafiquants. Les portes du rez-de-chaussée sont fermées, mais les détenus peuvent sortir 2h30 le matin (1h de préau et 1h30 d'activité) et 2h30 l'après-midi (1h de préau et 1h30 d'activité). Les étages de ce pavillon ont par contre les portes ouvertes des cellules jusque 21h, mais sans que les portes menant au préau ne

soient ouvertes. Ce régime est difficile à comparer avec ceux des établissements pénitentiaires car il correspond à un régime semi-communautaire en établissement classique. Le second pavillon, de type communautaire, est à régime portes ouvertes (cellules et préau) avec accès libre au préau.

En ce qui concerne la population de l'établissement, on observe un très faible turn-over de détenus, à savoir une vingtaine par an, très peu d'internés obtenant de sorties anticipées. Selon la directrice de l'EDS, les internés à Paifve sont issus de catégories sociales défavorisées, ce qui ne favoriserait pas leur sortie, contrairement à l'établissement de défense sociale de Tournai qui accueillerait des internés appartenant à des catégories sociales un peu mieux loties.

Pour ce qui a trait à la composition des services, le service soin, créé en 2007, est composé de 40 professionnels, à savoir une psychologue coordonnatrice du service ; trois psychiatres engagés comme indépendants (20h par semaine) dont 2 n'ont aucune expérience de l'univers carcéral et dont le troisième dispose d'une expérience important de la prison en ayant travaillé précédemment à Jamioulx et Forest ; onze éducateurs à temps plein ; quatre psychologues cliniciens dont certains sont en contrat à durée déterminée, trois assistants sociaux dont 2 viennent de sortir de l'école, un ergothérapeute contractuel ayant travaillé dans le passé comme indépendant ; onze infirmières ; un médecin généraliste ; un sophrologue, un pédicure et 2 dentistes qui sont tous indépendants ; trois kinésithérapeutes.

Au niveau de ces professionnels, les infirmiers sont « *un peu la mémoire de l'établissement* », à croire la psychologue coordinatrice. Les assistants sociaux sont arrivés pour leur part il y a une dizaine d'années et prennent en charge chacun entre 60 et 70 patients. Excepté l'ergothérapeute qui travaille sur les 2 pavillons, chacun des membres de l'équipe médicale est affecté à l'une des sections d'un pavillon. De ce fait, il y a un travail de proximité effectué avec le patient et l'éducateur au niveau des soins, des repas et des entretiens individuels. Les membres de l'équipe soin effectuent essentiellement du travail de première ligne puisqu'une présence continue du service soin n'est pas assurée sur les sections.

L'équipe du service psycho-sociale compte douze professionnels : un psychiatre âgé de 60 ans et prestant 24 heures par semaine, un psychiatre d'une trentaine d'années ayant travaillé longtemps à Lantin et effectuant 18 heures par semaine, six psychologues, deux assistants sociaux et deux éducateurs.

L'établissement compte 180 membres du personnel de surveillance avec un très faible turn-over. Les agents de surveillance ne sont pas recrutés par l'établissement, puisque la mutation est en droit qui s'obtient par ancienneté et par grade. L'EDS de Paifve correspond rarement à un choix professionnel et les motivations des surveillants sont souvent familiales. Un certain nombre arrive à Paifve après un accident du travail dans un autre établissement ou après un blâme ou une mesure disciplinaire. Ce n'est qu'au bout de 6 mois que les agents de surveillance reçoivent une formation obligatoire dispensée à l'établissement de Marneffe.

L'établissement est dirigé une directrice âgée d'une cinquantaine d'années exerçant ses fonctions depuis 10 ans, une directrice adjointe, âgée d'une trentaine d'années, travaillant depuis 2 ans et demi, ainsi qu'un directeur adjoint.

Les EDS dépendant du ministère de la Santé : priorité au soin ?

Les deux autres établissements de défense sociale dépendent du ministère de la Santé et s'inscrivent au cœur d'une structure hospitalière. Le premier est une « aile défense sociale » située au sein du complexe hospitalier psychiatrique « Les Marronniers » à Tournai. Cette aile sécurisée comprend 365 lits pour hommes. Le second établissement est le « pavillon Claudel » situé au sein du complexe hospitalier « Le Chêne aux Haies » à Mons. Construction ancienne qui date du XIXe siècle, l'« EDS de Mons » est une structure de 30 places, réservées aux femmes. Si la composition du personnel de ces institutions laisse augurer d'une priorité donnée à la focntion de soin, l'absence de scission entre les missions de soin et d'expertise posent d'autres difficultés (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, 128-132).

L'établissement de défense sociale de Tournai

L'établissement de défense sociale de Tournai est situé en dehors du centre ville contient 350 patients. Cet établissement fait partie d'une structure médicale plus large composée d'une structure ouverte pour personnes handicapées (80 lits) et d'un hôpital psychiatrique de 300 lits et qui comporte une section adolescentes.

L'établissement comprend 170 membres du personnel répartis au sein d'une dizaine d'équipes de travail. Chacune des équipes de travail est dirigée par un psychiatre et est composée elle-même d'une dizaine de professionnels dont un médecin, un logopède, un psychologue, des infirmiers, un instituteur, un assistant social et un animateur socio-culturel. L'orientation de travail de chaque équipe en majorité à orientation cognitiviste-comportementaliste est impulsée par le psychiatre qui donne en quelque sorte le la.

A ces équipes de travail, s'ajoute l'équipe sécurité qui est composée d'un directeur et de 17 agents chargés notamment de contrôler les entrées et les sorties de l'établissement.

La direction des « marronniers » est composée du directeur général, âgé d'une cinquantaine d'années et occupant ce poste depuis 6 ans et demi, du médecin chef qui supervise en fait l'établissement de défense sociale, du directeur-infirmier, du directeur des ressources humaines, du directeur de la sécurité et du directeur des professions para-médicales. Cette direction se trouve sous l'autorité d'un conseil d'administration composée d'une série d'acteurs politiques tels que les représentants de la ministre de la santé et du ministère de la santé de la région wallonne…, ainsi que de directeurs d'hôpitaux psychiatriques.

A Tournai, les personnels les plus nombreux sont des infirmiers et des éducateurs, lesquels remplacent progressivement les agents de surveillance. Ils sont épaulés par des psychologues et des éducateurs, au sein d'équipes pluridisciplinaires de soin travaillant, dans chaque pavillon, sous la

direction d'un psychiatre coordinateur, nettement plus présent que dans l'EDS dépendant du ministère de la Justice.

L'établissement de défense sociale de Mons

A Mons, le pavillon est placé sous la responsabilité d'un psychiatre à mi-temps, la surveillance et le soin étant assurés conjointement par une équipe, assez nombreuse, d'infirmières psychiatriques. A la différence de l'établissement de défense sociale de Tournai, il n'y a pas d'éducateurs. L'équipe pluridisciplinaire élargie est composée en outre d'une psychologue, d'une ergothérapeute, de deux assistants sociaux et d'une kinésithérapeute.

A la différence des institutions dépendant du ministère de la Justice, les deux EDS dépendant du ministère de la Santé ne sont pas soumis à la « loi Dupont ». Elles ne pratiquent donc pas la scission entre soin et expertise. On est ainsi confronté à une situation assez paradoxale puisque le souci de protéger la relation thérapeutique semble plus affirmé dans les établissements placés sous la tutelle du ministère de la Justice que dans ceux qui dépendent du ministère de la Santé.

2.2. Les acteurs et la formation

Afin de rendre compte des spécificités du modèle belge de défense sociale, il semble nécessaire de s'attarder un instant sur les formations en santé mentale dispensées aux personnels pénitentiaires et aux experts de la dangerosité dont les caractéristiques générales méritent également d'être détaillées.

2.2.1. Les personnels pénitentiaires et les experts de la dangerosité

Tant en Belgique et en France, un mouvement important de féminisation du personnel pénitentiaire et en particulier des directeurs des établissements pénitentiaires est à l'œuvre depuis les années 70 (Malochet, 2007 ; Barnett-Page, 2005). Cette féminisation des personnels de direction s'est considérablement accrue depuis le milieu de la décennie 80 (ENAP, 2011) au point d'atteindre 60% des nouvelles recrues. La Belgique, pour sa part, ne comprend pas moins de 136 femmes sur 231 directeurs d'établissements (208 travaillant en établissements pour 23 à la direction centrale)

Cette féminisation se retrouve également dans le recrutement interne des directeurs régionaux qui sont pour une bonne part issus du corps des directeurs d'établissements. Par conséquent, il paraît pertinent de mobiliser la littérature sur la division sexuelle du travail (par exemple, Boussard *et al.*, 2007 ; Pruvost, 2007) et la place du genre dans le travail de catégorisation et d'évaluation des professionnels, des droits et des populations (Feinman, 1994 ; Held, 2006). Cela suppose d'observer les répartitions sexuées des professionnels interviewés et observés qui évaluent et sont évalués, de même que la division de ce travail d'évaluation et de catégorisation. Autrement dit, qui se réserve le travail d'évaluation et de quelle manière ce travail est-il réparti ? Cela implique surtout de questionner d'éventuels rapports différenciés aux évaluations et à leur contenu selon une variable de genre.

Mais on aurait tort de se limiter à la seule perspective du genre comme le montrent J. Acker (2009) ou encore M. Bessin, C. Hamel et C. Marry (2009) qui font appel à l'intersectionnalité pour analyser au mieux les pratiques et les hiérarchies professionnelles. De fait, l'âge et le niveau d'ancienneté joueraient également dans le travail de catégorisation et d'évaluation dans le sens où les professionnels les plus âgés ont tendance à utiliser des instruments différents et à être moins sensibles à l'évaluation de leur travail (Loriol *et al*., 2006), les plus jeunes étant quant à eux plus orientés vers des enjeux de carrière.

Dans les trois pays, on observe ainsi un rajeunissement des effectifs chez les directeurs d'établissements pénitentiaires, l'âge moyen étant par exemple désormais de 42 ans chez les directeurs belges, de 44 ans en Angleterre et de 40 ans en France (29 ans en moyenne pour les nouvelles recrues (ENAP, 2011)).

Outre le genre et l'âge, on doit probablement intégrer également dans l'analyse du travail de catégorisation et d'évaluation les effets de diplôme et de socialisations professionnelles précédentes des professionnels au cours des premiers stades de leur carrière. L'une des principales différences entre la Belgique et la France tient notamment à la formation des acteurs relevant du champ de la « psychiatrie carcérale ».

Si l'on porte le regard sur l'activité de recrutement des directeurs et des directeurs régionaux, on se rend compte ainsi que pour la Belgique, il est exigé des nouvelles recrues des compétences en gestion et en management comme l'atteste l'exigence d'une expérience d'une durée minimale de 2 ans dans un poste de gestionnaire pour les postes de directeurs régionaux belges. En Belgique, les directeurs sont pour la plupart d'entre eux désormais diplômés en gestion alors qu'auparavant, ils étaient pour l'essentiel des criminologues. Toutefois, les directeurs belges d'annexes psychiatriques et d'établissements de défense sociale sont pour la plupart des criminologues de formation. On retrouve également des criminologues parmi les assistants sociaux relevant des services de soin. Pour la France, le profil des nouvelles recrues est quelque peu différent puisqu'il s'agit pour l'essentiel de juristes et de politistes disposant pour une bonne part d'entre eux d'une formation de bac+5 en droit des peines.

Les personnels belges observés ont également pour caractéristique de compter parmi leurs membres des flamands, tant dans le service pénitentiaire de l'annexe de Forest qui compte 80% de francophones et 20% de néerlandophones, que dans le service expertise qui comporte un psychiatre flamand ayant travaillé notamment en Angleterre et en Flandre. Cette diversité linguistique implique une diversité culturelle que l'on ne trouve pas en France tant les approches et conceptions professionnelles semblent diverger entre francophones et flamands comme on l'expose ci-dessous.

2.2.2. Les différentes formations à la santé mentale

Les formations des professionnels interviennent également dans le paysage institutionnel. Il nous faut ici principalement distinguer les formations dispensées aux membres du personnel pénitentiaire de surveillance des formations dont bénéficient les experts de la dangerosité.

L'ensemble de ces professionnels bénéficient toutefois de lieux de rencontre commun que sont les plateformes de concertation de santé mentale.

Les formations dispensées aux membres du personnel pénitentiaire de surveillance

Pour pouvoir être affecté en annexe psychiatrique, les personnels pénitentiaires doivent en faire la demande auprès du directeur de l'annexe. Les agents doivent postuler soit par candidature spontanée, soit par appel par place vacante. Ils doivent ensuite passer un entretien de recrutement supervisé par le directeur de l'annexe, un psychiatre ou une psychologue selon les annexes et le chef surveillant : « *J'ai mis en place pour les futurs entretiens une nouvelle procédure de recrutement puisque le psychiatre du service soin sera présent à l'audition (c'était une demande du psychiatre), ainsi que le chef surveillant qui est une personne de contact chapeautant les 2 pauses depuis 14 ou 15 mois* » (directeur de l'annexe de Forest). Cet entretien, forcément de nature sélective, est l'occasion de mesurer les motivations de l'agent, l'adéquation de son profil et de ses aspirations à la culture professionnelle de l'annexe, ainsi que les qualités de contact humain dont il fait preuve : « *ils doivent faire part de leurs motivations que je tente de cerner et leur capacité de contact avec les internés en étant conscient de leurs difficultés. Il leur faudra en effet répéter 15 fois la même chose car certains ne comprennent pas grand-chose* » (directeur de l'annexe de Forest) ; « *Il faut des agents qui n'ont pas peur de travailler et d'être au contact avec ces détenus souffrant de problèmes psychiatriques. Il faut avoir la bonne approche* (directrice de l'annexe de Mons).

Toutefois, selon un psychiatre de l'équipe soin, l'existence d'une procédure de recrutement ne suffit pas à contrer les problèmes de motivation des agents recrutés qui seraient davantage attirés par la prime mensuelle de 50 euros et la possibilité d'avoir un poste fixe et d'obtenir plus facilement des congés par la perspective de travailler avec des patients en voie d'internement : « *Les exigences en termes de recrutement des agents sont pauvres et ils ne font pas vraiment de travail sur leur propre violence (du moins pour un certain nombre) et certains sont des cas psychiatriques. Il y a par exemple des agents qui enlèvent de force les tapis de prière. Le pire est que les agents les plus influents sont les plus violents…Les agents recrutés bénéficient d'une formation mais n'ont pas vraiment de sensibilité à la réalité psychiatrique. Il y a un manque de motivation des agents qui sont plus motivés par la rémunération à l'annexe que par l'idée de travailler avec des gens qui souffrent de pathologie. Leur motivation est avant tout financière. Par exemple, un agent qui est tout en muscle et fan de sports de combat et probablement attiré par la prime de l'annexe (50 euros) vient d'être recruté à l'annexe. Clairement, il n' pas le profil pour venir travailler à l'annexe. Par rapport à ce genre d'agents, on doit alerter la direction* » (psychiatre de l'équipe soin).

Au terme de l'entretien, si celui-ci se révèle positif, s'ensuit un stage d'une durée variable permettant de tester la capacité d'adaptation de l'agent aux particularismes de la population de l'annexe et des pratiques professionnelles qui les visent : « *S'il n'y a pas de contre-indications, on essaie l'agent pendant une période d'1 à 2 mois pour voir s'il tient correctement son poste et après on décide de le garder ou non*» (directeur de l'annexe de Forest). Il est toutefois toujours possible pour le directeur à l'issue du recrutement d'y mettre fin après avis du psychiatre et du chef surveillant : « *J'ai un autre moyen de contrôle qui est de retirer les agents faibles de l'annexe. Je l'ai déjà fait avec 3 agents en 2 ans, mais ils sont*

tous revenus. Ils ont postulé et je leur ai fait passer un entretien de recrutement comme pour les nouveaux et j'ai décidé de les reprendre car ils ont tous compris la leçon et se sont rendus compte que leur place n'était pas immuable. Les syndicats ne sont pas intervenus dans le recrutement » (directeur de l'annexe de Forest).

Il n'en va pas de même au sein de l'établissement de défense sociale de Paifve où l'établissement ne peut choisir les agents que la direction reçoit, comme on l'a déjà relevé. Les membres des équipes de surveillance sont souvent affectés à Paifve pour rapprochement familial ou pour sanctions disciplinaires sans disposer de formations ni de vocations spécifiques, ce qui n'est pas sans poser problème à la direction: « *On n'a pas le choix du recrutement des agents puisque la mutation est en droit qui s'obtient par ancienneté et par grade. On a 180 agents dont la provenance est diverse, mais avec la caractéristique que beaucoup n'ont pas choisi de venir à Paifve. Il y a ceux au mieux qui ont décidé de se rapprocher de leur famille en venant à Paifve ; ceux qui ont été accidentés du travail dans un autre établissement ; ceux qui ont eu une mesure disciplinaire, connu un blâme. Beaucoup des agents sont des agents dont l'AP a voulu se débarrasser* » (directrice adjointe, EDS de Paifve) ; « *La provenance des agents et leur absence de motivation et de formation pose problème. Quant ils arrivent à Paifve, ils ne sont pas formés et n'ont pas de sensibilité à la psychiatrie...Ce n'est qu'au bout de 6 mois qu'ils reçoivent une formation à Marneffe* » (directrice, EDS de Paifve).

Pour remédier à ces problèmes de motivation et de diversité de profil des surveillants, la direction de l'établissement a volontairement créé deux pavillons, l'un de type sécuritaire et pénitentiaire et l'autre de type communautaire pour recevoir des profils différents : « *j'affecte différemment les agents selon leurs orientations et leur sensibilité : ceux qui ont une sensibilité psychiatrique, je les affecte au régime communautaire et ceux qui préfèrent un rôle plus pénitentiaire je les envoie en cellulaire* » (directrice, EDS de Paifve).

Quant aux lacunes de formation, la direction de l'établissement de défense sociale de Paifve a tenté d'en réduire les effets en instaurant notamment des réunions interdisciplinaires où des psychiatres ont notamment pour mission d'acculturer les personnels pénitentiaires à la nosographie : « *On a des réunions au pavillon chaque semaine, ce sont des réunions interdisciplinaires où les agents pénitentiaires parlent du comportement des patients en présence de l'équipe médicale soin et de l'équipe SPS. Ces réunions permettent aux agents de s'initier à la nosographie et inversement, cela a aussi l'avantage de sensibiliser le personnel médical et les psychiatres aux problèmes rencontrés par les agents sur le terrain. Les psychiatres ont en effet appris à écouter les agents* » (directrice adjointe, EDS de Paifve).

Surtout, les surveillants travaillant au sein des annexes psychiatriques et au sein des établissements de défense sociale ont l'obligation de bénéficier d'une formation en santé mentale d'une durée de 3 jours dispensée au centre pénitentiaire de Marneffe. Cette formation comprend des modules sur la nosographie, les différentes maladies mentales et l'adaptation du comportement des agents aux patients atteints de maladie mentale, la médication, la diversité et les préjugés souvent présents concernant la maladie mentale, le secret professionnel, la rédaction de rapports et les informations principales devant y figurer, ainsi que sur la présentation du système de défense sociale. Cette formation spécifique aux agents de l'annexe et des établissements de défense sociale est le résultat

d'une concertation entre directeurs d'établissement qui se sont entendus pour pallier au manque de connaissance de leur personnel pénitentiaire : « *On s'est réunis pour finaliser ce programme de formation spécifique. Cette formation est obligatoire pour les francophones, alors qu'elle ne l'est pas pour néerlandophones* » (directeur de l'annexe de Forest).

Le poids de la formation chez les experts de la dangerosité

En ce qui concerne les psychiatres composant les services de soin et d'expertise de l'annexe psychiatrique de Forest, semble dominer le courant psycho-dynamique dont ils ont pris connaissance lors de leurs études. Ce courant psycho-dynamique semble l'emporter sur l'école psycho-éducative, ainsi que sur le comportementalisme au sein de l'équipe d'expertise : « *L'école de pensée dominante parmi les psychiatres de l'équipe soin est la psycho-dynamique. On est globalement pour un travail de soutien psychiatrique, alors que certains collègues sont plus formés à la psycho-éducation (stimulation sur l'hygiène, etc.). On s'interroge mutuellement, mais on n'a pas de réels affrontements. Au sein de l'équipe SPS, il y a aussi une sensibilité à la psycho-dynamique qui domine un peu dans l'équipe. Il y a aussi une sensibilité comportementaliste mais qui est plus faible, alors qu'à l'EDS de Tournai, elle est très forte. Mais, il ne faut pas donner beaucoup d'importance à ces écoles de pensée à partir du moment où il y a un pragmatisme des lieux et de la prise en charge. Il y a en pratique très peu d'utilisation des modèles théoriques. Seulement 5 patients de l'annexe travaillent par exemple dans un souci thérapeutique. C'est un travail de construction avec une tentative d'ouvrir des possibilités d'un questionnement. C'est plutôt un travail thérapeutique* » (psychiatre, équipe de soin de l'annexe de Forest).

Au sein de l'équipe d'expertise, on ne trouve en effet qu'un psychiatre flamand prônant une évaluation comportementaliste et actuarielle des détenus demandant une libération anticipée à la commission de défense sociale. Ce psychiatre a, semble-t-il, été marqué par sa formation « forensic » d'une durée d'une année et une expérience professionnelle en Angleterre où il a appris à se servir des grilles actuarielles et des « *testings* » et à poser « *des diagnostics en fonction des risques statistiques* ». L'usage de l'actuariat est une manière pour lui d'affirmer un professionnalisme que ses collègues francophones n'auraient pas selon lui, car l'évaluation des risques implique des connaissances fines des pratiques américaines et anglaises et un savoir-faire qui permet d'évaluer plus rapidement les patients.

Les plateformes de concertation en matière de santé mentale réunissant un ensemble de professionnels

Des plateformes de concertation entre professionnels de la santé mentale ont été mises en place notamment pour répondre à des enjeux de coordination des professionnels du secteur de la santé mentale (psychiatres des services d'expertise et des services de soin travaillant en annexe psychiatrique et en EDS, travailleurs sociaux, psychiatres travaillant dans des structures ouvertes, directeurs d'annexes et d'EDS, etc.), mais aussi à des enjeux de constitution de réseau et des enjeux de formation de ces différents professionnels. On trouve notamment une plateforme bruxelloise, ainsi que la plateforme picarde en région montoise. Le principe du réseau est de proposer des

animations qui prennent le plus souvent la forme d'interventions de spécialistes de la santé mentale et de colloques.

Les thématiques abordées lors de ces interventions sont relativement larges et comprennent notamment les questions de législation, de pratiques professionnelle, de courants de pensée psychiatrique (par exemple, le courant neurologique, etc.), de projets inhérents à certains établissements, de présentation de structures, etc.

La réalité législative, judiciaire et institutionnelle du système de défense sociale passée en examen au cours de cette première partie doit être à présent mise à l'épreuve des pratiques qui ont cours au sein des différents établissements. L'approche ethnographique est le moyen que nous avons choisi pour tenter de cerner ces pratiques (voir deuxième partie).

Chapitre 2. La dangerosité en question en France

1. Y-a-t-il une défense sociale à la française ?

Par Camille Lancelevée

Si une appréhension purement formelle des dispositifs institutionnels pourrait donner l'impression que la France et la Belgique s'opposent radicalement autour de la question de la dangerosité, nous verrons que si ces instituions renvoient à deux idéaux-types différents, on trouve cependant des ressemblances importantes entre des espaces qui portent certes des dénominations différentes mais procèdent de logiques similaires. Il semblerait dès lors que l'on peut parler d'une « défense sociale à la française ». Nous verrons dans une première partie que si la dangerosité est loin d'être une création contemporaine, elle semble retrouver depuis une dizaine d'années, à la faveur d'une configuration sémantique sécuritaire, ses lettres de noblesse. Dans une seconde partie, nous verrons que la défense sociale, que l'on peut considérer comme un courant remettant en question la division habituelle entre responsabilité et irresponsabilité pénale, et proposant pour certaines catégories de la population pénale de substituer la peine par un traitement médico-éducatif a existé en France comme en Belgique et influe depuis le début du XXème siècle sur les pratiques de la justice. De façon symptomatique, le rôle de l'expert psychiatre n'a cessé, au cours de cette période, de prendre de l'importance. Dans une troisième partie, nous nous intéresserons à la tentation toujours plus forte du législateur de rabattre la peine sur le soin, et de convoquer la psychiatrie pour traiter « la » dangerosité

1.1. La dangerosité, un vieux concept remis sur le métier

1.1.1. La découverte de « l'homme dangereux » au XIXème siècle

La recherche des déterminants du crime est ancienne et l'idée d'une dangerosité intrinsèque au criminel fait florès au XIXème siècle, siècle où « la frontière entre crime et folie est devenue définitivement perméable » (Renneville, 2004, 654). Selon les nombreux historiens qui se sont penchés sur les sources historiographiques (Castel, 1976); (Mucchielli, 1994) ; (Renneville, 2003), ce siècle inscrira dans la loi le principe de responsabilité (avec l'article 64 du code pénal de 1810) mais verra également naître un principe concurrent, celui de la dangerosité, au nom duquel la peine ne devrait pas seulement être équitable, mais également protéger la société.

Le concept de dangerosité, « inventé » par Raffaele Garofalo en 1878 qui définit la témibilité comme la « perversité constante et agissante du délinquant et la quantité de mal qu'on peut redouter de sa part en sa capacité criminelle, d'où les termes parallèles, périculosité, redoutabilité, dangerosité, état dangereux » (Kaluszynski, 2008) a vite complété la panoplie prophylactique développée par les hygiénistes et aliénistes de l'époque : le crime peut être prévenu, il suffit d'en identifier les causes. A la faveur d'une problématisation médicale de la criminalité, l'idée germera à la fin du XIXème siècle

de réserver un traitement médico-pénal particulier au « criminel-né » (Lombroso, 1895), ou au dangereux.

Penser la folie du crime, voilà l'un des buts des courants d'anthropologie criminelle qui émergent au milieu du XIXème siècle (Mucchielli, 1994) en s'inspirant des théories médicales disponibles : phrénologie (développée par François-Joseph Gall mais radicalisée autour d'une recherche déterministe des causes de la monomanie homicide par ses héritiers) ; physiologie (et tendances hygiénistes des différentes « sociétés » à l'œuvre au cours du siècle[8]) ; recherches sur l'hérédité et la dégénérescence menées par Benedict-Augustin Morel dans les années 1850.

Evolutionnisme et hérédité constituent, à la fin du XIXème siècle, le paradigme dans lequel s'inscrit la grande majorité des travaux scientifiques : en ce sens, Cesare Lombroso, auteur de *l'Uomo Delinquente* et porte-drapeau de l'anthropologie criminelle italienne est « plus un héritier qu'un pionnier » (Mucchielli, 1994, 39). Si toute l'anthropologie criminelle ne se prête pas au « grand examen » lombrosien, c'est-à-dire à la recherche des causes strictement biologiques du crime, mais intègre également des déterminations sociales[9], la notion de libre-arbitre est généralement remise en cause par ces courants : l'homme n'apparaît plus seul responsable de ses actes. Comme l'explique Paul Fauconnet (Protais, 2011), pour Lombroso, « l'acte volontaire est l'effet nécessaire de la réaction d'un caractère donné dans des circonstances données ».

Si la dangerosité est d'origine biologique, organique ou atavique (sociale), et constitue une qualité immanente du sujet que l'on peut découvrir en isolant certaines propriétés alors il est logique que le principe de « responsabilité pénale », basé sur l'exercice du libre-arbitre et inscrit dans l'article 64 du code pénal de 1810 soit considéré comme une « fiction anthropologique » qui consacrerait le « le mythe de l'homme rationnel et raisonnable, libre de se définir » (Protais, 2011, 74) ; cette « chimère métaphysique qui doit disparaître au profit d'un dispositif de « défense sociale » » (Renneville, 2003, 14). Devrait dès lors se substituer à la peine pénale, issue de la tradition beccarienne (légalité de l'infraction, proportionnalité de la sanction), une série de mesures administratives reposant non plus sur la responsabilité pénale mais sur une responsabilité sociale du criminel. C'est l'idée développée par le courant du positivisme pénal qui se développe, proposant « un système de peines basé sur une connaissance positive et scientifique des comportements humains pour éradiquer ceux de nature criminelle » (Protais, 2011, 75). Le XIXème siècle est donc celui d'une « infiltration progressive » de la logique positiviste[10] dans le droit pénal classique.

Le contexte historique (bouleversement économique et industriel) favorise cette idée, véritable « obsession créatrice au XIXème siècle » (Kaluszynski, 2008) et le conflit grandit entre le principe de

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

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

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

responsabilité (qui procède d'une logique du tout ou rien) et le principe de la dangerosité (qui souhaite nuancer la dichotomie et calibrer le traitement réservé au criminel en fonction de son degré de nuisance sociale potentielle). En d'autres termes, faut-il juger en fonction de la dangerosité de l'infracteur ou de la gravité de l'acte ?

1.1.2. « Un retour de l'homme dangereux ? »[11]

Cette question semble avoir fait un retour en force au cours de la décennie 2000 en France comme en attestent les différents rapports consacrés à la question de la récidive et de la dangerosité. Le concept d'« homme dangereux » revient sur le devant de la scène à la faveur d'un mouvement de durcissement du traitement pénal.

Le terme de « dangerosité » apparaît ainsi dans deux lois françaises récentes – la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale. Ces deux lois opèrent un lien logique entre dangerosité, récidive et trouble mental, rabattant ainsi la dangerosité criminologique (le risque de récidive) sur le trouble psychiatrique : est dangereux celui qui est susceptible de récidiver du fait de troubles mentaux non soignés… ou non guérissables. Ces deux lois ont été préparées par une série de rapports officiels dans lesquels on observe cette même préoccupation.

S'intéressant aux « modèles européens » de défense sociale, un document de travail du Sénat en 2004[12] sur l'irresponsabilité pénale pose les termes de la réflexion qui occupe le législateur jusqu'à aujourd'hui : « *l'examen des législations étrangères montre que, contrairement à la France, les autres pays laissent à la juridiction pénale le soin de décider des mesures applicables aux délinquants atteints de troubles mentaux* ». Les pays concernés sont ici notamment l'Allemagne et les Pays-Bas, qui disposent de mesures de sûreté pour les personnes condamnées mais présentant de troubles mentaux grave. C'est dans cette perspective et avec la volonté d'adapter au cadre français des modèles inspirés d'autres pays que vont se succéder plusieurs rapports entre 2005 et 2010. Le rapport de la commission Burgelin[13] préconise ainsi la création d'un « centre fermé de protection sociale », « *terminologie rejoignant trois préoccupations majeures de la commission : l'absence de toute connotation pénale, la mise à l'écart de la vie sociale, et l'instauration d'un suivi des personnes enfermées* » (p.79)).

Et si un rapport de la Haute Autorité de Santé[14] recommande en 2006 la « *plus extrême prudence sur l'existence d'un lien causal entre organisation de la personnalité à expression psychopathique et délinquance* » (p.6) et déconseille fortement l'usage de certains outils actuariels de mesure de la dangerosité, cela n'empêche pas la production de nouveaux rapports en « réponse à la dangerosité » : ainsi en 2006 le

11 Voir Kaluszynski, 2008

12 Sénat, L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, document de travail du Sénat, février 2004, n° LC 132.

13 Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin, « Santé, Justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive », Ministère de la Justice, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, juillet 2005.

14 Haute autorité de santé, Audition publique sur la prise en charge de la psychopathie, 15 et 16 décembre 2005, Paris (Ministère de la Santé et des Solidarités). Rapport d'orientation, Mai 2006.

rapport Garraud,[15] sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux reprend l'essentiel des préconisations de la commission Burgelin. Le rapport Goujon-Gautier[16] apporte, en juin 2006, une nuance : il s'agit non pas de créer des centres de protection sociale, mais plutôt « *des unités spécifiques pour les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux* », dans lesquelles les personnes détenues « *pourraient être accueillis pendant la durée de leur peine et au-delà, si leur état le nécessite, dans des structures hospitalières qui pourraient constituer des unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour* ». L'idée est toujours celle de circonscrire une population, les « fous dangereux », et de la placer hors d'état de nuire.

Mais qui sont ces « dangereux » ? Si ces rapports rappellent régulièrement le « caractère pluriel et multifactoriel de la dangerosité », qui « *suppose qu'à la pluridisciplinarité de son évaluation fasse écho une diversification des modes de prise en charge.* » (Commission Burgelin, p.39), ce n'est souvent qu'une précaution de langage puisque le problème posé est toujours celui de la dangerosité des « malades mentaux », problématisation qui suppose a priori que soient corrélés la violence et le trouble mental, malgré le nombre d'études invalidant ce lien (Lovell, Cook et Velpry, 2008 pour un état de la littérature). C'est d'ailleurs ce que rappelle le rapport Garraud (p.17), bien conscient qu' « *alors que la violence dangereuse est communément associée à la maladie mentale dans l'opinion publique, les travaux disponibles ne permettent pas d'établir ce lien* », pour oublier quelques pages plus loin cette mise en garde et parler au singulier de LA dangerosité (sous-entendue celle des infracteurs présentant des troubles mentaux).

Les contours de la population visée reposent dès lors sur un accord tacite et ces rapports s'affranchissent d'une définition rigoureuse[17], autorisant de nombreux amalgames. Ainsi, le rapport Lamanda,[18] rédigé en 2008 sur la base des rapports précédents (aucune recherche ou audition supplémentaire d'expert n'est mentionnée) ne se donne plus la peine de distinguer les dangerosités criminologique et psychiatrique et les replie l'une sur l'autre : « *Les auditeurs de justice, les élèves avocats, les futurs médecins et psychologues devraient recevoir un enseignement relatif à l'état de dangerosité provoqué par des troubles mentaux ou du comportement, les cours alternant avec des présentations cliniques. Une fois dans la vie professionnelle, ils devraient pouvoir approfondir périodiquement leurs acquis et partager leurs expériences, lors de stages appropriés. Il importe, en effet, que la dangerosité criminologique d'un individu puisse être débattue contradictoirement et pertinemment devant les juridictions, compte tenu des*

15 Rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier Ministre à Jean-Paul Garraud sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, « Réponses à la dangerosité », octobre 2006.

16 Rapport d'information fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale par la mission d'information (présidée par Philippe Goujon et Charles Gautier) sur les « Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses », juin 2006.

17 Seuls les rapports émanant des autorité de la santé se prêtent à un véritable effort de définition, ainsi HAS en 2010 sur la dangerosité psychiatrique qui convie des psychiatres, épidémiologistes à présenter les aspects cliniques, facteurs de risques généraux et spécifiques de violences hétéro-agressives ou encore le rapport de l'académie de Médecine sur la prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels.

18 Rapport à Monsieur le Président de la République par Vincent Lamanda, premier président de la Cour de Cassation, « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », 30 mai 2008.

conséquences que peut entraîner une décision en la matière. ». Cet amalgame entretenu par les rapports entre « troubles mentaux » et « troubles du comportement » et plus généralement entre « aliénés criminels » et « récidivistes de crimes grave » (et tout particulièrement d'agressions sexuelles) est d'autant plus frappant que d'autres pays, la Belgique notamment, tentent ces dernières années de distinguer ces deux « populations » (cf. la loi de 2007 présentée dans la partie belge).

Dans quelques-uns des rapports sus-mentionnés (les rapports Burgelin, Garraud, Goujon-Gautier) le raisonnement s'appuie sur le consensus de l'indignité de l'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux mais également (rapport Lamanda) sur le caractère intolérable de certains crimes commis par des personnes présentant des troubles mentaux (ou du comportement) importants. Comme le précise le rapport Lamanda dans son introduction : « *l'actualité est ainsi marquée par la répétition de faits divers impliquant des individus d'autant plus inquiétants qu'ils sont, à la fois, singulièrement monstrueux et banalement ordinaires, et qu'une sanction classique temporaire ne semble pas avoir prise sur eux. Nombre de nos concitoyens partagent cette vision. Et pourtant, les mêmes, confrontés à des situations concrètes, en qualité de jurés de cour d'assises, hésiteront parfois à prononcer de très longues peines de nature à mettre à l'écart les intéressés quasi définitivement. Tout emprisonnement a son terme. C'est précisément le contrôle des criminels les plus dangereux, après leur sortie de prison, qui, aujourd'hui, pose un problème d'une acuité accrue.* »

In fine, la dangerosité et la philosophie de la défense sociale pénètrent durablement la doctrine juridique, la réflexion politique et le droit positif. Un « nouveau type de positivisme juridique » (Doron, 2008) semble voir le jour et la mise en place en février 2008 d'un centre socio-médico-judiciaire de sûreté (rétention de sûreté) semble en attester : à la réponse pénale classique est venue se superposer une réponse sociale qui se matérialise dans une mesure administrative d'enfermement potentiellement illimitée dans le temps, à l'instar des Centres de Défense Sociale belges. La commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté rappelle d'ailleurs le fonctionnement des « commissions de défense sociales » (voir partie belge).

Sous le feu de la critique – et concernant prioritairement des personnes déjà arrivées au terme de longues années d'incarcération – cette structure, située dans l'hôpital de Fresnes est vide depuis 2008[19]. Mais à trop se concentrer sur la nouveauté du dispositif, les critiques de professionnels et de scientifiques (Wyvekens, 2009) en ont parfois oublié qu'il s'enracinait dans une histoire institutionnelle plus longue : « *si la loi du 25 février 2008 peut avoir été analysée avec raison comme une rupture profonde de notre droit positif, c'est à la condition d'ajouter que sa logique fut très présente à l'esprit des juristes même durant la période récente et à l'intérieur d'un courant doctrinal dont l'humanisme et l'attachement profond aux droits de l'homme ne font de doute pour personne.* » (Danet, HAS, 2010). C'est donc pour nuancer cette rupture tant décriée par les professionnels – tant juristes que psychiatres –

19 Elle ne peut de toutes façons accueillir que des personnes pour lesquels la rétention de sûreté a été prononcée ab initio et qui viennent de purger leur peine de prison ou pour des personnes qui ont contrevenu aux obligations d'une surveillance de sûreté, prononcée elle par le Juge de l'Application des Peines.

que nous tentons maintenant de reprendre le fil de l'histoire de ce qui pourrait bien être « une défense sociale à la française ».

1.2. La défense sociale en filigrane

1.2.1. Pas de centres de défense sociale en France…

En France et à travers l'Europe, le courant de la défense sociale fait de nombreuses émules au début du XXème siècle. Plusieurs propositions sont rédigées pour instaurer des asiles spéciaux afin de gérer les sujets à mi-chemin entre le crime et la folie et différentes expériences sont menées, y compris en France, pour résoudre cette « nouvelle » question. Le droit pénal français est donc marqué profondément par deux conceptions différentes de l'individu, conceptions qui évoluent *« sous un mode syncrétique entre une ontologie idéaliste qui prône une conception expiatoire de la peine et une ontologie déterministe attribuant à la peine une fonction préventive et protectrice de l'ordre social »* (Protais, 2011, 77).

Dès 1844, soit 6 ans après la création de l'asile psychiatrique, Baillarger rédige une note sur les causes de la folie chez les prisonniers. Les malades mentaux continuent d'affluer en prison (Senon et Manzarena, 2004) et rendent nécessaire la création d'un *« établissement pour les aliénés vagabonds et criminels »* (Brierre de Boismont, cité par Renneville, 2004). Traitement mi-pénal mi-médical, cette structure préfigure ces « *centres de défense sociale* » qui verront le jour en Belgique. En France, quelques expériences pénitentiaro-psychiatriques voient le jour mais sont rapidement abandonnés : ainsi le quartier des condamnés aliénés et épileptiques de Gaillon sera fermé en 1906 et ses condamnés confiés à l'asile d'aliénés de Villejuif (Manzarena, Senon, 2004).

La volonté existe donc de réformer la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, et pourtant les quelques propositions ne seront pas validées par l'assemblée nationale (Renneville in collectif 2002) : ainsi le député Maurice Caujole propose de créer des annexes psychiatriques et des laboratoires de bio-criminologie, mais voit son projet rejeté, sans doute, selon Marc Renneville, parce que l'assemblée attendait un projet plus global ; le projet Matter-Chéron, qui prévoit de mettre en application des mesures de sûreté est critiqué pour sa rigidité. Une annexe psychiatrique de Loos-Les-Lille dans les années 1920, et suite à un décret en mars 1936, *« des services d' « examen psychiatrique » ou centres d'orientation régionaux (CRO) apparaissent à Fresnes, à La santé et à la Petite Roquette. Ces services se heurtent aux résistances de l'administration pénitentiaire qui accusent le psychiatre de « fabriquer le fou » et de « susciter la simulation » »* (Manzarena, Senon, 2004).

Pourquoi les institutions de défense sociale ne se pérennisent pas en France ? Martine Kaluszynski avance l'hypothèse d'une tension entre différents intérêts professionnels : la Troisième République est en effet une « République de Juristes » (Kaluszynski, 1994), les juristes se sont opposés avec hostilité aux apports d'une anthropologie criminelle qui ruine la notion de libre-arbitre et remet en question le rôle et le territoire des magistrats. D'ailleurs, les juristes français (à quelques exceptions près) ne participent pas aux grands congrès d'anthropologie criminelle, contrairement à leurs homologues allemands ou belges (Von Liszt ou Prins notamment) qui développent une approche

éclectique conciliant la peine classique et les principes de la défense sociale (Renneville in Collectif, 2002). Les juristes français se rassemblent plutôt autour de la Société Générale des Prisons (fondée en 1877 pour la réforme pénitentiaire). Au début du XXème siècle, l'hostilité des juristes décline avec l'entrée en scène d'une médecine légale moins déterministe, mais les *« rivalités entre une vieille profession aux traditions ancrées et une jeune profession montante qui se stabilise »* entraîneront la mise en place d'une *« équilibre tacite de part et d'autre et (révéleront) des territoires chasses gardée par l'un et par l'autre »* (Kaluszynski, 1994, 227). Le partage des terrains se fait donc au bénéfice du droit positif et au détriment des expérimentations institutionnelles de « défense sociale »[20].

1.2.2. … mais l'idée de la défense sociale fait son chemin

Si les années 1930 ne concrétisent pas sous une forme institutionnelle les théories de la défense sociale, celle-ci ne quitte cependant pas la scène pénale et législative : après la seconde guerre, les partisans de la défense sociale sont nombreux : ainsi Paul Amor, initiateur de la réforme pénitentiaire de 1945 propose la création, dans des établissements pénitentiaires « plus humains », d'annexes psychiatriques, chargées de repérer mais également d'orienter les personnes détenues souffrant de troubles mentaux. La « réforme Amor » créera ainsi un centre national d'observation à Fresnes ainsi qu'un centre d'observation spécialisé pour les détenus psychopathes (i.e. malades mentaux) au centre pénitentiaire de Château-Thierry[21].

Fondateur d'une « nouvelle défense sociale », Marc Ancel propose en 1959 un avant projet de loi qui repose principalement sur la distinction opérée entre l'aliéné (totalement incapable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes) et l'anormal (qui n'est pas pleinement capable d'apprécier le caractère délictueux de ses actes) (Danet, 2008). Pour le second – qui n'est pas considéré comme un criminel-né incurable mais plutôt comme un être déviant mais susceptible d'être traité – des mesures de défense sociale, c'est-à-dire un hébergement spécifique et un traitement médico-répressif seront décidés par le juge et se substitueront à la peine (Danet, HAS, 2010). Si ce projet n'est pas directement traduit dans la loi, ses ambitions infiltrent la doctrine et les réflexions des juristes de l'époque.

Mais les principes de la défense sociale sont tout particulièrement développés dans la justice des mineurs. Sur fond d'une dénonciation de la justice punitive (colonie pénitentiaire notamment), l'ordonnance du 2 février 1945 pose le principe général de l'irresponsabilité pénale des mineurs et affirme que la réponse pénale doit être curative, réhabilitatrice et éducative (Bruel, 2007). Cette idée sera renforcée par l'ordonnance du 23 décembre 1958 sur l'enfance en danger, qui s'attache à identifier des situations qui pourraient être génératrices à terme de délinquance (Bruel, 2007). La délinquance juvénile est ainsi considérée comme le symptôme de déficiences bio-psychologiques,

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

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

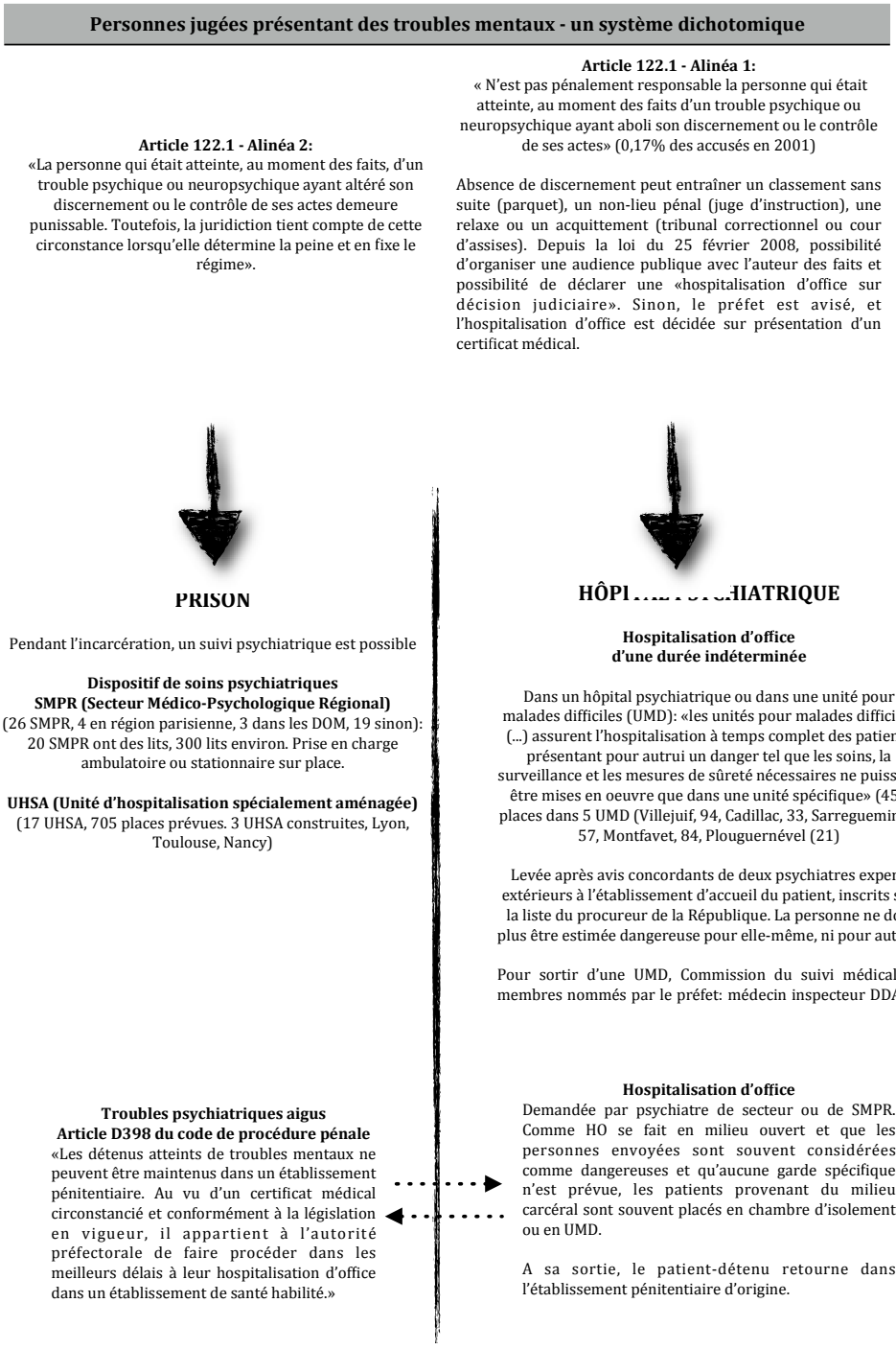
sociales ou relationnelles, et doit dès lors être traitée dans des centres d'observation et des institutions publiques d'éducation surveillée.

L'idée d'annexes psychiatriques progresse puisque le code de procédure pénale de 1958 définit la notion de « services psychiatriques en milieu carcéral ». Il s'agit de mettre en place, dans les maisons d'arrêt, des « consultations d'hygiène mentale » sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministère de la justice (Manzarena, Senon, 2004), mais également d'organiser pour les détenus consentant des cures de désintoxication alcoolique. Un examen systématique de dépistage est proposé, et la possibilité d'hospitaliser d'office les détenus malades est introduite (§D398 du Code de Procédure Pénale). Des centres médico-psychologiques régionaux expérimentaux voient le jour à la Santé et à Lyon, ainsi qu'un secteur de psychiatrie à Fleury et la circulaire du 30 juillet 1967 officialise la création des CMPR, en plaçant le personnel médical sous l'autorité du chef d'établissement. En 1977, une circulaire interministérielle justice-santé décide de la création de 17 CMPR qui seront transformés par le décret du 14 mars 1986 en SMPR, *secteurs* médico-psychologiques régionaux. Ces secteurs sont placés sous la tutelle de l'hôpital psychiatrique et intégré à la logique sectorielle qui organise alors la psychiatrie française, mais nous verrons ci-après que cette apparente « rupture », pensée en termes de « désenclavement » des établissements pénitentiaires doit être relativisée (voir aussi Bessin, Lechien, 2000).

Entre soin et peine, plusieurs projets de réforme du code pénal (1976, 1983) prévoient la création d'un établissement spécialisé sous double tutelle pour les individus qui présenteraient un trouble psychique mais ne seraient pas considérés comme « irresponsables ». Cependant, si cette nouvelle catégorie d'individus apparaît dans le nouveau code pénal de 1991 avec l'article 122-1 alinéa 2[22], ils ne seront pas envoyés dans un établissement spécialisés mais « demeurent punissables » et risquent une peine de prison. Trois catégories d'individus sont ainsi définies mais deux formes de traitement sont proposées : l'hôpital d'un côté pour les « individus dont le comportement est entièrement déterminé par la maladie mentale » ; la prison de l'autre pour « *les individus dont le comportement est influencé mais non exclusivement par la maladie mental* » et évidemment pour ceux qui sont exempts de troubles (Protais, 2011, 88).

Le dispositif se stabilise – pour les condamnés adultes – autour de ces deux filières, qui continuent aujourd'hui à structurer la prise en charge des personnes condamnées présentant des troubles mentaux (voir schéma ci-dessous) :

22 Personnes qui « étaient atteintes au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes »



1.2.3. Entre prison et hôpital, la place devenue centrale de l'expert psychiatre

Symptomatique des hésitations de notre système pénal, la question de l'orientation entre ces deux filières prend une importance croissante au cours de la période. L'expertise psychiatrique n'est pas

de facture récente, puisque dès le code pénal de 1810, l'article 64[23] nécessite de statuer sur la « démence » de l'inculpé, et mobilise dès lors un savoir médical. Cependant, on remarque depuis une vingtaine d'année la sollicitation toujours plus grande du psychiatre en tant qu'expert, chargé d'assister le juge dans sa prise de décision.

En 1905, la circulaire Chaumié, qui nuance la dichotomie stricte du principe de responsabilité et prévoit une atténuation de responsabilité « chaque fois qu'une anomalie psychique liée à la commission de l'infraction est constatée ». Mais les médecins chargés d'expertiser ces délinquants refuseront bien souvent de délivrer ce qu'ils considèrent être des « brevets d'impunité », et concluront le plus souvent à la responsabilité des accusés concernés par cette circulaire (Renneville, 2004). La circulaire est retirée peu de temps après son adoption.

Dans la seconde partie du XXème siècle, le champ d'intervention de l'expert psychiatre et psychologue s'élargit. Ainsi avec la réforme du code de procédure pénal en 1958, l'expert doit répondre à de nouvelles questions concernant la « réadaptation sociale » et la « dangerosité » de l'accusé :

« Après avoir pris connaissance du dossier et s'être entouré de tous les renseignements utiles, procèderont à l'examen psychiatrique du susnommé et répondront notamment aux questions suivantes:

1) L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent
2) L'infraction qui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ?
3) Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
4) Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
5) Le sujet est-il curable ou réadaptable ? » (Cité par Protais, 2011, 86)

La dangerosité s'invite aux procès, et tout particulièrement à ceux d'auteurs d'infractions et de crimes sexuels. En effet, « *posés par principe comme extérieurs à toute explication de nature économique ou sociale, les caractères réels ou supposés de ces infractions (permettent) de légitimer un débat judiciaire qui se (tient) non plus en termes de responsabilité mais de dangerosité du coupable* » (Danet, HAS, 2010, 31). Le principe de responsabilité pénale semble mis à mal par une logique de neutralisation, portée par le concept de dangerosité[243] si bien qu'on se demande finalement si cette logique n'est pas, au-delà des principes généreux du droit positif, toujours partie intégrante de l'acte de juger.

Et dans ce contexte, la figure de l'expert devient cependant centrale. De plus en plus sollicité, son rôle évolue également sur un plan qualitatif (Wyvekens, 2009). A l'expertise classique avant

23 « Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister »

24 Si une distinction est posée entre la dangerosité psychiatrique (liée aux symptômes de la maladie mentale) et la dangerosité criminologique (liée à l'activité proprement criminelle), elle s'avère finalement « étrange, puisque c'est au psychiatre seul que l'on confie le soin d'apprécier la seconde » (Danet, 2010, p.31).

jugement viennent s'en ajouter d'autres : expertise des victimes (loi du 17 juin 1998), expertise liée à l'injonction de soin, expertise post-sentencielle. Entreprise de la qualification d'un état passé (l'état dans lequel se trouvait l'inculpé au moment des faits), l'expertise doit maintenant répondre à des questions concernant le futur, la « réadaptabilité », la possibilité d'être traité, guéri, les chances de réinsertion. On « passe de l'expertise de responsabilité à l'expertise de dangerosité », *« même si ce n'est que dans la loi du 12 décembre 2005 que le terme de dangerosité apparaît en toutes lettre et qu'il est écrit explicitement que le constat du « risque de récidive » relève de « l'expertise médicale »*. (Pradel, Senon 2000, cités par Wyvekens, 2009)

Ces évolutions législatives ne marquent pas nécessairement une transformation mécanique des pratiques des experts psychiatres, qui tous passeraient d'une expertise diagnostic à une expertise pronostic. Elles ne préjugent pas non plus des usages de l'expertise qui consistent comme l'ont bien montré différents auteurs (Dumoulin, 2000 ; Cartuyvels, Sicot, 2009; Bensa, Fernandez, Lézé, 2010) en une co-construction de l'autorité entre experts et magistrats, qu'il ne faudrait pas résumer à l'application directe et irréfléchie des principes de la loi. Mais ces évolutions législatives marquent évidemment une modification du contexte dans lequel ces différents acteurs sont amenés à pratiquer leur art.

Et cette attention toujours plus grande envers la mesure actuarielle de la « dangerosité » des personnes inculpées traduit une volonté du législateur de neutraliser certains individus, par des mesures qui s'inscrivent dans la philosophie de la défense sociale. Quelles sont ces mesures ? Nous allons maintenant décrire les modalités de prise en charge de ces individus. Deux traits caractéristiques nous semblent se dessiner : d'une part, on assiste depuis plusieurs décennies à ce que l'on pourrait appeler une progressive « carcéralisation » de la prise en charge des troubles mentaux, qui s'accélère récemment avec l'ouverture des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). D'autre part, des modalités de traitement à mi-chemin entre la peine et le soin, destinées initialement aux auteurs de violence sexuelles mais étendues à de nouvelles catégories de détenus, semblent s'imposer depuis plusieurs années comme principe de prise en charge de la déviance.

1.3. Une carcéralisation de la prise en charge des troubles mentaux ?

1.3.1. Les détenus, des patients comme les autres ?

Dans les années 1980, la mise en place des secteurs médico-psychologiques régionaux semble s'inscrire en rupture avec la logique de la défense sociale. Pour des raisons internes au champ psychiatriques et aux évolutions de l'institution psychiatrique, les SMPR sont pensés sur le mode du secteur, un mode d'intervention de proximité qui fait alors autorité à l'extérieur des prisons : il s'agit d'apporter des soins psychiatriques à une population qui en était privée.

La circulaire de 1986 va d'ailleurs dans ce sens, puisqu'elle ne confie pas au SMPR la prise en charge des condamnés présentant des troubles mentaux (ceux qui seront bientôt concernés par l'article 122-1 alinéa 2) mais bien des actions de prévention et de soin en direction de la population pénitentiaire de l'établissement dans lequel elle est implantée. Le dispositif se cristallise ainsi autour d'une prise en charge générale en prison (SMPR puis prise en charge psychiatrique au sein des futures Unités de consultation et de soins ambulants – UCSA – sous la forme de petits dispositifs de soins psychiatriques – DSP) et d'une prise en charge exceptionnelle à l'hôpital (possibilité d'hospitaliser d'office une personne détenue en vertu du §D398 du CPP soit dans son hôpital de secteur, soit dans l'hôpital psychiatrique de proximité, soit, s'il présente une dangerosité particulière, dans une Unité pour Malades Difficiles).

Mais le soin n'est pas la peine et le recoupement est totalement exclu. On ne parle d'ailleurs plus d' « anormaux », de « demis-fous » ou de « criminels aliénés », mais de « troubles mentaux », de « pathologies psychiatriques ». Les spécificités de la population pénale telles qu'elles avaient pu être repérées par le courant de la défense sociale sont ainsi gommées. Changement de perspective, le rapport Chodorge montre en 1992 que l'administration pénitentiaire n'a pas les moyens de mener une politique de santé adaptée en prison tout particulièrement face aux « pathologies de la précarité sociales » et aux « pathologies psychiatriques ». La loi du 18 janvier 1994 confie au ministère de la santé la réalisation des soins de toute nature dans les établissements pénitentiaires et donne aux détenus le bénéfice de l'assurance maladie. Les personnes détenues deviendraient donc des patients comme les autres, et la question centrale est celle de leur accès aux soins.

La fin des années 1990 est marquée par la publication de plusieurs rapports sur la « santé mentale »[25], et la question s'invite également dans les établissements pénitentiaires. Il est d'ailleurs révélateur que le grand scandale des prisons, « humiliation de la République »[26] soit d'abord un scandale sanitaire[27] : l'idée que les prisons, sales et vétustes, puissent rendre des personnes détenues malades (sur un plan somatique et psychique) est alors insupportable. Plusieurs rapports, celui de l'IGAS[28] en 2001 par exemple, préconisent dès lors une meilleure prise en charge sanitaire des personnes détenues et notamment de celles qui souffrent de troubles mentaux par l'aménagement des locaux, le renforcement des équipes et l'amélioration du déroulement des extractions vers les hôpitaux publics.

25 A l'instar du Rapport de mission de Eric Piel et Jean-Luc Roeland intitulé : « De la psychiatrie vers la santé mentale » (Juillet 2001).

26 Ainsi que le titre le rapport du Sénat, Sénat : Prisons : une humiliation pour la République. (rapporteur : Guy-Pierre Cabanel), juin 2000. Voir aussi : Assemblée Nationale, 2000, La France face à ses prisons - Rapport de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, 2 tomes (rapporteur : Jacques Floch).

27 C'est en effet l'ouvrage d'un médecin qui ouvre cette période : Vasseur Véronique, 2000. Médecin-chef à la prison de la Santé, Paris : Le Cherche Midi, 198 p.

28 IGAS, « L'organisation des soins aux détenus », Rapport d'évaluation, juin 2001.

C'est la question de l'accès aux soins qui est ici centrale, dans un contexte où l'on « découvre » qu'une très large proportion de personnes détenues souffre de troubles mentaux. Ainsi une enquête de la DREES (Coldefy, Faure, Prieto, 2002) auprès de 2300 entrants en prison relève que plus de 50% des personnes détenues sont atteintes d'un trouble psychiatrique (de la dépression passagère à des psychoses grave) ou addictif (toxicomanie, alcoolisme) et que 11% ont été déjà hospitalisées pour des troubles psychiatriques. Une grande enquête épidémiologique menée par l'équipe Rouillon-Falissard en 2004 affine ces premières estimations et indique que trois détenus sur quatre présentent un trouble et que plus d'un détenu sur trois est « gravement malade » (Falissard, Rouillon, 2004 ; Falissard et al., 2006).

La tendance est alors à interpréter ces chiffres comme la conséquence des conditions pénitentiaires, pointées du doit pour leur caractère pathogène. La sursuicidité carcérale est d'ailleurs l'un des symptômes les plus inquiétants et fait l'objet d'une attention particulière comme le montre le rapport Terra en 2003. (Cliquennois et Chantraine, 2009). Comme l'indique l'un des épidémiologistes rencontrés en entretien, la notion de « dangerosité » est alors absente des débats :

Q. C'était une des volontés des commanditaires de travailler sur cette corrélation potentielle entre la dangerosité criminologique et le trouble psychiatrique ? Est-ce qu'on vous demandait de travailler cette question-là ?

R. Non, non, non c'était très santé publique politique, voilà. C'est-à-dire que ce sont des gens qui ont fait Sciences-Po, je caricature, enfin c'est comme cela que je le perçois. C'est-à-dire que ce sont des gens qui se disent ; ha il y a quand-même un problème en prison, il y a des malades mentaux en prison, alors ce n'est pas bien, est-ce que c'est bien, est-ce que ce n'est pas bien ? Les gens de la Santé qui étaient là pensaient : quand-même, il faut les soigner, enfin. C'est-à-dire qu'ils ont leurs jeux de rôle, il faut soigner les gens, il y a des malades en prison, il faut les soigner. Et puis il y avait la Justice : on est rempli de malades, est-ce que c'est notre boulot ou pas, enfin cela pose des problèmes de surveillance, ça fout le bazar. Donc, voilà, il y a une conjonction d'intérêts, alors là on dit : est-ce qu'on a des chiffres ? Non, donc on veut des chiffres.

On s'accorde à penser que la place des malades n'est pas en prison : le désaveu général envers la prison s'adosse au principe de la responsabilité pénale. Il s'agit dès lors de mieux appliquer l'article 122-1 (IGAS, 2001) et de rendre aux hôpitaux psychiatriques ceux qui relèvent de la psychiatrie. Le nombre d'hospitalisations d'office augmente rapidement : de 687 en 1998 à 1547 en 2003 et 1845 en 2005 (voir Le Bianic, Malochet, Fernandez, Lézé, 2009). Cette indignation est portée par les assemblées législatives, par les organismes publics, mais également par les professionnels : ainsi Catherine Paulet parle d'un « risque de ghettoïsation » des malades en prison (Paulet, 2002).

Indépendamment des intentions des acteurs, ce risque est en germe depuis les années 1990 et les pratiques n'ont jamais pu s'émanciper complètement des contradictions auxquelles elles se voient confrontées, comme l'ont bien montré Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien dans le rapport suscité (Bessin, Lechien, 2000) et comme nous le verrons dans les parties suivantes. Cependant, ce processus semble s'accélérer ces dernières années.

1.3.2. Vers une prise en charge carcérale des personnes détenues présentant des troubles mentaux.

Cette indignation collective permet de mettre au jour certains effets pervers de la prise en charge psychiatrique : ainsi, la forte prévalence des troubles mentaux en prison serait la conséquence de plusieurs phénomènes concomitants concernant **l'évolution de la psychiatrie** (mouvement d'ouverture de l'institution, diminution du nombre de lits, mais également développement d'une école contemporaine de psychiatrie qui préconise la responsabilisation des malades mentaux), **l'évolution de la justice** (moins de déclarations d'irresponsabilité pénale et au contraire, un développement de la reconnaissance d'"altération du discernement", qui entraîne paradoxalement une plus grande sévérité des jurés et des peines de prison plus lourdes), **l'évolution du système carcéral lui-même** (avec l'entrée de l'hôpital dans la prison, l'idée que les personnes condamnées peuvent être aussi bien, voire mieux prises en charge en prison qu'à l'hôpital psychiatrique s'est développée). (Bessin, Lechien, 2000 ; Brahmy, 2005 ; Bérard, Chantraine, 2008).

Dans un contexte d'augmentation des durées d'incarcération[29], la prison semble donc amenée à prendre en charge, pour des durées de plus en plus longue, des troubles relevant plutôt de l'hôpital psychiatrique. Si cette situation pouvait susciter l'indignation au début des années 2000, il semble que certains aient finalement accepté cet état de fait : ainsi le législateur semble demander à des SMPR qui concevaient leur action comme relevant de psychiatrie générale de se spécialiser dans la psychiatrie légale. En 2010, le rapport du Sénat[30] sur les « personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions » propose dans cette perspective que « les personnes dont le discernement est altéré soient affectées systématiquement dans les établissements pénitentiaires comprenant en SMPR » ce qui revient à officialiser la transformation de ces secteurs médicaux en « infirmeries du crime », dans un contexte où la loi pénitentiaire de novembre 2009 vient d'ajouter aux missions traditionnelles de la prison (garde et réinsertion) une mission de prévention de la récidive, conformément aux préconisations du rapport Lamanda.

Le principe de séparation entre le soin et la peine, placés sous la tutelle de deux Ministères différents semble donc remis partiellement en cause, ainsi qu'en témoignent les pressions exercées sur la pratique psychiatrique en milieu carcéral (que nous étudierons plus précisément dans la troisième

29 en 2003, la durée moyenne de détention dépasse 8 mois (alors qu'elle n'était que de 4 à 5 mois en 1980). Par ailleurs, en 1978 sont créées les peines de sûreté (temps incompressible de détention prononcé par le jugement), qui seront, en 1986, allongées à 30 ans, ce que l'on appelle communément la « perpétuité réelle ».

30 Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale par le groupe de travail sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions » par M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontès, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, 5 mai 2010. Ce rapport opère en fait la synthèse entre les principes de responsabilité pénale et sociale, puisqu'il préconise d'un côté d'appliquer réellement l'article 122-1 aliéna 1 (abolition du discernement) mais également l'article 122-1 aliéna 2, en prévoyant que « l'altération du discernement entraîne une réduction de la peine encourue comprise entre le tiers et la moitié de ce quantum », peine effectuée en prison, mais à proximité d'un service psychiatrique.

partie du rapport) : les incitations indirectes *à se soigner* sont nombreuses : ainsi dans le cas du *suivi socio-judiciaire*, mesure concernant l'après-prison (voir infra), il est clairement stipulé depuis la loi du 10 août 2007 que « *le condamné est (…) informé qu'il peut commencer son traitement pendant sa période de détention. Il est invité par le juge d'application des peines à entreprendre des soins. En cas de refus, il risque, sauf décision contraire du JAP, de se voir refuser le bénéfice de réductions de peines supplémentaires* » (Cartuyvels, Sicot et Wyvekens, 2009, 10).

Cette loi formalise peut-être des pratiques qui avaient déjà cours, de manière plus insidieuse, ainsi que nous le verrons dans les chapitres suivants. Cependant, la formalisation législative grave dans le marbre et légitime un ensemble de pratiques qui relevaient jusqu'à présent d'un bricolage professionnel (que nous étudierons dans le chapitre suivant).

A cette « carcéralisation » des soins psychiatriques et à l'imposition de la problématique de la dangerosité et de la récidive aux services psychiatriques en milieu carcéral, semble s'ajouter récemment la tentation de développer des structures de prise en charge psychiatrique spécialement destinées aux personnes détenues. Ainsi, les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), unités hospitalières sécurisées destinées aux personnes condamnées souffrant de troubles mentaux[31] sont présentées comme une solution visant à simplifier les liens entre prisons et hôpitaux psychiatriques, c'est-à-dire à décharger les seconds de la prise en charge des personnes détenues hospitalisées d'office. Le rapport Goujon-Gautier considère qu'elles pourront résoudre le paradoxe suivant : « *alors que les personnes qui consentent aux soins peuvent rester dans un cadre carcéral présentant les conditions de sécurité maximales, les détenus non consentant dont le comportement est souvent le plus violent sont traités dans des structures hospitalières dont la sécurisation apparaît à l'évidence moindre qu'au sein d'un établissement pénitentiaire* ». Mais cette solution institutionnelle, souvent présentée comme une forme « d'hôpital-prison »[32], semble contribuer à refermer la prise en charge des personnes détenues sur elle-même, et permettre « *même si elle ne s'articule pas à un système pénal de défense sociale, (…) une prise en charge alternative de malades mentaux ayant commis des crimes* » (Protais, 2011). Si l'adhésion des chefs de SMPR peut paraître étonnante, nous verrons plus loin qu'elle doit être plutôt interprétée comme une forme de résignation face aux dysfonctionnements pratiques des hospitalisations d'offices et comme une tentative de reprendre la main sur l'espace de soin. Cette solution institutionnelle met également en évidence que la nette séparation entre « soin » et « peine » est plus floue dans la pratique que dans les discours, et qu'un continuum existe évidemment entre ce qui relèverait d'un strict acte médical et d'une stricte punition disciplinaire.

L'indignation du début des années 2000 semble donc mise à mal à la fin de cette décennie, comme si la nouvelle logique « positiviste » (cf. supra) venait s'y hybrider et proposer des solutions concurrentes de prise en charge psychiatrique des personnes détenues présentant des troubles

31 Prévues par l'article 48 de la Loi d'Orientation et de Programmation de la Justice du 9 septembre 2002. Les premières UHSA (Lyon, Metz) ont ouvert leurs portes et au total, 9 UHSA sont programmées qui devraient proposer 450 lits. L'admission dans les UHSA pourra être demandée par un psychiatre de SMPR ou exerçant au sein d'une prison sur la base d'indications identiques à celles de l'hospitalisation en psychiatrie (hospitalisation avec ou sans consentement).

32 Voir par exemple l'article du 16/09/2010 : « le premier hôpital prison a été inauguré à Lyon », Marion Brunet, le Figaro.

mentaux, solutions qui pourraient bien constituer une « défense sociale » à la française. C'est également ce qu'indique la place grandissante accordée par la justice aux psychiatres, à la fois comme experts et comme soignants. Qui dit « défense sociale » dit, nous l'avons vu, que le traitement pénal se voit transformé ou remplacé par un traitement alternatif, médico-éducatif. Or l'une des transformations les plus évidentes de l'art de punir concerne, ces dernières années, le recours de plus en plus important aux professions médicales, à la fois au moment de juger (nous l'avons vu plus haut), mais également au moment de punir.

1.3.3. Quand la peine s'appuie sur le soin

Au-delà des murs de la prison, un phénomène de « psychiatrisation » de la peine semble se dessiner, justifié par la nécessité d'une prise en charge globale. Les temporalités de la peines semblent ainsi modifiées. Le soin pourrait bien être mobilisé voire instrumentalisé pour justifier cet allongement de la prise en charge pénale, allongement au-delà de la stricte punition qui renvoie bien à la philosophie de la défense sociale.

Nombreux, à commencer par Marc Renneville dans l'ouvrage *Crime et Folie* (Renneville, 2003) ont remarqué combien le prisme de la dangerosité « conduit à fusionner (deux) figures fantasmatiques (…) : le « criminel monstrueux » et le « fou dangereux » (Moreau et Protais, 2009) et donc à en appeler aux psychiatres pour prédire le risque mais également pour « prendre en charge » les individus concernés. La réflexion sur la récidive s'adosse, dans les rapports présentés plus haut, à un savoir psychiatrique (ou criminologique ou encore psycho-criminologique même si les professionnels interpellés sont bien les psychiatres et les psychologues) et la loi pénale s'aventure de plus en plus fréquemment sur le terrain du soin.

On prend souvent pour départ de l'obligation légale de soin la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, qui crée la peine de suivi socio-judiciaire et surtout l'injonction de soin, mais, comme le rappelle Marc Renneville, les soins pénalement contraints ont une longue histoire, puisqu'ils remontent aux mesures des années 1950 contre les conduites addictives (Collectif, 2002) - quant aux soins contraints administrativement, ils ont bien sûr une histoire encore plus longue (Castel, 1976)(Foucault, 1998). Mais depuis la fin des années 1990, une série de lois accusent un phénomène que l'on pourrait appeler « médicalisation » (Conrad, 1992) ou plutôt « psychiatrisation » du droit pénal, dans le sens où les actes délinquants ou criminels sont de plus en plus souvent expliqués par des troubles d'origine psychique ou mentale.

Ainsi, le suivi-socio-judiciaire instauré à partir de 1998, repose sur un contrôle post-carcéral fait d'obligations et d'interdictions équivalentes au sursis avec mise à l'épreuve mais prévoit de plus la possibilité, pour la juridiction de jugement, de prononcer une injonction de soin - c'est-à-dire l'obligation de consulter un médecin sur recommandation du médecin coordonnateur (souvent psychiatre) et sous le contrôle à distance d'un juge. La surveillance judiciaire, créée par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, qui consiste en des interdictions et des obligations identiques à celles du suivi socio-judiciaire, est elle prononcée par le

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

Fichés depuis la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité dans un « fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes », ce groupe est également la cible[33] de la loi sur la rétention de sûreté (25 février 2008) qui permet de maintenir enfermée une personne dont la peine est terminée[34] mais qui « *présente une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un grave trouble de la personnalité*[35] ».

Par ailleurs, si ces lois ont été pensées pour et s'adressent d'abord aux « auteurs d'infractions et de crimes sexuels », leur champ d'application ne cesse de s'étendre à d'autres actes criminels : ainsi le suivi socio-judiciaire peut, depuis 2004, concerner les atteintes criminelles à la vie, les enlèvements et séquestrations, les actes de torture et de barbarie, la destruction volontaire de biens par explosif ou incendie. « On voit bien pourtant comment l'effet de confusion s'étend : la loi sur la rétention de sûreté, initialement centrée sur les auteurs de violences sexuelles graves sur mineurs, a été élargie par l'Assemblée à tous les auteurs de crimes graves » (Cartuyvels, Sicot et Wyvekens, 2009, 15). La confusion consisterait ici à considérer que tous ces délits et crimes sont liés à un trouble mental, et à mettre de côté toute autre explication, de nature économique, politique ou sociale. Si la bonne réponse est du côté du soin, alors ces criminels… sont malades.

Par exemple, la surveillance socio-judiciaire, proposée par la loi du 12 décembre 2005, est décidée à l'appui d'une expertise psychiatrique « qui fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un *traitement* ». La dangerosité est donc ici envisagée comme un phénomène traitable médicalement. De même, la loi du 25 février 2008 prévoit la création de Centres Socio-*Médico*-Judiciaires de sûreté pour les récidivistes (qui sont donc envisagés comme des personnes nécessitant un traitement, en l'occurrence psychologique / psychiatrique) et révise les

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

34 Fortement encadrée par diverses procédures (nombreuses expertises, observation pluridisciplinaire de plusieurs semaines, commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, décision spécialement motivée après débat contradictoire), cette mesure de sûreté n'est pas rétroactive et ne pourra donc concerner que des personnes actuellement placés en réclusion criminelle d'au moins 15 ans pour certains crimes graves. Mais pour contourner la non-rétroactivité de la loi, celle-ci prévoit la création de la « surveillance de sûreté », qui soumet la personne sortant de rétention de sûreté ou d'une surveillance judiciaire à des obligations (injonction de soin, placement sous surveillance électronique). Le non-respect des obligations peut conduire en rétention de sûreté, ce qui permet in fine de contourner le principe de non-rétroactivité de la loi.

35 La seconde partie de cette même loi, réponse elle aussi à un fait divers, l'affaire Dupuy, du nom du malade mental qui avait tué en 2004 deux infirmières dans l'hôpital psychiatrique de Pau, remplace le non-lieu psychiatrique par une audience, permettant aux victimes de rencontrer et d'entendre l'accusé et les experts si elles en font la demande. En cas de « d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », le juge peut décider de mesures de sûreté (hospitalisation d'office mais également mesures similaires au suivi socio-judiciaire).

conditions de la déclaration d'irresponsabilité pour cause de troubles mentaux, reliant ainsi la question de la récidive à celle de la maladie mentale.

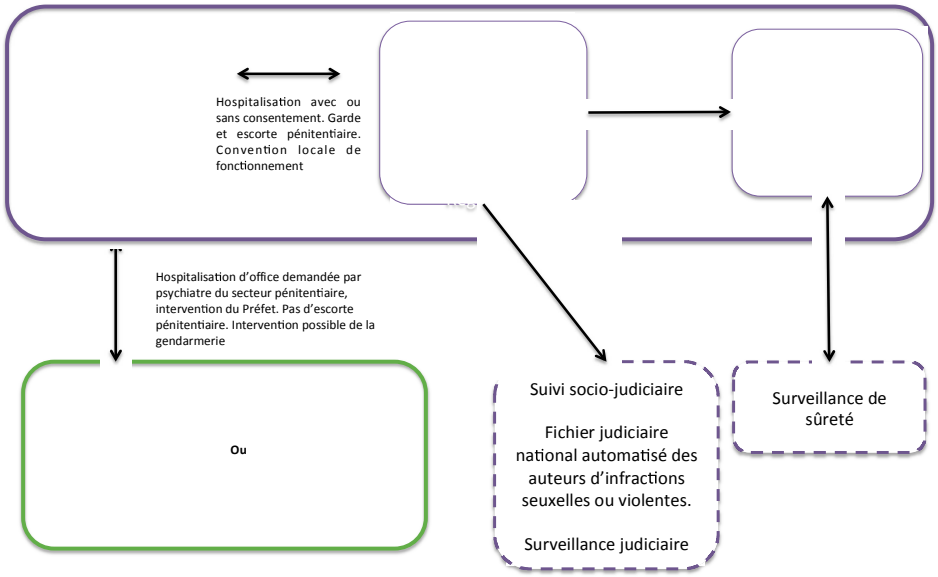
Cette peine (suivi socio-judiciaire) et ces trois mesures (surveillance judiciaire et rétention de sûreté, surveillance de sûreté) s'appuient directement sur le soin - psychiatrique en particulier - en incitant de plus en plus directement le législateur à prononcer une injonction de soin : « *ainsi depuis la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, celle-ci, jusque-là facultative, est devenue obligatoire (dans le cas d'un suivi-socio-judiciaire) sauf décision contraire de la juridiction de jugement.* » (Cartuyvels, Sicot et Wyvekens, 2009). Il en va de même pour la surveillance judiciaire.

Ainsi, une réponse « socio-médico-judiciaire » semble être apportée par le législateur à un ensemble de phénomènes de plus en plus larges, laissant penser que si la triple entente du soin, du social et de la peine semblait « utopique » (c'est-à-dire irréalisable) il y a 15 ans (Collectif, 2002), celle-ci est maintenant inscrite dans la loi, comme si les temporalités de la peine et du soin devaient maintenant se superposer parfaitement. Ainsi, la surveillance judiciaire est justifiée par la nécessité d'éviter une sortie « sèche » de prison, c'est-à-dire de briser la « continuité des soins »[36], dont tous les rapports mentionnés plus haut se font les thuriféraires. Le rapport du Sénat (2010) préconise ainsi de réduire systématiquement la durée de la peine pour les personnes dont le discernement a été considéré comme « alterné », mais de prévoir également le retrait systématique des crédits de réduction de peine et de prévoir qu'une obligation de soins s'applique pendant comprise entre la libération de la personne et le terme de la durée de la peine encourue. Bref, les personnes concernées par le second alinéa de l'article 122-1 devraient être condamnées à une peine de soins.

De la même façon, les personnes placées en rétention de sûreté seront soumises à un traitement hybride dans le Centre socio-médico-judiciaire, traitement partiellement « médicale ». Cela est surprenant si l'on considère qu'en amont de leur entrée au CSMJS, ces personnes auront eu de nombreuses années de prison pour entreprendre des soins. Le soupçon d'une « incorrigibilité » semble ainsi revenir en force avec la rétention de sûreté. La loi utilise d'ailleurs pour la première fois la catégorie nosologique floue et controversée de « trouble (grave) de la personnalité », indiquant que le trouble est pensé comme « *une manifestation aiguë (…) qu'on ne pense pas guérir mais qu'on doit seulement « chroniciser »* » (Danet, HAS, 2010, 34). Le soin deviendrait dès lors un auxiliaire de la peine, une nouvelle façon de s'assurer de l'effectivité de la peine.

36 Reprenant au nom d'un meilleur contrôle des « individus dangereux », une préoccupation déjà ancienne pour les professionnels, ces propositions laissent penser que les premiers intéressés, lorsqu'ils sont effectivement « malades », refusent de se soigner. Une allégation étonnante quand on se souvient que la décennie 2000 s'ouvre sur le constat d'un manque cruel de moyens pour la santé en prison… ou pas tant que cela si l'on considère que le prétexte de la continuité des soins permet surtout à la justice de garder sous sa main les personnes considérées comme dangereuses, dont on commence d'ailleurs à se demander si elles sont vraiment « guérissables ».

Schéma général de fonctionnement général (personnes condamnées)



Suivi socio-pénal après la peine de prison

Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

Loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

Loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté

SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE
Obligations et interdictions similaires au sursis avec mise à l'épreuve, possibilité de placement sous surveillance mobile (bracelet électronique), injonction de soin (obligatoire sauf décision contraire, prend effet à l'issue de la peine de prison). Le suivi socio-judiciaire est prononcé pour une durée définie ou illimitée par la juridiction de jugement, en plus d'une peine de prison ou à titre de peine principale, à l'encontre des auteurs d'agression sexuelle principalement.

NB: injonction de soin peut être décidée par le juge d'application des peines au moment de la libération sur expertise médicale. Le dispositif de l'injonction de soins met en jeu un psychiatre et un médecin « coordonnateur », désigné par le procureur de la République et en lien avec le juge de l'application des peines.

FICHIER JUDICIAIRE NATIONAL AUTOMATISÉ DES AUTEURS D'INFRACTIONS SEXUELLES OU VIOLENTES (FIJAIS)

SURVEILLANCE JUDICIAIRE
Obligations et interdictions analogues à celles du suivi socio-judiciaire à destination des délinquants sexuels (y compris injonction de soins). La surveillance judiciaire est ordonnée par le juge d'application des peines, sur réquisitions du procureur et à l'aide d'une expertise médicale qui « fait apparaître la **dangerosité** du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement ».

RÉTENTION ET SURVEILLANCE DE SÛRETÉ
La **rétention de sûreté** consiste en le placement dans un Centre Socio-Médico-Judiciaire de Sûreté (CMSJS – le premier est actuellement en construction dans l'établissement de Fresnes) de personnes condamnées à 15 ans ou plus de peine de prison s'il est établi que la personne « présente une particulière **dangerosité** caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un trouble grave de la personnalité ». Mesure prononcée (réservée) par la juridiction de jugement et décidée par une commission pluridisciplinaire après observation dans un service spécialisé chargé de l'observation de la personne. Durée d'un an, renouvelable par cette commission. Appel possible devant la juridiction nationale de la rétention de sûreté.

La **surveillance de sûreté** est en quelque sorte le suivi socio-judiciaire de la rétention de sûreté. Elle peut également être prononcée à la suite d'un suivi socio-judiciaire ou d'une surveillance judiciaire. Décidée par la commission pluridisciplinaire de la rétention de sûreté. En cas de violations des obligations et d'une particulière dangerosité, est mise en place une procédure d'urgence (placement dans un CMSJS!)

• • •

Nous avons dans ce chapitre montré que si la « dangerosité » refait surface depuis une dizaine d'année après une relative disparition de la notion au cours des dernières décennies, le mode de prise en charge auquel elle est associée, la défense sociale, n'est pas une nouveauté dans le système carcéral français, qui s'est grandement inspiré des initiatives entreprises ça et là dans les années 1930. L'époque contemporaine est peut-être plutôt caractérisée par une accélération du processus et par le développement de modes hybrides de prise en charge qui, au nom de la « dangerosité », renforcent des logiques de ségrégation et de neutralisation de catégories toujours plus large de populations déviantes.

Nous nous sommes concentrés ici sur les évolutions législatives et institutionnelles, et nous avons notamment remarqué que le législateur sollicitait de plus en plus fréquemment les psychiatres, à la fois dans un rôle d'expert et de soignant. Comment ceux-ci se positionnent face à ces évolutions ? Dans quelle mesure sont-elles souhaitées ou au contraire rejetées par les professionnels du soin ? Nous allons voir dans une seconde partie qu'elles viennent aiguiser des tensions déjà fortes au sein de la profession psychiatrique.

2. Quand la dangerosité interroge et transforme le champ psychiatrique en France

Par Frédéric Dugué et Camille Lancelevée

La première partie de notre rapport nous a permis d'identifier les contours d'une « défense sociale » à la française, qui s'inscrit dans l'histoire bicentenaire de l'institution carcérale et semble ravivée au cours de la décennie 2000 par la remobilisation du lexique de la dangerosité dans différents textes de loi – lexique qui avait été placé à l'arrière plan pendant près d'un siècle, mais avait continué d'irriguer les pratiques judiciaires. Cette approche diachronique nous a permis également de repérer la sollicitation et l'implication toujours plus grande des psychiatres et psychologues – en tant qu'experts et que soignants – au cours du 20ème siècle, qui se traduit à la fois par le développement de services de psychiatrie toujours plus étoffés au sein des établissements pénitentiaires et par le recours toujours plus large de la justice aux expertises psychiatriques et psychologiques.

Il nous a dès lors paru incontournable, dans un rapport sur la question de la dangerosité, de nous pencher sur la réception de la notion floue de « dangerosité » au sein de la profession psychiatrique. Loin de nous l'idée de résumer à grands traits ce qui a par ailleurs été longuement débattu dans d'autres arènes (voir HAS, 2010) ou la littérature professionnelle abondante sur le sujet de la dangerosité. Il ne s'agit ici pas non plus de nous placer sur le même niveau d'analyse que ces professionnels et d'apporter des réponses aux questions qu'eux-mêmes peinent à résoudre : comment déterminer le caractère dangereux d'un individu ? Peut-on traiter (avec des médicaments ou par la thérapie) les « populations » dangereuses – et tout particulièrement les auteurs de violences sexuelles ? Toutes ces questions ont donné lieu depuis les années 1990 à une série d'ouvrages rédigés par des professionnels, psychiatres et juristes (Collectif, 2002 ; Senon, 2008 ; Dormoy, 1996 ; Beaurepaire, Bénézech, Kottler, 2004, etc.). L'affluence de contributions pointe la difficulté de répondre simplement et définitivement à ces questions. Notre ambition est plutôt ici de comprendre comment la catégorie de dangerosité semble dessiner ou creuser des lignes de fracture au sein de la profession psychiatrique.

En nous appuyant sur des entretiens de cadrage que nous avons réalisés avec des acteurs centraux (voir encadré méthodologique), mais également sur la littérature professionnelle sur la dangerosité (Côté, 2001 ; Combalbert, 2001 ; Senon et al., 2009 ; Gravier, 2007), sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire (Baron-Laforêt et Brahmy, 1998 ; Senon, 1998 ; Senon et Manzarena, 2004 ; Brahmy et Michel, 2005 ; Paulet, 2006) et sur une littérature secondaire sociologique autour des expertises (Cartuyvels, Sicot et al., 2009 ; Bensa, Fernandez, Lézé et al. 2010 ; Protais, 2011), nous souhaiterions ainsi esquisser la façon dont se reconfigure la profession psychiatrique face à la justice et à la prison.

• • •

• • •

Dans le cadre de cette recherche, nous avons rencontré[1]:

- Alexandre Barratta, psychiatre à l'UMD de Sarreguemines, expert auprès des tribunaux de Metz – le 26 avril 2011
- Pierre Lamothe, chef du SMPR de Lyon et de l'UHSA du Vinatier – le 16 mai 2011
- Christian Kottler, chef du SMPR de Caen – le 25 mai 2011
- Catherine Paulet, chef du SMPR de Marseille et présidente de l'ASPMP[1] – le 4 juillet 2011
- Pierre Thomas, chef du SMPR de Lille – le 4 août 2011
- Bruno Falissard, psychiatre épidémiologiste
- un représentant[1] de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la Santé) – le 28 avril 2011
- un représentant de la Direction de l'Administration Pénitentiaire – le 27 juin 2011
- un représentant de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais – le 6 août 2011

Réalisés avec des personnalités médiatiques et haut-placées dans la hiérarchie professionnelle, ces entretiens ont été difficiles à obtenir. Sans doute le sujet de notre enquête, fortement controversé, a compliqué la négociation et suscité des résistances importantes de la part de nos interviewés. Des raisons logistiques sont également à noter puisque ces entretiens ont été organisés aux quatre coins de la France. Réalisés en binôme (Camille Lancelevée, sociologue, et Frédéric Dugué, interne en médecine (santé publique)), ces interviews nous ont permis d'aller au-delà des discours médiatiques simplificateurs, d'entrer dans le vif des débats qui traversent ce champ professionnel. Replacés dans le contexte des débats publics et professionnels ces entretiens, qui ne sont pas « représentatifs » au sens statistique nous permettent de cerner les enjeux professionnels qui se dessinent autour de la dangerosité et d'éclairer quelques-unes des transformations à l'œuvre dans cet univers professionnel.

• • •

Si la question de la dangerosité semble se réduire à un débat technique interne au champ des experts psychiatres autour des moyens dont elle dispose pour mesurer le risque de commettre un acte violent que présentent les personnes inscrites dans un processus judiciaire, c'est en fait, au-delà des outils, le mandat du psychiatre – et tout particulièrement de l'expert psychiatre – qui est ici questionné. Le point de vue de chefs de service exerçant en milieu carcéral est ici éclairant : valider la dangerosité comme notion et mesurer le risque de récidive des personnes souffrant de troubles mentaux, c'est accepter les transformations de l'univers carcéral et ce que certains considèrent comme la « ghettoïsation des soins psychiatriques » en prison, qui s'éloignerait progressivement de l'idéal de la psychiatrie de secteur pour se spécialiser dans la prise en charge de certaines déviances.

L'un des intérêts de ce présent chapitre réside ainsi, selon nous, dans le fait de considérer ensemble deux débats que l'on a tendance à traiter séparément : l'un autour de l'expertise psychiatrique, et celui concernant la prise en charge des personnes détenues présentant des troubles mentaux. Notre ambition est en effet de les relier en montrant de quelle façon ils questionnent la profession psychiatrique. Celle-ci doit-elle se spécialiser pour mieux répondre aux attentes de la justice ? Porté par un discours public favorable à une plus grande spécialisation psycho-criminologique des psychiatres, un segment de la profession semble ici saisir l'opportunité offerte, qui converge avec une vision restrictive de la psychiatrie comme discipline scientifique. La dangerosité semblerait donc devenir un « genre pertinent » (Hacking, 1998) pour la psychiatrie.

2.1. Calcul de risque et évaluation de la dangerosité : un débat technique ?

Au cœur du débat sur l'évaluation de la dangerosité par les experts psychiatres figure l'emploi de nouvelles méthodes de mesure, qui peineraient à se faire une place dans la pratique des experts psychiatres en France (Senon et al., 2009 ; Sicot, Cartuyvels, 2009), alors qu'elles ont suscité un engouement certain dans le monde anglo-saxon, où elles participeraient d'une nouvelle forme de « rationalité actuarielle » et constitueraient un nouveau paradigme, dominant, qui « imprègne la totalité du champ pénal aux États-Unis » (Harcourt, 2011). Ces outils basés sur la statistique et issus de nombreux travaux de recherche cristallisent certaines oppositions, qui, nous le verront, dépassent la simple question de leur validité métrologique et de leur usage instrumental, et partagent le milieu professionnel sur des plans qui engagent les psychiatres[37].

2.1.1. Peut-on mesurer la dangerosité ? Les outils au cœur du débat

Quels outils existent, quelles en sont les caractéristiques et que permettent-ils ? Depuis les années 1960, une série d'études a mis en évidence la relative inefficacité des cliniciens à prédire la dangerosité d'un individu (avec une tendance paradoxale à la surévaluation de cette dangerosité), comme nous le confirme cet expert psychiatre pour qui l'examen clinique libre est complètement invalidé par ces travaux : *« Il y une équipe aux États-Unis qui a fait une étude là-dessus, qui s'était déjà posé la question dans les années 80 : est-ce que l'examen clinique… peut permettre d'évaluer les risques de récidive ? Et là, clairement, non. La validité prédictive positive de l'examen clinique, c'est cinquante pour*

37 Nous citons principalement dans cette partie les propos d'Alexandre Baratta, psychiatre chef de service d'une UMD et « expert judiciaire » au sens de Bensa et al., 2009, c'est-à-dire considérant l'expertise comme faisant partie intégrante de son travail de psychiatre. Relativement jeune au sein de la profession, il adopte une posture avant-gardiste et se présente comme un fer de lance de la « révolution méthodologique » (Baratta, 2011) qui doit selon lui être opérée dans le domaine de l'expertise post-sentencielle. Si cette posture revendiquée n'est probablement pas majoritaire parmi les experts psychiatres, c'est la radicalité de son point de vue qui nous a incités à le rencontrer, non pour en faire un porte-parole représentatif de la profession, mais pour comprendre les arguments qu'il avance et qui cristallisent une ligne de rupture forte au sein de la profession. Durant l'entretien, Alexandre Baratta fait la démonstration de sa conviction et de sa ferveur vis-à-vis des nouvelles méthodes de mesure de la dangerosité, à travers un discours volontariste et tranché qu'il n'hésite pas à porter également au plan médiatique et au sein de sa profession. Il ne s'agit donc pas de considérer cet interlocuteur comme le porte-parole d'une profession assez peu structurée (voir Protais, 2011) et qu'il n'hésite d'ailleurs pas à critiquer.

cent. Donc, cela signifie quoi ? C'est le hasard, cela ne rime pas à grand-chose, c'est le hasard, c'est pile ou face ou le jeu de fléchettes. Pour évaluer la dangerosité d'un individu, si l'on passe par l'entretien clinique non structuré, autant faire un pile ou face, c'est pareil, statistiquement parlant, c'est kif-kif, c'est le hasard, ce qui pose problème évidemment. Et c'est ce qui explique qu'on ait quatre-vingt pour cent de discordance pour un même détenu en fonction des experts, c'est logique. »

Sur la base de ce constat, des recherches ont été menées à partir des années 1980[38], notamment sous l'influence du chercheur américain John Monahan (Côté, 2001), dans le but d'estimer un risque de comportement violent dans une situation donnée[39]. De nouveaux instruments ont ainsi vu le jour pour pallier les insuffisances du jugement clinique, construits sur la notion épidémiologique de « risque », en tant que relation statistique entre les caractéristiques d'individus (regroupés en cohortes prospectives ou rétrospectives) et des actes telle que la récidive criminelle. La prise en compte de critères et d'événements individuels devenant des « facteurs de risque » une fois associés à la survenue de la violence s'est ainsi étendue au-delà du champ de la maladie : aux niveaux psychologique, social, affectif, ou criminel. Par un renversement de la relation statistique, l'observation permet de construire un outil « prédictif », c'est-à-dire proposant le calcul d'une probabilité statistique de survenue d'un acte violent sur la base de ces critères.

Ce paradigme peut se comprendre, plus largement, dans la perspective d'un passage des lois dites « naturelles » au 19ème siècle à celles de la « probabilité », permettant ainsi de rendre l'incertitude « disciplinée et docile ». « *Paradoxalement, penser le risque apprivoise le hasard, le destin et l'incertitude. La reconnaissance de l'impossibilité d'avoir une certitude quant à l'avenir rend en même temps cette absence de certitude quantifiable en termes de probabilité. Et, lorsque l'on a quantifié la probabilité qu'un événement futur se produise, on peut prendre et justifier des décisions d'action dans le présent, informé par la connaissance de l'avenir, qui maintenant semble être sûre si elle est obtenue grâce aux méthodes probabilistes* » (Hacking, 1990 et Rose, 2002 cités par Harcourt, 2001).

Pour citer quelques exemples, on parle ainsi d'instruments actuariels, tels que le VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*) ou la SORAG (*Sex Offender Risk Appraisal Guide*) dans le cas des violences sexuelles, quand ils reposent sur une construction exclusivement statistique, un raisonnement probabiliste et un recours à des variables statiques, autrement dit des caractéristiques non modifiables d'un individu (appelés « indices historiques »). Des éléments relatifs au passé criminel de l'individu sont répertoriés, de même qu'à la vie sociale antérieure (ex. : séparation des parents, absence de relation de couple), aux diagnostics psychiatriques établis (ex. : schizophrénie) ou aux traits de personnalité relevés (ex. : rigidité, impulsivité). Si certains semblent de bon sens (un antécédent de violence est le plus grand facteur de risque d'acte violent), d'autres sont beaucoup moins intuitifs.

38 Il est cependant à noter que la prédiction actuarielle de la criminalité trouve son origine dans des recherches menées à partir des années 1930 à l'Université de Chicago (Harcourt, 2001). Les outils développés sur leurs bases n'ont cependant été utilisés dans le système pénal d'un nombre conséquent d'États américains qu'à partir des années 1970.

39 Pour une bonne synthèse sur ces instruments et leurs limites, voir Côté, 2001 ;Millaud, Dubreucq in Senon et al., 2007 ; Gravier in Senon et al., 2007.

Mais un deuxième type d'outil a également vu le jour, dans une optique moins radicale, prenant en compte certaines variables dynamiques, c'est-à-dire susceptibles de se modifier avec la prise en charge et l'évolution du patient et de son contexte, notamment social (au travers par exemple une pondération au moment du calcul des scores). C'est notamment le cas de la HCR-20 (*Historical Clinical Risk Management 20 item scale*), envisagée plutôt comme un aide-mémoire que comme un instrument de mesure. Ce « jugement clinique structuré » est conçu d'une part pour se replacer dans un objectif d'intervention et adopter de ce fait une perspective de « gestion/réduction du risque », et d'autre part pour redonner une place au sens clinique de l'expert. On pourrait d'ailleurs y voir une manière d'éviter qu'à force de systématisation et de simplification ces outils ne banalisent la pratique expertale en rejoignant la famille des tests psychométriques couramment pratiqués par d'autres professionnels que les psychiatres.

2.1.2. Des limites inhérentes aux instruments

Du fait de ce mode de construction basé sur l'épidémiologie, les outils actuariels comportent malgré tout leurs propres limites intrinsèques qui, sans les invalider, peuvent en modérer la portée. C'est le cas de la problématique de la « validité » (à comprendre dans le sens de sa qualité métrologique) dans une population donnée, pouvant entraver la possibilité d'en généraliser les résultats. Les « facteurs de risques » ont en effet été déterminés dans des échantillons dont la représentativité peut être sujette à discussion, a fortiori pour une utilisation dans un autre pays. C'est la raison pour laquelle cet expert psychiatre expose la nécessité de se former aux échelles de langue française : *« Parce qu'il faut que les échelles soient… ; c'est le reproche qu'on a le plus souvent : "Comment, vous utilisez des échelles validées ailleurs qu'en France chez les Français ? Ce n'est pas normal", alors qu'elles sont validées en langue française. Utiliser des échelles uniquement en langue anglaise serait évidemment encore plus contesté. C'est vrai que ces échelles ont été validées en langue française mais jamais auprès de détenus français. »*

Au-delà du contexte national, certains outils s'appuieraient sur des variables plus pertinentes vis-à-vis de certains troubles psychiatriques plutôt que d'autres (les rendant plus ou moins efficaces, d'un instrument à l'autre, une fois appliqués à une population), et dans des contextes d'élaboration spécifiques (milieu carcéral, de soin, ou en communauté).

Plus loin encore, les outils structurés ou semi-structurés d'évaluation basés sur les « facteurs de risque » rencontreraient une difficulté à forger une représentation réaliste de la dangerosité, en adoptant une modélisation « linéaire » erronée (considérant que « les comportements violents se répartissent sur un continuum allant des voies de fait à l'homicide ») et en se fondant sur des associations statistiques « établie[s] sur la base de la régularité des observations ». Pour figurer de façon plus « holistique » et complexe le phénomène, il faudrait selon certains auteurs, rendre compte de son caractère dynamique (en reconnaissant le potentiel de changement de chaque individu à travers l'analyse de processus), et multiple (différentes formes de violences pouvant coexister, avec des variables associées différentes). En somme, les limites des instruments seraient celles de leurs méthodes d'élaboration : « nous avons là une démonstration que l'analyse des processus pose des

défis à la méthodologie quantitative », et seraient la raison pour redonner une place au clinicien et à son jugement : « ainsi posée, l'approche redonne une place importante au clinicien en ceci que la compréhension des processus exige, ce faisant, la reconnaissance de la conscience en tant qu'"activité cognitive *sui generis*", ce que ne peut pallier quelque forme d'approche actuarielle » (Côté, 2001).

Somme toute, chez les psychiatres enquêtés, les échelles actuarielles d'évaluation de la dangerosité rencontrent un accord relativement unanime bien que réservé et lucide, sur leur aptitude : estimer chez une personne la présence de tel ou tel critère associé statistiquement à une probabilité supérieure de récidive, avec toutes les limites propres à ce type de méthode. Dans la littérature c'est le positionnement plus mesuré en faveur du jugement clinique structuré qui semble le plus consensuel (Millaud, Dubreucq in Senon et al., 2007). Ce chef de service de SMPR, également expert, indique ainsi ne pas être *« sans savoir qu'il existe actuellement des outils actuariels qui permettent de profiler les gens, c'est-à-dire de les catégoriser et avec l'idée qu'à partir de quelques éléments, enfin plusieurs, donnés par une grille, on puisse un peu situer, un peu, leur niveau et là, en l'occurrence, de dangerosité, cela sous-entendrait aussi de pouvoir prévoir, prédire leurs conduites, alors, ce n'est pas inintéressant ; je suis allé en Belgique, je n'ose pas dire me former parce que bon, mais, au moins me sensibiliser avec ces techniques. »*. Il fait ici mention d'une formation organisée à l'Université de Mons par Thierry Pham, identifié par tous nos interlocuteurs comme l'un des noms de la recherche en criminologie en Belgique.

Cependant, cela signifie-il que la « dangerosité » future d'un individu peut être établie ? Si la question de l'évaluation de la dangerosité s'est vraisemblablement toujours posée par le passé dans le cadre de l'expertise judiciaire, l'apparition de nouveaux savoirs dotés d'une apparente « efficacité » dont nous verrons plus loin qu'elle doit être questionnée et les débats sur leur intégration l'ont fait basculer d'un niveau se rapportant à une éthique individuelle de l'expert psychiatre à celui du débat professionnel collectif qu'il nous paraît intéressant d'analyser. Le sens de cette évaluation fait lui-même débat, de même que, de ce fait, l'opportunité d'y recourir.

2.1.3. « Doit-on mesurer la dangerosité ? » Des positionnements professionnels et éthiques divergents

L'hétérogénéité des pratiques dans le domaine de l'expertise psychiatrique auprès des tribunaux est mise en évidence par certaines recherches qui tentent d'en faire la cartographie en termes de méthodologies employées. Pour cet expert psychiatre, à propos des expertises avant éventuelle sortie conditionnelle : *« Les résultats sont criants : pour un même détenu lorsqu'il y a deux experts ou plus, dans quatre-vingt pour cent des cas les experts ne sont pas d'accord entre eux, ils donnent des conclusions différentes. […] Cela tient à la méthode qui n'est pas du tout adaptée. La méthode…, en France, dans quatre-vingt-dix pour cent des cas, dans quatre-vingt quinze pour cent des cas, c'est l'entretien libre, l'entretien libre où finalement l'expert demande au détenu de parler de lui. […] Donc cela repose uniquement sur le feeling en fait. Donc c'est non-structuré, c'est non-standardisé. »* Notre interlocuteur refuse de considérer, d'une part, qu'un entretien libre puisse malgré tout reposer sur une méthode clinique, et omet d'autre part de préciser que si les expertises ne sont pas « standardisées », elles sont cependant fortement structurées par les questions que la justice pose à l'expert (voir Sicot, Cartuyvels, 2009). Il nous

montrera d'ailleurs au cours de l'entretien la liste très précise des questions posées par le juge d'instruction et par le juge d'assises.

Ce même interlocuteur insiste sur le fait qu'il n'existerait en France selon lui « aucune » règle concernant le nombre et la durée des entretiens d'expertise, ni « aucun diplôme, aucune formation requise » pour l'expert lui-même, au-delà de la nécessité de posséder le titre de psychiatre et d'avoir derrière soi une ancienneté suffisante. Cette idée est à nuancer puisque 37,6% des 584 experts inscrits sur la liste en 2008 avaient suivi une formation complémentaire qualifiante et 39,4% un tutorat expertal (voir Protais, 2011). Caroline Protais note cependant que ces formations ne sont pas obligatoires, mais également qu'elles ne présentent pas une grande légitimité au sein de la profession psychiatrique. Les « experts psychiatres » connaissent donc selon elle une « professionnalisation problématique ». Ils sont par ailleurs peu organisés professionnellement et « ont toujours témoigné d'une réticence à se regrouper au sein d'une instance représentative » (Protais, 2011, p. 44).

Cependant, ces propos rejoignent l'idée avancée par Sébastien Saetta, François Sicot et Tristan Renard dans le rapport suscité (Cartuyvels, Sicot, 2009) : *« les experts rencontrés ne revendiquent que l'expérience de la clinique, même lorsqu'ils déclarent par ailleurs une formation éloignée des références analytiques. Ils ne voient pas de contradiction entre pratiquer la psychanalyse et se référer au DSM. Ils affirment leur « bricolage », leurs emprunts à différents champs théoriques. Leur absence d'utilisation des outils d'évaluation scorée – en particulier de la dangerosité – développés dans les pays anglo-saxons –résulte d'une ignorance affichée ou d'une absence de certitude quant à leur intérêt. »*

Considérée par l'expert psychiatre interviewé comme posant « problème » cette situation vient alimenter le discours des partisans des outils de mesure de la dangerosité, pour qui l'évolution et la « standardisation » des méthodes deviennent alors non seulement possibles, mais nécessaires voire indispensables pour une question d'équité entre justiciables : face à l'aléatoire il ne serait selon eux pas éthique de ne pas recourir à ces instruments (Côté, 2001). Cet autre psychiatre souligne lui-aussi que, dès lors que les capacités des outils actuariels sont admises, la question se pose sur un autre plan que celui de la technique ; c'est le positionnement éthique et moral qui est alors mis en cause : *« Une éthique conséquentialiste : tel individu est comme cela, quelle est la probabilité qu'il récidive ? Et là, on a les données. Après c'est un positionnement moral. »*

Ce ne sont alors pas tant les capacités en elles-mêmes de ces outils qui alimentent le gros du débat que leur usage auprès de criminels présentant des troubles mentaux ou des « troubles graves de la personnalité »[40]. On comprend alors que les critiques portées sur ces outils reposent aussi bien sur des visions distinctes de l'être humain, fondées sur des ancrages théoriques différents constitutifs de la profession psychiatrique, que sur une éthique professionnelle divergente.

40 A propos desquels nous avons indiqué dans la première partie du rapport qu'ils étaient loin de faire l'unanimité au sein de la profession psychiatrique.

La première mise en garde exprimée par plusieurs psychiatres interrogés repose sur la distinction à opérer entre l'échelle du groupe (celle où les liens statistiques sont mis en évidence, « sur la base d'une approche nomothétique, c'est-à-dire d'une approche qui met l'accent sur les tendances centrales à l'intérieur d'un groupe ») et celle des « aspects "idiosyncrasiques" » d'un individu, autrement dit entre une forme de déterminisme au niveau collectif et de singularité au niveau individuel (Côté, 2001). Pour ce chef de service de SMPR : *« Les échelles sont pour mettre les gens dans des groupes de malades homogènes, donc on regroupe, de façon trans-nosographique. On n'a pas besoin d'idéologie, c'est juste ce qu'on voit. D'accord, je suis d'accord pour faire cela. L'autre point, c'est qu'on ne fait pas un élément de déterminisme à partir de ce qui a été un élément de constat. Si c'est un constat, ce n'est pas fait pour donner une prévision ; si c'est une échelle de prévision, elle doit toujours garder le bémol de la fiabilité relative et de la fiabilité statistique. Je dis que l'échelle ne peut pas fonctionner de manière individuelle. »*

Or l'expertise psychiatrique visant justement en pratique (voir Cartuyvels, Sicot, 2009 et Bensa, Fernandez, Lézé, 2010) à dresser le portrait personnalisé de la personne jugée, ces outils manqueraient leur objectif. Il faut cependant noter ici que l'un de nos interlocuteurs, qui utilise justement ces outils dans sa pratique expertale souligne l'intérêt des juges. À la question de savoir s'il estime que les juristes préfèrent travailler avec des experts qui utilisent ce type de méthodes, il répond : « *Oui, ils le disent, parce que je les rencontre régulièrement. Lorsque je travaille pour la première fois pour eux, je vais forcément les rencontrer en leur expliquant comment je travaille, et puis pour savoir ce qu'eux attendent de l'expertise et ensuite on reste en contact systématiquement par mail, par téléphone ou on se rencontre assez régulièrement et en général ils sont clairement contents. Pour preuve, j'ai ma file active, enfin ma file d'expertises qui explose.* » Il faudrait bien évidemment étudier plus avant la réception par les juges de ce type d'expertises fondées sur des méthodes actuarielles.

Par ailleurs, une critique forte porte sur la nécessité de dissocier les liens statistiques déduits du passé de la personne évaluée d'une forme de prédiction portant sur le futur de cette même personne : selon cette acception aucun constat à un instant donné ne saurait fixer de façon définitive l'avenir prévisible de la personne évaluée, du constat de la présence de certains facteurs de risques statistiques ne pourrait être tirée aucune forme de prédiction de survenue d'un passage à l'acte (Millaud, Dubreucq in Senon et al., 2007). Pour ce chef de service de SMPR : *« La clinique spéculative est une chose qui devient actuellement très préoccupante. Pas tellement pour la question de la dangerosité immédiate à propos de la responsabilité pénale. La question de l'évaluation de la responsabilité pénale a toujours eu cette part spéculative : on décide, a posteriori, de l'état dans lequel était la personne au moment des faits ; mais, bon, on s'en accommodait assez bien parce qu'il était très rare qu'on ait une distension, parce qu'il est quand-même plus facile de remonter le temps que de le redescendre. Alors qu'actuellement, on est très clairement dans l'idée de prévoir le comportement des gens sur des critères qui sont, vous avez pu le voir avec votre étude sur la dangerosité, des critères qui sont, quelque fois, très contestables. »*

Il semble que le fait d'assumer ou non la possibilité de tirer des conclusions sur le devenir prévisible d'une personne criminelle repose sur deux façons distinctes de hiérarchiser les principes de la réflexion, liées à deux positionnements différents que ce psychiatre n'hésite pas à ancrer dans la

• • •

tradition philosophique : « *Ça ne me choque pas tellement ce que font les Américains mais, c'est un positionnement moral. Si on a une morale déontologique kantienne, alors je comprends qu'on soit choqué en disant : oui, seulement, on l'a condamné à dix ans, il a fait ses dix ans et donc on le lâche parce que, intrinsèquement, il est un être humain qui a payé sa peine et, il y a une chance qu'il puisse s'en sortir, donc on lui donne sa chance, c'est transcendantal, voilà, c'est comme ça, c'est un choix de société.* »

Dans un cas le raisonnement est comparable à celui de la balance bénéfice-risque familière du paradigme médical : il faut accepter une potentielle perte de chance, à la marge, pour certains individus qui ne répondraient pas à la tendance forte désignée par les statistiques, autrement appelés « faux-positifs » (Millaud, Dubreucq in Senon et al., 2007), au nom de la protection de la majorité. Pour cet expert psychiatre, « *Là il y a des instruments qui ne sont pas…, qui ont une faille, clairement les échelles actuarielles, ce n'est pas le summum, c'est évident, parce que déjà, à juste titre, c'est Rossinelli qui l'avait souligné, les échelles statiques, en tout cas, ne prennent pas en compte le changement de la personne, déjà, cela c'est évident, il y a une faille de ce côté-là. Enfin, est-ce que l'on peut croire qu'après avoir tué et violé plusieurs personnes, on peut changer au bout de quarante ans ? Est-ce qu'on accepte de croire qu'on est dans le monde des Bisounours ? Pourquoi pas. Oui, éventuellement, sinon cela ne sert à rien de les soigner si l'on part du principe que c'est foutu, foutu pour foutu, oui pourquoi pas.* »

Pour d'autres, comme ce chef de service de SMPR qui ne pratique pas d'expertises psychiatriques, c'est un pas à ne pas franchir : « *Faut-il, quand on est expert, interpréter certains symptômes comme étant des symptômes de dangerosité ? Il devrait y avoir un principe de certitude. On ne peut pas imaginer qu'il y ait un principe de précaution qui joue en disant : par précaution, quand on ne sait pas, on considère la personne comme dangereuse. C'est peut être valable sur le plan policier mais ce n'est pas valable sur le plan clinique, c'est une horreur, c'est une anti-thérapeutique.* » L'argument « clinique » repose ici sur l'idée que chaque individu aura une disposition particulière à réagir aux événements extérieurs, l'idiosyncrasie au fondement de la relation clinique.

• • •

Si le débat autour de la dangerosité et des outils actuariels dessine une ligne de fracture scientifique, théorique et éthique au sein de la profession, nous allons voir qu'il s'articule, dans les entretiens que nous avons réalisés avec les chefs de service de SMPR, à un débat autour du rôle des psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire. En effet, au-delà de la question de la fiabilité des outils actuariels et de leur validité, c'est-à-dire de leur capacité à mesurer quelque chose que l'on pourrait nommer « dangerosité », ces outils font exister une catégorie de « personnes dangereuses » qu'il s'agit dès lors de prendre en charge adéquatement. « *L'évaluation du risque devrait être motivée avant tout par le désir de proposer les meilleurs soins, de gérer le risque en fonction d'éléments cliniques que les traitements peuvent modifier* » nous expliquent Millaud et Dubreucq (Millaud, Dubreucq in Senon et al., 2007). Or en l'absence d'alternative de type « défense sociale », c'est la prison qui accueille ces « dangereux ». Le débat rejoint ici les questionnements autour de la responsabilisation des « malades mentaux » auteurs d'infractions pénales. Si, comme nous le verrons, les chefs de service de SMPR n'attribuent

pas l'entière responsabilité de ce phénomène aux experts psychiatres, ils relèvent tout de même qu'il participe à renforcer la rupture entre « psychiatrie en milieu carcéral » et « psychiatrie générale ».

2.2. Les conséquences de la dangerosité : une « filiarisation » de la prise en charge psychiatrique en prison ?

Les entretiens que nous avons réalisés avec des chefs de service médico-psychologiques régionaux ont un point commun, partagé également par la littérature professionnelle (dont ces mêmes chefs de service sont souvent les auteurs) : la question de la mesure de la dangerosité et de sa nécessaire prise en charge en milieu sécurisé aurait été imposée du dehors, et serait dès lors exogène au champ psychiatrique. « *Alors, pourquoi on interroge la psychiatrie ? C'est cela qui est intéressant. Qu'est-ce que vient faire la psychiatrie là ? Qu'est-ce qu'elle vient faire ?* » se demande l'un de nos enquêtés. Cette question renvoie plus largement au positionnement de la psychiatrie face à la demande sociale et politique et au mandat social de cette discipline : « La référence au savoir possède une fonction légitimante indispensable en tant qu'elle donne une caution scientifique. [...] Le professionnel de la santé mentale opère ainsi littéralement comme un expert, c'est-à-dire comme un spécialiste dont le jugement est objectivé en tant que pièce essentielle d'un dossier, sur lequel des décideurs, ensuite, s'appuieront pour fonder leur propre jugement qui, lui, aboutira à des options pratiques » (Castel, 1981, p. 124). Dans le cas de la « dangerosité », les chefs de service rencontrés apportent quant à eux une réponse convergente à cette interrogation, en termes d'effets pervers : c'est la trop grande réussite d'une psychiatrie désaliéniste et les succès du secteur en milieu pénitentiaire qui expliqueraient les évolutions contemporaines du gouvernement des « criminels présentant des troubles mentaux ». Les chefs de service de SMPR rencontrés pointent alors la part de responsabilité des psychiatres qui se seraient faits à l'idée – fausse à leur yeux – que la prison peut soigner. La psychiatrie en milieu carcéral courrait dès lors le risque de se refermer sur elle-même. Se dessine subséquemment un nouvel enjeu : celui de la formation professionnelle des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire. Celle-ci doit-elle se spécialiser pour s'adapter aux transformations de l'institution ?

2.2.1. Un « modèle » français

Le récit de l'entrée de la psychiatrie en milieu pénitentiaire repose sur l'idée, présente également dans le décret de 1986 accompagnant la création des SMPR[41], d'une extension du secteur à un nouvel univers, trop longtemps isolé du soin psychiatrique. Selon une logique de proximité, les psychiatres se doivent d'être présents là où s'exprime la maladie mentale et la souffrance psychique. Comme l'indique un chef de service de SMPR enquêté : « *c'est vraiment cela l'idée du secteur, c'est : nous avons une prison dans notre aire de compétences tout comme nous avons une maison de retraite, comme nous avons un foyer, un CATTP, enfin un foyer d'hébergement etc.* » Ils pensent dès lors leur mandat comme relevant de la psychiatrie générale : deux chefs de services interviewés, présents depuis les débuts

41 Décret n°86-602 du 14 mars 1986, arrêté du 14 décembre 1986

des SMPR dans lesquels ils exercent, vont ainsi rendre compte avec force détails des efforts réalisés en milieu pénitentiaire pour imposer ce « mouvement de désenclavement et d'ouverture ».

Reprenant à son compte le discours officiel sur la loi de 1994[42] (qui signe l'entrée de l'hôpital public dans les établissements pénitentiaires), un chef de service de SMPR enquêté explique ainsi avec enthousiasme : *« la loi de 94 est une excellente loi, enfin j'en suis assez fier quand je visite, encore assez souvent, un certain nombre de pays du Conseil de l'Europe et je trouve que le modèle qui a consisté à faire en sorte que la santé soit du ressort du ministère de la Santé en termes de politiques, que la politique de santé en milieu pénitentiaire s'adosse aux politiques de santé nationales, sans développer une espèce de médecine ou de psychiatrie de filières, sur le plan des principes, c'est extrêmement intéressant, vraiment »*. Il s'agit dès lors de proposer les mêmes soins qu'à l'extérieur, adossés à des politiques de santé nationales et non pénitentiaires. Gommer les différences entre l'univers carcéral et le milieu libre en matière d'accès aux soins est évidemment une gageure – comme nous le montrerons dans le chapitre suivant – mais tous nos interlocuteurs se présentent comme des praticiens hospitaliers et insistent sur cette appartenance institutionnelle. Outre le sens que ces psychiatres donnent à leur exercice, en termes d'engagement, il peut également s'agir pour ces psychiatres de retrouver ou de renforcer leur autonomie professionnelle, ou encore de s'affirmer contre les déconsidérations qui associent parfois la psychiatrie carcérale à une sous-psychiatrie (Le Bianic, Malochet, Fernandez, Lézé, 2010).

Ne pas se positionner en médecin des prisons est un souci souvent mis en avant dans les entretiens réalisés, même si tous les praticiens rencontrés parlent de leur cadre d'exercice, qu'ils considèrent comme central dans leur pratique et mentionnent certaines des limites que cet idéal professionnel peut rencontrer dans la pratique (comme nous le verrons dans le troisième chapitre). Mais nos interlocuteurs refusent de jouer un quelconque rôle dans le déroulement de la peine[43], car, comme l'indique ce chef de service de SMPR : *« la France avait pris aussi le chemin de dire qu'elle ne travaillait pas pour la prévention de la récidive mais qu'elle travaillait pour l'amélioration des capacités relationnelles et qu'on espérait que l'amélioration de ces capacités relationnelles allait permettre à nos patients d'avoir des capacités de soins meilleures et qu'ils conviendraient qu'il valait mieux travailler pour le bien. »* Le passage à l'acte n'est pas un objet en soi pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire, semble ainsi indiquer notre interlocuteur, suggérant que l'intervention du psychiatre ne contribue qu'incidemment à la diminution de la récidive, sans que celle-ci soit au cœur de leur activité. Comme l'explique encore cet autre chef de service de SMPR : *« nous étions d'accord et majoritairement d'accord, pour dire que notre champ n'était pas la prévention de la récidive[44], notre champ était le soin, c'était l'accès au soin pour tous, qu'évidemment quelqu'un qui entre dans un dispositif de soins et qui se soigne, que se soit en champ psychiatrique ou en champ somatique va aller mieux, va, c'est la même histoire, se réconcilier avec lui-même, autrui et le monde qui l'environne et qu'on peut en espérer, évidemment, qu'il ne se retrouve pas dans la situation qui l'a conduit en prison etc., que peut-être aussi quand une personne veut aller plus avant dans la*

42 Loi du 18 janvier 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus.

43 Même si nous verrons dans la troisième partie que cette affirmation relève du vœu pieu : présents dans l'univers carcéral, les psychiatres jouent, de gré ou de force, un rôle dans le maintien de l'ordre carcéral et dans le déroulement de la peine.

44 Nous verrons dans la troisième partie que ces deux termes ne s'opposent évidemment pas complètement dans la pratique thérapeutique.

compréhension de ce qui l'a conduite en prison, c'est notre travail de le faire et nous le faisons mais nous le faisons à son rythme, avec elle, parce que d'une certaine façon, nous sommes aux côtés du patient. »

Cependant, les chefs de service rencontrés s'accordent à penser que ce positionnement professionnel serait en train d'évoluer ostensiblement, une évolution qui serait exogène et provoquée par un concours malheureux de circonstances : d'une psychiatrie en milieu carcéral, on glisserait progressivement vers une psychiatrie « ghettoïsée » (selon l'un d'entre-eux), « filiarisée » (selon un autre), et chargée de considérer la récidive comme partie prenante de son domaine d'action : « *c'est une démarche particulière qui nous est un petit peu recommandée, je dirais qu'actuellement c'est un petit peu l'esprit, c'est de s'assurer que l'individu a des conduites de plus en plus normalisées* ».

Pourquoi cette transformation, pourquoi la psychiatrie en milieu pénitentiaire se trouverait ainsi « filiarisée » ? Nos interlocuteurs pointent la part de responsabilité que porte la psychiatrie, à la fois en tant que corpus de savoirs et que pratique hospitalière. Une certaine forme de segmentation professionnelle semble ici se dessiner. La « psychiatrie en milieu pénitentiaire », segment dominé, serait dès lors poussée, par des forces exogènes, à devenir une « psychiatre carcérale ».

2.2.2. Quand la psychiatrie en milieu carcéral se referme sur elle-même

L'un des chefs de service de SMPR résume ce qu'il estime être les causes de cette transformation par la formule « nous avons été victimes de notre succès », qui pourrait certes être discutée, mais à l'intérêt d'attribuer tout à la fois une position de victimes et de responsables à ce « nous », qui peut englober différentes acceptions de la psychiatrie.

Dans son discours, certainement nourri par la lecture assidue de travaux de sciences humaines, c'est d'abord une lecture anthropologique qui se dessine : l'idée est alors que l'humanisation du malade mental, portée par les courants les plus avant-gardistes du champ psychiatrique dans les années 1970 aurait peut-être eu pour effet pervers de responsabiliser les malades mentaux et donc, par translation, de rendre possible la pénalisation de leurs actes : « *C'est-à-dire qu'on est davantage allés du côté de…, l'idée qu'on pouvait toujours répondre de ses actes, il y avait toujours en quelque sorte…, on était toujours…, on habitait toujours ses actes. C'est un concept, au fond psychanalytique qui est assez pertinent dans le champ de la psychanalyse, on habite toujours nos actes même (…) et on peut avoir à en répondre, à en parler et à en dire quelque chose, ça, c'est le champ psychanalytique. Le champ de la justice est un champ autre, qui parle de responsabilité pénale dès lors qu'il y a intentionnalité et libre-arbitre* ». Pour cet interlocuteur, la baisse du nombre d'irresponsables pénaux serait donc à relier à l'évolution des représentations psychiatriques et sociales des malades mentaux (voir Protais, 2011). Il attribue ici à la psychiatrie une part importante de responsabilité, minimisant peut-être les origines sociologiques de ce phénomène (importance du rôle de la victime, augmentation de la « demande de justice », évolutions internes au champ de la justice, etc.).

Si la psychiatrie est « responsable » de ce phénomène c'est également en tant qu'institution. Trop préoccupé par le domaine de la santé mentale, l'hôpital psychiatrique aurait fini par délaisser celui de la maladie mentale. Un interlocuteur ironise à ce propos : « *qui trop embrasse, mal étreint* ». Les

mutations de l'institution hospitalière et notamment de la diminution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie, rapportées à une évolution managériale et financière, auraient ainsi contribué à faire de la prison *« le seul endroit (…) où certains individus peuvent encore avoir le gîte et le couvert ou être pris en compte »*. Au-delà de ces contraintes managériales, des professionnels pointent les conséquences de la sectorisation : *« l'hôpital psychiatrique ouvert a donc tendance à écarter de lui aussi bien les psychopathes remuants et agressifs que les psychotiques dangereux »* (Bénézech, Lamothe, Senon, 1990, p. 2). Cause ou conséquence de cette évolution, la *« clochardisation des psychotiques »* (Protais, 2011, p. 576) rendrait encore plus difficile l'accès aux soins à l'extérieur et pousserait les experts à *« responsabiliser beaucoup plus souvent les malades mentaux qui commettent des actes criminels »* (Bénézech et al, 1990, p. 2), ou comme l'explique encore Caroline Protais, confirmant cette tendance déjà repérée par ces auteurs en 1990 : *« les psychiatres des années 2000 se retrouvent dès lors en expertise face à une population en souffrance, précarisée, qui présente des risques de passage à l'acte importants. Certains estiment que les solutions proposées par le secteur sont partielles, voire inefficaces, et évaluent les problèmes de prise en charge que ce type de personnes sera susceptible de poser à leurs collègues. Voici comment la prison constitue un recours pour un certain nombre de psychiatres à l'heure actuelle »* (Protais, 2011, p. 576).

Cette hypothèse est à relativiser, comme le montrent bien les auteurs de deux rapports suscités, qui décrivent les modes de régulation auxquelles sont soumises les expertises[45] (Cartuyvels, Sicot, 2009) et rappellent que ce sont les juges, *in fine*, qui décident de responsabiliser ou non les personnes auditionnées[46]. Rejetant l'hypothèse de la « la tyrannie de l'expertise sur le métier de juge », les auteurs du second rapport montrent comme, dans un esprit de « personnalisation de la peine », « l'évaluation clinique de l'expert est « sous contrainte » de la demande des juges de toujours obtenir plus sur l'âme des condamnés » (Bensa, Fernandez, Lézé, 2010).

Il est cependant intéressant que nos interlocuteurs présentent cette hypothèse comme centrale : cela leur permet peut-être d'une part d'affirmer la prééminence de la psychiatrie sur les évolutions sociales mais cela indique également la fracture qui semble se dessiner entre experts psychiatres (souvent également praticiens en milieu hospitalier) et psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire. Nos interlocuteurs donnent ainsi le sentiment de devoir ramer à contre-courant, y compris au sein même de leur profession. Ainsi, ce chef de service de SMPR affirme avec force : *« Ici, c'est tout sauf un hôpital... et ça, je pense que même nos collègues psychiatres à l'extérieur pensent que comme c'est fermé et qu'il y a des psychiatres à l'intérieur, c'est un HP. Mais c'est faux ! »*. C'est également l'avis de cet autre chef de service, qui explique, soucieux : *« Les tribunaux qui ont à juger, mais aussi les experts, qui sont des psychiatres et qui exercent dehors, certains pensent qu'on peut se faire soigner très bien en prison. Non, ça c'est une illusion. Il y a des pathologies qui s'aggravent, généralement, elles s'aggravent, renvoyer quelqu'un, qui a une pathologie caractérisée, en détention, c'est être sûr que cette pathologie*

45 Ils affirment ainsi que « l'idée selon laquelle les experts devraient être tenus pour responsables de la diminution des classements ou des non-lieux est donc fort schématique. Bien loin qu'elle résulte du seul travail d'experts autonomes, on voit que les acteurs dans leur ensemble sont pris dans un système de contraintes puissant » (Cartuyvels, Sicot, 2009).

46 A ce propos, les auteurs du rapport montrent que la baisse du nombre de cas d'irresponsabilité pénale (article 122.1) est fortement corrélée à une baisse de tous les « non-lieux ».

s'aggravera. » *Une ligne de rupture semble donc se dessiner entre deux segments de la profession psychiatrique, les psychiatres exerçant en milieu hospitalier ou à l'extérieur d'un côté, les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire de l'autre. Une certaine méfiance s'exprime ainsi à l'égard des collègues experts, pourtant issus du même corps professionnel, méfiance qui s'étend également aux collègues praticiens en milieu hospitalier, qui auraient tendance à se laisser aller à une peur infondée : « c'est-à-dire qu'il y a une mise à distance et une inquiétude qui est, pour partie, largement fantasmatique, donc à plus d'un niveau, le détenu malade mental, bien sûr, pâtit des conditions de prise en charge en milieu ordinaire, donc, on fait avec ça.* » Bref, les chefs de services de SMPR rencontrés ont bien conscience du caractère marginal de leur positionnement, y compris au sein même de leur profession.

Victimes du succès d'une prise en charge en milieu pénitentiaire « *qui a fait ses preuves* » (selon les termes d'un chef de service de SMPR) et dont le « *bilan (…), sous prétexte qu'il y a cent dix suicides par an en prison, [ne devrait pas] être balancé avec l'eau du bain* » (suivant les paroles d'un autre), les psychiatres en milieu pénitentiaire rencontrés « sentent le vent tourner » depuis quelques années. Comme l'indique un troisième, parlant de ses collègues : « *ils s'apercevaient, confusément, qu'ils étaient victimes de leur succès et que, progressivement, il y avait circuit : rue, prison, prise en charge psychiatrique SMPR ; rue, prison, prise en charge… On a senti ce mouvement-là.* » Ce « circuit », conséquence de l'incarcération toujours plus massive de personnes souffrant de troubles mentaux se caractériserait de plus en plus par sa fermeture et fonctionnerait de plus en plus en vase clos. Ainsi, l'un de ces chefs de service de SMPR note que les psychiatres ont de plus en plus de mal à mobiliser leurs collègues des hôpitaux pour extraire les patients détenus qui nécessiteraient une intervention psychiatrique plus intensive : « *Il faut le dire, il y a aussi ce problème, c'est que toute la population carcérale relevant de soins en milieu hospitalier est prise en charge vraiment de façon hyper ponctuelle, je n'ose pas dire bâclée, mais enfin, dans des temps extraordinairement réduits et dans des conditions draconiennes pires qu'en milieu pénitentiaire pour des raisons dites de sécurité, à la fois pour l'individu et pour le personnel.* »

Comme l'explique par ailleurs l'un d'eux, le nombre d'hospitalisations d'office (l'HO D398 étant seule modalité possible d'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes incarcérées) a tellement augmenté qu'elle a finit par « *faire poids* » et que « *les collègues ont dit, au sein de la communauté psychiatrique, il faut des unités dédiées* ». La création des UHSA (unités dédiées à l'hospitalisation psychiatrique, avec ou sans consentement, des personnes détenues) renforcerait la marginalisation de la psychiatrie en milieu carcéral, victime de transformations souhaitées par la profession, comme le dit, avec beaucoup de diplomatie, l'un de nos interlocuteur : « *le législateur a tranché pour des unités spécialement aménagées et il a tranché, dans la mesure où au sein de la communauté psychiatrique, je dirais que le lobby, pas au sens négatif du terme, mais je dirais la majorité de la communauté psychiatrique hospitalière voulait des unités spécialement aménagées, plutôt contre l'avis des psychiatres qui travaillaient en prison, qui voyaient le processus de filiarisation et de ségrégation à l'œuvre* ». Impuissant face à ces transformations, un autre chef de service déplore : « *alors, on me met devant une situation qui est celle-ci : qu'est-ce que vous préférez, un isolement ponctuel pour quelqu'un qui va très, très mal ou est-ce que vous*

préférez une UHSA ? Oui je préfère l'UHSA, entre deux maux, un isolement en milieu psychiatrique ordinaire[47]*, il faut choisir le moindre, donc c'est un moindre mal.* »

Cette « ghettoïsation » est largement désapprouvée, ainsi qu'en témoigne ce chef de service de SMPR : *« on renvoie le malade mental incarcéré en milieu carcéral, alors qu'effectivement, une politique de secteur permettait dans l'idéal, effectivement – moi j'ai connu cette époque – de traiter tout le monde à la même enseigne, les mêmes droits, les mêmes conditions de soin, sans oublier que la personne était encore sous écrou mais on permettait, effectivement, de donner tous les moyens de soin* ». Autre temps, autres droits, la période actuelle serait marquée par des logiques de relégation : *« on va vers des logiques qui sont des logiques de vies inutiles* » regrette un autre. La logique d'un traitement médico-pénitentiaire progresse et avec elle l'idée de la « défense sociale ».

Cette « nouvelle » configuration institutionnelle appelle de nouveaux positionnements. Nous verrons que si la majorité des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire semble s'organiser pour « résister » à ces transformations, elles ont un effet indubitable sur leurs pratiques et poussent même certains, saisissant peut-être l'opportunité offerte par cette situation, à se sur-spécialiser.

2.2.3. D'une psychiatrie *en milieu* carcéral à une psychiatrie carcérale ?

Refuser la filiarisation

La posture mise en avant par trois des quatre chefs de service que nous avons rencontrés est intransigeante : il s'agit de refuser la dérive d'un système de prise en charge qui semblerait aujourd'hui dévoyé. La résistance porte avant tout sur le mandat social que l'on tente d'imposer aux professionnels du soin. Face à ce que l'un d'entre-eux décrit comme un *« débat important santé-justice sur : est-ce que le champ criminologique doit être occupé par la santé ? »*, certains ont une réponse radicale. Ainsi un second explique : *« on s'est positionné de manière extrêmement claire sur notre travail ; le regard de la loi de 94, dans les prisons, c'est permettre aux personnes d'accéder aux soins, qu'il s'agisse d'une première rencontre du dispositif de soins, cela arrive, c'est assez fréquent d'ailleurs, ou qu'il s'agisse d'assurer la continuité des soins avec l'amont et en aval, c'est cela notre job, vraiment ».* Cette position, qui consiste à protéger un territoire d'action professionnelle des empiétements pénitentiaires ou judiciaires, est considérée comme particulièrement complexe et toujours fragile. Poursuivant son explication, le même chef de service de SMPR ajoute : *« c'est un positionnement qui nécessite beaucoup de pédagogie, (…) c'est un positionnement qui n'est pas facile à tenir non plus, parce qu' il est parfois un peu artificiel. Quand on le dit comme ça c'est facile mais dans le – je dirais – dans le courant de la vie, c'est parfois beaucoup plus mêlé et qu'il faut beaucoup de maturité et de confiance réciproque pour que cela marche, et ce n'est pas toujours le cas.* »

Il s'agit alors de préserver un rôle clinique traditionnel que certains relient à des thérapies relevant pour certains d'un travail d'accompagnement psychique du patient : *« Au fond, qu'est-ce que fait un psychiatre, que fait un soignant en psychiatrie, il prête son appareil psychique, pour aider la personne qui est*

47 C'est-à-dire en chambre d'isolement. Nous montrerons en effet dans la troisième partie que le déroulement difficile des hospitalisations d'office peut expliquer pourquoi les UHSA ont fini par être acceptées par les praticiens travaillant en milieu pénitentiaire.

en face à y mettre ses pensées, ses affects et il essaie, avec lui, de les lui rendre sous une formulation qui soit une formulation, on va dire, moins traumatique, plus claire, plus fluide, qui lui permette… On fait quoi ? On essaie d'aider les gens à se réconcilier avec eux-mêmes, autrui et le monde qui les environne » et d'autres à des méthodes plus éclectiques, articulant théories cognitivo-comportementales et principes psychanalytiques : « *Il y a un éclectisme qu'il faut savoir respecter, cela étant, il n'y a pas de rejet de ma part d'une technique mais il faut maintenir, de fait, essentiellement, la relation interpersonnelle. Voilà, c'est une rencontre intersubjective, et on peut greffer, effectivement, des techniques, mais pas exclusives* ». Ces divergences d'orientation renvoient à celles qui peuvent exister en milieu hospitalier classique (Jacqueline, 2006). Il n'y aurait donc ni corpus théorique particulier, ni clinique particulière, la seule différence – de taille – étant celle du lieu d'exercice spécifique que constitue la prison.

Et pour défendre ce positionnement, certains se sont regroupés en association et participent aux activités organisées dans ce cadre (journées annuelles des SMPR, etc.). Comme l'explique l'un des chefs de service rencontrés : « *le fait de travailler dans le même champ, je crois que c'est surtout cela, cela rapproche des gens qui font le même métier, enfin qui sont dans les mêmes conditions d'exercice du métier. (…) Le métier amène les gens à parler un peu de leurs conditions d'exercice et à se défendre ensemble, frontalement, face, effectivement, à telle ou telle situation administrative.* » L'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) ne rassemble ainsi pas des psychiatres (et psychologues) d'une orientation théorique particulière, mais exerçant tous en milieu carcéral et partageant une vision commune de leur mission. Cette association, dont les représentants sont régulièrement associés aux réflexions entreprises par le Ministère de la Santé, tente ainsi de peser sur la production législative et de freiner ces évolutions qu'elle réprouve.

Laisser les autres professions prendre en charge cette question ?

Bien occupés à protéger des empiètements un espace de soins considéré comme menacé, ces psychiatres assistent à la marge du territoire professionnel qu'ils cherchent à protéger, à la transformation d'autres professions inscrites dans le champ pénitentiaire, qui se déploient sur l'espace hybride, entre soin et peine, ouvert au-delà des SMPR – comme nous le montrerons dans la troisième partie du rapport. Comme le souligne l'un des chefs de services rencontrés : « *Il faut savoir qu'actuellement, il y a un clivage qui est en train de se faire et qui est même amorcé, entre une psychiatrie qui est celle que je rapporte un peu, de l'homme, et actuellement des actions qui sont indépendantes, qui sont prises par beaucoup plus des…., des conseillers d'insertion, psychologues pénitentiaires, bien-sûr, inspirés par des modèles anglo-saxons de prise en charge criminologique, plus des experts qui donnent des avis aux juges d'application des peines. […] C'est-à-dire, il y a deux…, voilà, cela fait deux univers et avec de plus en plus de clivages, un champ criminologique et un champ beaucoup plus psychodynamique et individuel.* ».

Participer à la défense sociale ?

Faut-il dès lors sortir de cette posture défensive pour peser sur les transformations de l'institution carcérale, au risque de perdre un peu de son autonomie ? C'est l'avis de l'un des chefs de services interviewés, qui affirme : « *le psychiatre doit intervenir, c'est un sachant, c'est celui qui doit pouvoir dire pourquoi* », tout en relevant les risques d'instrumentalisation toujours présents : « *dès lors qu'on*

• • •

intervient comme un partenaire incontournable, on risque de porter… le chapeau ». Cet interlocuteur enjoint ainsi les SMPR à coopérer avec le milieu dans lequel il exerce, tout en reconnaissant la difficulté de ce positionnement. Plus radical, un autre considère « *que les psychiatres ont tort de ne pas être présents dans la défense sociale et qu'il est absolument logique que les psychiatres fassent partie de la communauté et donnent les éléments qui permettent d'utiliser leurs compétences.* » Ce positionnement, fort différent de celui des ses confrères et consœurs, est unique dans les entretiens que nous avons réalisés avec des chefs de service.

Mais face à ces transformations, certains psychiatres développent des formations spécifiques : ainsi le « *Diplôme inter-universitaire de psychiatrie criminelle et médicolégale* » inauguré dans les universités de Poitiers, Angers et Tours[48] est destiné « *aux DES et DISS de Psychiatrie, médecins généralistes et spécialistes exerçant en milieu pénitentiaire, praticiens hospitaliers et psychiatres libéraux, psychologues en exercice ou en formation de 3ème cycle, membres des équipes pluri-disciplinaires de psychiatrie, membres des équipes socio-éducatives et médico-psychologiques des institutions spécialisées et aux juristes spécialisés.* » Si le titre de « psychiatre pénitentiaire » n'existe pas, les psychiatres restant des « praticiens hospitaliers », l'idée progresse cependant que la clinique en milieu pénitentiaire nécessiterait un corpus de connaissances particulier.

• • •

Si les professionnels psychiatriques travaillant en milieu pénitentiaire s'accordent à regretter les transformations de leur milieu d'exercice et la pénétration d'une logique de défense sociale, ils se divisent cependant sur la façon de répondre à ces transformations : résister au prix d'un positionnement inconfortable ? Laisser l'institution se transformer et protéger son cœur de métier ? Se spécialiser pour mieux répondre aux transformations de l'institution, quitte à valider l'orientation qu'elle prend ? La question qui se pose ici en filigrane est celle de la formation des psychiatres travaillant en lien avec la justice. Doit-elle être spécialisée ? Nous verrons que c'est en ces termes que la puissance publique pose le débat. Or la formation permet, en psychiatrie comme dans toutes les disciplines médicales de relier les dimensions scientifique et clinique, le corpus de connaissances et leur mise en pratique. Questionner la formation des psychiatres, c'est donc questionner l'autonomie de la profession psychiatrique. Derrière la question apparemment neutre de la formation, des enjeux professionnels et politiques se dessinent donc autour du mandat social de la psychiatrie.

2.3. Se spécialiser pour répondre aux attentes de la justice ?

La profession psychiatrique est donc traversée par deux questions autour de la dangerosité et de la défense sociale : les connaissances et instruments nouvellement développés doivent-ils ou non être mobilisés dans la pratique ? Accepte-t-on que, ce faisant, ces savoirs contribuent à donner à la prise en charge psychiatrique des personnes aux prises avec la justice une tournure de défense sociale ? Ces deux questions renvoient à l'articulation entre un corpus de savoirs et une pratique clinique,

48 Voir http://www.senon-online.com (consulté le 15 mars 2012)

articulation assurée par la formation des praticiens. L'interrogation est dès lors la suivante : la profession psychiatrique doit-elle se sur-spécialiser afin d'adopter une position davantage expertale répondant aux attentes de la justice ? Nous verrons qu'un discours public se développe ces dernières années sur le « déficit de formation » dont souffriraient les experts et les praticiens psychiatres. Ce discours, repris par un segment de la profession, semble s'appuyer sur l'axe le plus « scientifique » de la psychiatrie qui tendrait dans ses formes les plus extrêmes à transformer le psychiatre en technicien au service de la justice dès lors qu'il accepterait de répondre intégralement à sa demande. Nous verrons enfin que malgré les résistances d'une frange importante de la profession, ce segment professionnel a le vent en poupe et semble valider l'idée que la dangerosité criminologique devient un « genre pertinent » pour la psychiatrie.

2.3.1. Un déficit de formation ?

L'idée d'un « déficit de formation » est couramment mise en avant dans le débat public. Ainsi, le rapport Burgelin (2005) cherche à renforcer *« des formations initiale et continue communes aux professionnels de la justice et de la santé, en psychiatrie médico-légale, en psycho-criminologie, en alcoologie et toxicomanie »* mais également de développer la recherche sur *« l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et de ses facteurs »*, *« le suivi de groupes d'auteurs d'infractions pénales »* et, entre autres pratiques définies comme *« criminologiques »*, *« les pratiques sur le thème de la dangerosité, des thérapeutiques possibles »*[49]. Le rapport Lamanda (2008) considère la promotion de la *« recherche et [de] l'enseignement en criminologie »* comme le premier des objectifs à atteindre pour mieux *« répondre à la dangerosité »*. S'adressant plus directement à la psychiatrie, Nicolas Sarkozy se prononce en octobre 2009 après le meurtre de Marie-Christine Hodeau pour *« une réforme de la psychiatrie criminelle »*, discipline qui n'existe pourtant qu'à l'état embryonnaire.

Parmi nos interlocuteurs, qui ont tous été sensibilisés à la question des échelles actuarielles mais également aux développements les plus récents concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle tels que recommandés par un rapport de la Haute Autorité de Santé en 2009, seul l'un d'eux, expert judiciaire, dit s'être réellement formé à l'utilisation des échelles actuarielles (en Belgique) et insiste sur l'importance de développer en France un enseignement spécifique à l'usage des échelles actuarielles d'évaluation de la dangerosité (comme nous l'avons vu plus haut). Il explique ainsi : *« Et j'envoie de plus en plus de mes collègues se former là-bas. […] Voilà, donc moi j'ai fait tout le cursus et plusieurs de mes collègues qui sont d'ailleurs experts auprès des tribunaux [...] vont également se former de plus en plus. »* Il estime que la formation à la criminologie des psychiatres est irrémédiablement amenée à se développer : *« J'ai été reçu au ministère de la Justice pour en parler justement et a priori, il va y avoir des formations obligatoires. Il y a deux cas de figures, soit formation obligatoire pour tout le monde et après libre au psychiatre de l'utiliser ou pas, voire, voire, voire de ne pas tenir compte de l'expertise si elle n'a pas utilisée en plus d'une l'évaluation clinique une échelle actuarielle ; c'est carrément refuser le rapport d'expertise… »*.

49 Dangerosité « psychiatrique » et « criminologique » étant ici une fois de plus assimilées et superposées (cf. première partie du rapport)

Evolution inexorable, elle est également souhaitable à ses yeux pour que l'expert puisse répondre avec plus de précision aux demandes de la justice. Ainsi l'enseignement en France serait selon lui trop lacunaire et ne permettrait pas aux experts de remplir les attentes du juge : *« Un jour il y a le juge d'application des peines [...] qui m'appelle pour me demander si je ne veux pas faire des expertises post-sentencielles. Oui, pourquoi pas, et je me suis posé la question de […] comment je vais répondre au risque de récidive, parce que dans toutes mes études de psychiatrie, on n'en a jamais parlé, jamais. Les deux formations de psychiatrie légale que j'ai faites en France, on en a vaguement entendu parler pendant dix minutes, c'est tout. Je dois répondre à deux questions d'injonction de soins et ensuite le risque de récidive, sachant que les deux sont intimement liées »*. Cette volonté de spécialiser une branche de la psychiatrie dans l'expertise ou la clinique du crime rejoint les initiatives[50] pour créer une discipline criminologique. L'idée que la France *« soutien[drai]t, jusqu'à présent, mal la comparaison avec les États qui ont reconnu la formation en criminologie de même que la profession de criminologue »*, mais également qu'il y aurait un ensemble de *« connaissances et de compétences spécifiques »* autour du *« phénomène criminel »* est forte, au point que la criminologie vient d'obtenir le rang de discipline universitaire[51] dans des conditions largement critiquées, à commencer par l'Association Française de Criminologie[52].

L'ambition de mieux encadrer la formation des professions du champ judiciaire et pénal est forte : elle pèse également sur la profession psychiatrique. Mais certains professionnels acceptent ce mandat, qui appelle selon eux un développement scientifique de la psychiatrie.

2.3.2. Une réponse scientifique

Cette idée d'une réponse pragmatique, d'une réponse scientifique, est mise en avant par l'un de nos interlocuteurs, expert judiciaire, seul défenseur dans notre échantillon d'une spécialisation de la psychiatrie autour du crime. Il mobilise d'ailleurs une approche scientifique lorsqu'il explique : *« La théorie psycho-dynamique, comme son nom l'indique, n'est qu'une théorie du fonctionnement psychique, qui n'a jamais été démontrée et qui n'a jamais été développée et validée dans le but de prédire une récidive, clairement ce n'est pas le but. En plus, il n'y a pas de validation scientifique, voilà. Mon but à moi ce n'est pas de chercher le pourquoi, c'est simplement de chercher les corrélations statistiques, qui ont déjà été établies d'ailleurs par plusieurs équipes. »* Chercher des corrélations statistiques, trouver une validation scientifique, on retrouve ici une certaine vision de la rationalité technicienne, dont les ressorts ont été démontés par Kirk et Kutchins (Kirk et Kutchins, 1998). S'intéressant à la troisième version d'un outil de classification central pour la psychiatrie (le manuel diagnostique et statistique ou DSM-III), ils montrent quelle transformation a été opérée par les défenseurs de cette nouvelle version, parue au début des années 1980, dans la quête d'une identité scientifique pour la psychiatrie, au même titre que les autres spécialités médicales. Ils ont réussi à escamoter la question sensible du rôle et de la

50 Une conférence nationale de criminologie a réuni en 2010 plusieurs universitaires autour de la question de développer un enseignement spécifique de criminologie. Un rapport « Sur la faisabilité, la mise en place et le développement des Etudes, Recherches et Formations en Criminologie » a été publié en juin 2010 par cette conférence.

51 Voir communiqué du 15 mars 2012 : Le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche crée une section de criminologie au C.N.U.

52 Voir Le Monde du 28 mars 2012. « La "criminologie" entre succès médiatique et rejet universitaire » par Laurent Mucchielli, Olivier Nay, Xavier Pin et Daniel Zagury

validité de la psychiatrie, qui menace tant une discipline tiraillée par ses ancrages théoriques contradictoires. Plutôt que les interrogations autour de l'origine des troubles psychiatriques et de leur existence en tant que « maladie », ils sont parvenus à mettre en avant celle de l'amélioration de la fiabilité des outils diagnostiques qu'elle utilise. La pratique professionnelle du diagnostic devient ainsi avec le DSM-III « *un processus de résolution instrumentale d'un problème, dont la rigueur repose sur l'application d'une théorie et d'une technique scientifiques* ».

Dans le cas spécifique que nous étudions, la représentation de la formation comme travail d'acquisition d'un savoir-faire spécifique participe d'une euphémisation de la question de la mesure ou du traitement de la dangerosité, tout en conférant un caractère professionnel à cette mesure et ce traitement. Insister sur le fait de connaître et savoir manipuler les instruments focalise le problème sur sa dimension technique : il s'agit en tout et pour tout, semble-t-il, de s'approprier ce bagage de compétences opérationnelles. Le caractère essentiellement problématique de la pratique de la mesure, suscitant tant de polémique, est neutralisé et escamoté au profit de la question de la diffusion. On comprend ainsi que le discours sur la formation n'est pas neutre, mais participe plutôt d'un travail de normalisation de la mesure de la dangerosité dans le domaine psychiatrique.

De plus, dans le cas de la construction des ensembles syndromiques proposés par le DSM-III comme des outils actuariels, une même logique est à l'œuvre : l'appui sur une méthodologie statistique de recherche, devant conférer à l'outil final une dimension objective (et, ce faisant, à la discipline un caractère scientifique). La mise à l'écart du questionnement sur la cause, l'origine, ou le sens clinique du symptôme pour mieux établir des faits et des connaissances s'imposant à tous n'est pas sans rappeler, plus largement, le changement de paradigme du raisonnement clinique médical opéré par l'avènement de la « *médecine basée sur les preuves* » (Timmermans et Berg, 2003, p. 88). L'autorité de l'expérience clinique et du raisonnement fondé sur la compréhension des mécanismes physiopathologiques (ou psychopathologiques dans le cas de la psychiatrie) aurait ainsi laissé place au règne de la preuve scientifique, s'étendant aux niveaux thérapeutique et pronostique comme diagnostique, légitimée par un modèle ancré dans l'épidémiologie et la statistique. Dans ce nouveau paradigme, les préoccupations sont celles de l'estimation de la fiabilité et de la validité de l'information, de la discussion de la balance bénéfice-risque (ou du rapport coût-efficacité) d'une intervention. Plus précisément, dans le cas de la psychiatrie, ce glissement aurait pu s'opérer à la fois du fait d'une difficulté clinique majeure à faire la distinction claire entre certains ensembles nosographiques (tels que les psychoses et les « troubles graves de la personnalité »), et d'une commande extérieure : « La perplexité clinique vient renforcer la confusion entre les niveaux d'intervention attendus de l'expert, confusion entretenue par la demande faite au niveau pénal ou social qui n'attend plus du psychiatre qu'il émette un diagnostic, mais qu'il soit capable « scientifiquement » d'émettre un pronostic, quel qu'en soit le soubassement psychopathologique » (Gravier, in Senon et al., 2007).

Un parallèle peut être fait, nous semble-t-il, avec la polémique suscitée dans le milieu de la pédopsychiatrie à la suite de la parution de l'expertise collective de l'Inserm sur « *le dépistage, la prise en charge et la prévention du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent* » (Inserm, 2005). Sur la base

d'une « *démarcation difficile entre prévention et prédiction* », cette polémique a donné lieu à une véritable confrontation de deux conceptions de la pédopsychiatrie, l'une attachée à la compréhension de la psychopathologie des troubles et à une représentation complexe de la situation « *qui emprunte à la fois au modèle médical et au modèle des sciences humaines* » l'autre considérée par certains comme relevant du scientisme. Là aussi, le détournement d'un objectif de compréhension de la nature du problème au profit d'un raisonnement probabiliste est perçu comme un « *risque de confusion épistémologique* » poussant les pédopsychiatres à ne pas se « *laisser enfermer dans des modèles qui ne sont pas les [leurs]* », et à s'interroger au niveau éthique sur leur propre rôle : « *la question est de protéger l'enfant d'un certain nombre de souffrances, et non pas de protéger la société des enfants qu'elle a fait naître* » (Golse, 2006). Plus largement, les critiques en termes de remise en questions des fondements épistémologiques de la discipline (avec une attention particulière pour la psychopathologie), et de détournement d'un objectif premier du soin (l'« engagement thérapeutique ») se retrouvent, associées avec une dénonciation de certains choix politiques, juridiques et institutionnels, dans le discours du « Collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire »[53], soulignant la profondeur des lignes de fractures pouvant traverser la profession psychiatrique sur ces questions.

Ce savoir-faire spécifique autour des outils de mesure est largement remis en cause, comme nous l'avons montré plus haut, mais un positionnement pouvant être vu comme « scientiste » (selon la critique de l'un de nos interlocuteurs) l'est également. Celui-ci n'est ainsi pas dupe du caractère opportuniste de cette entreprise « scientifique » : « *la mise en équation des éléments de personnalité, des critères, c'est plutôt du madame Irma que de la science. Or, un certain nombre d'entre nous, il faut bien le dire, au sein de la communauté psychiatrique, mais pas seulement, ont décidé que cette science de madame Irma leur allait bien et qu'en plus, cela leur conférait une forme de pouvoir.* » Les outils de diagnostic et de pronostic que représentent les grilles actuarielles ne seraient ainsi, d'après un autre, pas la panacée : « *il n'y a pas de raisons de faire une espèce de militantisme en disant : "la psychiatrie à son chemin de Damas, elle sort de l'obscurantisme, nous avons rencontré la lumière"… C'est un peu grotesque.* »

Contre la tentation scientiste, il s'agirait donc de poser la question de la pertinence de la psychiatrie et non pas seulement de la fiabilité des outils qu'elle utilise. Cette idée rejoint les critiques exprimée envers la criminologie[54] qui, n'étant pas fondée sur « *une cohérence paradigmatique et méthodologique* », créerait la confusion « *entre recherche fondamentale et sciences appliquées* » et effacerait – en France – les frontières entre « *champs scientifique, politique et expertal* » (Mucchielli, 2008). Cette dernière critique s'adresse principalement aux porteurs du projet de création d'une section de criminologie, dont les ambitions politiques prêtent à caution, mais au-delà de ce cas bien particulier, c'est l'ensemble du projet criminologique qui est mis en cause, en ce qu'il fait du « crime » son objet exclusif et participent à une essentialisation de celui-ci (voir également Mucchielli, 2004). Contre la création d'un diplôme de psychiatrique criminelle, Sophie Sirère et Pascale Giravalli[55] ironisent ainsi : « *la*

53 Charte du Collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire. Voir http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=17

54 Il faudrait ici étudier la façon dont les spécialisations en « psycho-criminologie » et en « psychiatrie criminelle » s'articulent avec le projet de création d'une discipline « criminologique ».

55 XXIIèmes Journées Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, SMPR de Marseille, décembre 2011 : « Soigner en prison

psychiatrie criminelle est – nous dit Jean-Louis Senon – la prise en charge des auteurs d'infractions, présentant des troubles mentaux ou de la personnalité. Nous sommes d'accord avec lui pour qualifier de criminelle une psychiatrie qui ferait passer l'infraction avant le trouble mental ».

Le risque serait ici que les psychiatres, à la manière des chercheurs criminologues, deviennent « *de simples exécutants, des techniciens n'ayant de scientifique que les méthodes, à qui l'on ne demande surtout pas de trop réfléchir à ce qu'ils sont en train de faire* » (Mucchielli, 2008). Délaissant la question de la raison d'être de la psychiatrie, cette posture exclusivement scientifique aurait dont tendance à menacer l'autonomie de la psychiatrie, qui, en tant que profession à pratique prudentielle (Champy, 2011), « *intervient sur des problèmes pour lesquels une application systématique de savoirs formalisés peut conduire à des catastrophes* ». Une telle analyse confirmerait l'hypothèse de ce sociologue des professions selon laquelle « *le recul de l'autonomie de réflexion des professionnels et la technicisation de leur travail sont susceptibles d'entraver leur contribution à ces débats sociétaux sur la hiérarchie des finalités de leur activité* » (p. 256).

2.3.3. Face à la justice : quelles finalités pour la psychiatrie ?

Au final, le dilemme pourrait être résumé de la façon suivante, selon les mots de l'un de nos interlocuteurs : « C'est un débat : est-ce qu'on doit, nous, être un peu criminologue-clinicien, est-ce qu'on est là pour empêcher que le crime se reproduise, est-ce que notre travail, c'est de traiter le symptôme criminel ? ». Ce dilemme n'est pas étranger aux différentes représentations ontologiques de la personne humaine, de sa personnalité, et à la façon de concevoir la relation clinique. Une opposition se dessinerait ainsi entre une représentation du patient comme « sujet » ou à travers ses « comportements » : « Donc on a l'impression, on peut avoir l'impression, qu'il y a deux mondes, qui ne se recoupent pas : un monde de soins à la personne, un peu pris dans quelque chose qui tourne autour du sujet, rien que le sujet et, par ailleurs, tout un dispositif qui est mis en place par rapport aux comportements et aux conduites et aux risques de récidive » propose-t-il aussi.

Cette vision de la mission du psychiatre ne s'oppose pas, bien au contraire, à la possibilité d'envisager une amélioration de la « conduite » du patient, mais de façon résultante. Pour un autre chef de service de SMPR, « Traditionnellement, le psychiatre ou le psy intervient davantage et essentiellement dans le champ de la personne, de sa vie psychique, prenant en compte tout, de la même façon, j'ose dire, et travaillant sur l'harmonisation psycho-relationnelle, ne prenant pas en compte la raison pour laquelle il est là mais simplement cherchant son harmonisation, avec l'idée quelque part que s'il s'harmonise, ses conduites, toutes formes de conduites se normaliseraient. C'est aussi, peut-être, ce qui fait un peu la distinction entre une démarche qui pourrait être comportementaliste, et une démarche qui pourrait être analytique, psycho-analytique, donc vous voyez et c'est vrai que c'est un débat ; je tiens à vous dire que les autorités sont très intéressées à ce qu'on puisse traiter le trouble. »

---

ou comment travailler le paradoxe d'y être ? » Communication de Sophie Sirère et Pascale Giravalli, SMPR des Baumettes

• • •

Pour l'expert psychiatre que nous avons interrogé, prendre en charge le patient et éviter la récidive ne sont pas des missions « antinomiques ». Elles peuvent donc être remplies concomitamment : « Finalement, moi, je ne serais pas opposé à être expert et médecin traitant à la fois, d'ailleurs pour répondre à une question d'évaluation longitudinale, l'expertise post-sentencielle, longitudinale, je pense la meilleure personne pour répondre au risque de récidive, c'est l'équipe soignante. Ce qui me bloque moi, c'est le code de déontologie et le code de santé publique, je n'ai plus le droit d'être les deux, les deux à la fois, donc, je n'ai pas envie d'être hors la loi…, première des choses, alors que je n'aurais aucun… Q. Scrupule ? Non, c'est plutôt un cas de conscience ou au contraire. Ensuite, je pense que clairement dans la tête des psychiatres français, lorsqu'on est expert, on peut nuire…, enfin on se pose dans la position de la protection de la société par rapport au détenu. Alors que quand on est son médecin traitant, il faut tout faire dans l'intérêt de son patient et si on commence à le plomber au niveau des conclusions de l'expertise ce n'est pas bon et si on le soigne, il faut le soigner, lui, pour son bien et pas pour la société. Moi je pense que les deux ne sont pas forcément antinomiques, si l'on évite à quelqu'un de recommencer le passage à l'acte et de retourner en prison, c'est aussi pour son bien. Je pense qu'on est mieux dehors qu'en prison. »

A trop se concentrer sur la formation opérationnelle des psychiatres, en apparence neutre, le débat public escamoterait ainsi la question du rôle et des objectifs de la psychiatrie. Le développement d'un corpus de savoir et de cursus de formation pourrait cependant avoir pour effet de transformer la dangerosité, ou plutôt une réponse expertale et clinique à celle-ci, en « genre pertinent » pour la psychiatrie (Hacking, 2008).

• • •

Conclusion : La dangerosité, un « genre pertinent » pour la psychiatrie ?

A la question de savoir pourquoi les pouvoirs publics valorisent une transformation des contenus de la formation psychiatrique vers une plus grande spécialisation autour du crime, les psychiatres que nous avons rencontrés évoquent des évolutions sociétales de long court. Ainsi, pour l'un des chefs de service de SMPR enquêtés, si la société attend une réponse des psychiatres autour de la dangerosité, c'est parce que le soi-disant « besoin d'explication »[56] permet d'escamoter habilement des questionnements sociaux plus perturbants : *« Le vocable dangerosité, c'est-à-dire, c'est un épouvantail, c'est "la France a peur". Elle a peur de quoi la France ? Elle a peur du chômage, elle a peur du nucléaire, elle a peur de l'insécurité pour les enfants… C'est beaucoup plus facile de cristalliser, c'est-à-dire que si vous détournez l'attention de l'essentiel…, elle a peur du krach boursier, c'est de bonne guerre, ce n'est pas la théorie du complot mais c'est de bonne guerre de détourner l'attention sur… Q. Des choses plus simples ? Des choses qui portent adhésion* ». Pour un autre interviewé, une certaine culture du résultat prendrait le dessus : *« On vit avec le drame de la culture du résultat. Nous sommes entrés dans une logique managériale qui s'est infiltrée partout […], il y a une suggestion managériale qui consiste à dire : finalement, le professionnel sur le terrain est plutôt un emmerdeur qu'autre chose, c'est quelqu'un qui a des exigences,*

56 Pour Alain Bauer, la criminologie répond en effet à un « besoin d'explication », voir Le Monde du 28 mars 2011 : « La criminologie, une science qui répond au besoin d'explication ».

complique tout et s'oppose totalement à l'idée que nous, politiques, nous soyons soumis à la culture du résultat par nos échéances ».

Quoi qu'il en soit, le segment protéiforme de la psychiatrie qui accepte de développer des outils et connaissances visant à mieux répondre à cette question aurait de beaux jours devant lui. Reprenant l'idée que la psychiatrie traditionnelle (sous-entendu ici la psychiatrie d'inspiration psychodynamique) ne répondrait pas aux attentes qui pèsent sur elle, un autre chef de service de SMPR explique : « *Il y a un souci de rationalité très fort, de résultats, pragmatique, on appelle cela pragmatique, et nous, c'est vrai, on n'est pas très pragmatiques* ». De même, un autre interlocuteur indique : « *l'actualité fait que, c'est vrai, c'est attendu des pouvoirs publics, enfin certains, certaines…, je dirais, il y a un regard, c'est-à-dire que cela donne une impression de certificité* ». Et même si ce corpus de savoir repose sur une vision qu'elle considère erronée car reposant sur l'idée que le patient est avant tout un déviant, un chef de service évoque l'idée que la psychiatrie pourrait assister à un changement de paradigme : « *Q. Si on vous suit, il y aurait une rupture conceptuelle ici ? La psychiatrie n'est pas une. Je dirais que ce qui fait son intérêt, c'est la diversité des courants de pensée quand même. C'est extraordinaire parce que, qu'est-ce que c'est la science ? La science, c'est une vérité à un moment donné qui sera remplacée par une autre vérité à un autre moment donné etc., Q. Le paradigme quoi ?… C'est une progression des connaissances. A un moment donné dans un contexte particulier, vous formulez un certain nombre d'hypothèses qui vous tiennent lieu de théories et d'outils de travail, mais c'est en mouvement.* »

La « dangerosité » pourrait devenir pour la psychiatrie un « genre pertinent » (Hacking, 2008, p. 172) au sens où, développée dans le corpus de savoirs de la psychiatrie et validée par une nouvelle législation et par une attente sociale et morale de plus en plus pressantes (voir plus haut) elle viendrait peser sur les pratiques professionnelles. Nous avons montré comment la progressive « responsabilisation » des malades mentaux ayant commis des délits ou des crimes venait transformer l'enfermement carcéral en instrument de « défense sociale ». Nous avons également indiqué à quel point ces évolutions transformaient les conditions d'exercice des praticiens, développant le besoin – ou l'opportunité – de développer une psychiatrie spécialisée, « pénitentiaire » ou « criminelle ». Ces initiatives viennent abreuver les travaux autour du pronostic de dangerosité et valider l'idée que la dangerosité (son repérage mais également son traitement), intégrée au corpus d'une psychiatrie qui embrasse de plus en plus un idéal de discipline médicale fondée scientifiquement, feraient également partie de son domaine d'intervention et de ses missions. Se renforçant mutuellement, ces quatre facteurs (attentes politiques ; tentation scientifique de la psychiatrie ; formalisation d'un savoir ; spécialisation clinique) donnent à la dangerosité un caractère « actuel et oppressant », mais également « pertinent et présenté comme un concept scientifique » et fondé sur des principes « moraux » (Hacking, 2008, p. 206), et pourraient donc contribuer à en faire un « genre pertinent » pour la psychiatrie.

Cela à condition que chaque point d'articulation de ce nouvel équilibre emporte le consensus au sein de la profession psychiatrique, et ne soit pas au contraire l'objet d'un débat. Si ce n'est pour l'instant pas le cas, du fait de positionnements professionnels multiples et d'une vigilance particulière de nombreux psychiatres vis-à-vis de ces questions, on peut envisager que la transformation puisse un

jour s'opérer, notamment à travers le renouvellement générationnel de la communauté des psychiatres. La question de la formation, non pas seulement aux outils mais au métier et à la pratique clinique, apparaît d'autant plus comme un enjeu majeur pour l'abord de la question de la dangerosité par la profession psychiatrique.

Partie II. Ce que la dangerosité fait aux pratiques

Chapitre 1. Défense sociale : entrer, circuler, sortir

1. Les méthodes d'enquête

Par Gaëtan Cliquennois

L'approche qui est la nôtre suppose de revenir sur le choix des terrains et des méthodes avant d'aborder les pratiques inhérentes aux établissements.

La pluralité des établissements existants en matière de défense sociale a impliqué de sélectionner une série de terrains (I) et de recourir à des méthodes appropriées pour cerner au mieux les pratiques (II).

1.1. Le choix des terrains

Pour permettre la comparaison avec l'établissement pénitentiaire choisi comme terrain français, notre choix parmi les annexes psychiatriques belges s'est porté en priorité sur celle de Forest. Cette annexe psychiatrique, la plus grande en Belgique, comporte, on l'a dit, 49 cellules et une centaine de lits, certaines cellules comportant des duos et des trios. L'annexe psychiatrique de Forest a ceci de particulier qu'elle connaît une surpopulation chronique puisqu'elle accueille régulièrement 120 à 130 « patients ». Autre spécificité qui la différencie clairement des autres annexes, cette annexe est à orientation très sécuritaire puisqu'elle contient notamment une cellule américaine (de type supermax) et une cellule renforcée. Par ailleurs, comme on l'a déjà signalé, elle connaît le régime différencié, le troisième et quatrième étage incluant des possibilités d'activité collective alors qu'aux étages inférieurs est imposé un régime cellulaire strict. Le régime de détention de l'annexe de Forest contraste de ce fait avec celui d'autres annexes présentant une philosophie beaucoup plus communautaire comme celles de Jamioulx, de Namur ou de Mons.

En ce qui concerne les établissements de défense sociale, nous avons préféré l'établissement de défense sociale de Paifve à celui de Tournai pour des raisons d'autorisation et de culture d'établissement, le premier dépendant du Ministère de la Justice et le second du Ministère de la santé (voir *supra*). L'un des particularismes de l'établissement de Paifve est, on l'a dit, de proposer deux sections très différentes : l'une à orientation pénitentiaire et cellulaire et l'autre à vocation beaucoup plus thérapeutique et communautaire.

Nous avons par contre volontairement écarté de notre étude empirique l'établissement de défense sociale de Mons (le Chêne aux Haies) accueillant exclusivement des femmes et qui se trouve sous la responsabilité du ministère de la santé. En effet, nous avons anticipé les difficultés prévisibles d'enquête liées à cette configuration genrée du terrain (nous sommes deux chercheurs hommes) et un chercheur (Brice Champetier) ayant déjà visité l'établissement nous a fait part de la difficulté à enquêter dans cet établissement quand l'on est un homme : toilettes intimes le matin, personnel

féminin réfractaire à la présence masculine, etc. Nous avons également exclu la possibilité d'enquêter dans les 2 établissements de défense sociale (Merkplas et Turnhout) et les 4 annexes psychiatriques existants en Flandre (Anvers, Bruges, Gand et Louvain) en raison de la cohérence générale et linguistique de la recherche (les acteurs francophones des établissements observés ne travaillent pas avec les établissements flamands) et du temps limité d'enquête.

Pour autant, nous n'avons pas totalement délaissé les autres annexes psychiatriques. En effet, il nous a paru en effet plus pertinent de développer une stratégie d'enquête multi-sites et d'observer ces 5 annexes psychiatriques et cet établissement de défense sociale, étant donné les circulations et les flux de population qui existent entre ces différents types d'établissements. En outre, les acteurs rencontrés lors des entretiens nous ont fait part de rencontres régulières entre les responsables de services de ces différents établissements (par exemple entre directeurs et entre équipes soin des différentes annexes). Ces rencontres sont l'occasion pour eux de mieux connaître les autres responsables, de se familiariser aux structures de leurs collègues et à leurs pratiques professionnelles. Ces rencontres nées d'une initiative du directeur de l'annexe de Forest, même si elles ont disparu pour les directeurs d'annexes psychiatriques, ont permis de faciliter les transferts de détenus entre établissements. En effet, les directeurs d'annexes ont appris à se connaître et à développer des connaissances minimales sur les annexes de leurs collègues, sans passer par la direction régionale qui est compétente pour valider ces transferts.

1.2. Le choix des méthodes

Au choix des terrains s'est ajouté le choix des méthodes qui a consisté à croiser plusieurs perspectives méthodologiques, à savoir respectivement observations et entretiens semi-directifs pour l'analyse des entrées et des circulations en établissement, et analyses en groupe pour les sorties d'établissements. Il s'est agi aussi de préciser les limites des méthodes utilisées pour en saisir notamment la pertinence.

1.2.1. Le choix des observations et les entretiens pour l'analyse des entrées, des affectations et des transferts

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires auprès de l'administration pénitentiaire centrale et négocié le principe de l'enquête auprès des acteurs locaux (les responsables de ces établissements), nous avons pu procéder à 16 entretiens semi-directifs avec les personnels d'encadrement des principaux services de ces établissements : directeurs d'annexe (N=8), responsables du secteur pénitentiaire, dit chefs de quartier (N=1), coordinateurs et membres du service soin (N=5), responsables du service psycho-social (N=2). Nous avons également mené des observations non participantes du travail des personnels pénitentiaires et psychiatriques au sein de l'annexe psychiatrique de Forest et de l'établissement de défense sociale de Paifve.

Mais s'en tenir à la seule méthodologie par entretiens demeure problématique pour la verbalisation de certains comportements que les enquêtés veulent dissimuler ou au contraire afficher avec

ostentation. Elle revient alors dans ce cas à recueillir des représentations sur ce qu'il est bon de dire, autrement dit un discours de circonstance (Arborio et Fournier, 2005, 20) produit par l'enquêté qui croit répondre aux attentes de son organisation. Les entretiens menés avec les membres du personnel apparaissent souvent insuffisants pour visibiliser les pratiques. Les comportements adoptés au cours des interactions en face à face contrastent en effet avec les attitudes déclaratives (La Piere, 1934). De surcroît, les professionnels éprouvent généralement d'autant plus de difficultés à expliquer ce qu'ils font que leurs actions visent des compétences incorporées (Bouret, 2008). Observer le travail d'évaluation en train de se faire permet probablement de remédier à la dématérialisation du travail qu'implique généralement son oralisation (Bouret, 2008). C'est pourquoi il importe d'ajouter aux entretiens l'observation des situations d'évaluation proprement dites de la dangerosité. Il paraît donc utile de compléter les entretiens par des observations non participantes.

L'observation est en effet recommandée pour *l'étude directe des milieux très réglementés, fortement institutionnalisés* soucieux de *présenter au monde extérieur l'image sociale d'une organisation stricte* (Peretz, 1998, 21). L'observation se révèle en effet des plus appropriées pour l'étude des milieux secrets, fermés, soucieux de demeurer opaques ou se considérant menacés ou déconsidérés (Peretz, 1998, 30), soit autant de traits qui caractérisent assez bien l'institution pénitentiaire et psychiatrique. De fait, l'observation est particulièrement féconde pour appréhender *les comportements qui ne sont pas facilement verbalisés, ou qui le sont trop* (Peneff, 1992, 233), de même que les pratiques officieuses qui peuvent être dissimulées ou au contraire extrêmement visibles, mais souffrant d'un défaut de légitimité ou trop habituelles pour que les enquêtés pensent à les évoquer (Schwartz, 1993, 267-268 cité *in* Arborio et Fournier, 2005, 20). La méthode de l'observation présente enfin l'avantage de pouvoir inspirer des démarches de recherche beaucoup plus inductives, sans s'en tenir à la simple vérification ou complément d'hypothèses lourdes formulées en amont du terrain. Néanmoins, l'observation peut rencontrer des limites sur un objet de recherche aussi sensible que la prise en charge de personnes détenues ou internées (qui peut se révéler humiliante pour les personnels évalués et indiscrète pour le chercheur). C'est pourquoi nous avons panaché méthodes d'entretien et méthodes d'observation auxquelles s'est encore ajoutée la méthode d'analyse en groupe.

1.2.2. L'analyse en groupe pour les sorties

Pour comprendre les enjeux du processus de sortie du circuit de défense sociale, nous avons fait le choix de recourir à une méthode qualitative d'*«analyse en groupe »* d'acteurs et de chercheurs dont nous présentons les modalités pratiques.

Les raisons du choix de l'analyse en groupe

La méthodologie d'analyse en groupe, développée aux Facultés Universitaires Saint-Louis depuis une vingtaine d'années[57], vise à saisir, avec les participants, la dynamique des relations sociales qui les réunit et les oppose autour d'un même enjeu. La particularité de la méthode est d'associer directement au processus de recherche des acteurs concernés par le problème étudié : il ne s'agit

57 Pour une présentation complète de cette méthode, voyez Van Campenhoudt, Franssen, Chaumont (2005).

donc pas d'une méthode « d'interview de groupe », mais bien d'un travail réflexif mené en commun, à partir de la narration d'expériences vécues par les membres du groupe. Ces derniers ne sont pas « objet » de recherche mais bien acteurs dans la construction collective d'un savoir de recherche.

Concrètement, la méthode d'analyse en groupe consiste à réunir pendant une ou plusieurs journée(s) une quinzaine de participants représentatifs des différents rôles intervenant dans la prise en charge des problématiques analysées par les chercheurs. La démarche suppose ainsi que l'analyse soit menée *par* un groupe de personnes, les participants, *avec* l'aide des chercheurs. Chacun des participants propose un récit qu'il estime représentatif de la problématique indiquée par les chercheurs. Ensuite, les participants votent pour un récit particulier. Une fois le récit exposé par le narrateur, il est prévu un premier tour du table arbitré par un chercheur « animateur » pendant lequel les participants ne doivent réagir que sur des éléments factuels du récit, puis un second tour de table au cours duquel les participants livrent leurs réflexions sur le récit et les enjeux qu'il véhicule. Simultanément, les débats sont retranscrits par un ou plusieurs chercheurs qui tiennent le rôle de rapporteur. Enfin, les différentes réactions des participants font l'objet d'un travail de théorisation entrepris de concert par les chercheurs (animateur et rapporteurs) et les acteurs à partir d'un principe général d'analyse des convergences et des divergences des arguments échangés. Ce travail est achevé et consigné dans un écrit qui sera ensuite soumis à l'ensemble des participants et validé par celui-ci.

Cette méthode repose donc sur le savoir et l'expérience des intervenants concernés qui ne constituent pas des « objets » de recherche, mais bien des acteurs de leur propre recherche. De fait, la méthode fait des participants des « chercheurs » amenés à s'interroger sur leurs pratiques et à se remettre en question à partir de situations concrètes qu'ils ont vécues et des questions et des réactions qu'elles suscitent dans le groupe. À travers l'analyse commune ainsi menée, les dimensions centrales de la problématique étudiée, telles qu'elles émergent pour les participants, doivent apparaître. Les interprétations des uns et des autres interagissent et permettent de souligner les convergences, mais aussi et surtout les divergences et les nœuds problématiques. À partir de ces derniers (convergences-divergences et nœuds) sont dégagés divers enseignements, tant au niveau des enjeux normatifs, institutionnels, professionnels que, le cas échéant, des perspectives. Les résultats de l'analyse en groupe sont donc le fruit d'un processus progressif de discussions et de production collective de connaissances.

En cela, le dispositif de l'analyse en groupe tire les implications méthodologiques de la perspective constructiviste et de la théorie du conflit selon lesquelles les problèmes et les enjeux doivent être appréhendés dans leur coproduction sociale entre des acteurs aux positions et aux points de vue divergents. Autrement dit, c'est dans le jeu des interactions, des relations et des rapports sociaux entre acteurs, que se (re)produisent les réalités sociales. En confrontant et en articulant les interprétations partielles et les savoirs locaux, l'analyse en groupe vise précisément à aboutir à une connaissance sociologique validée et plus globale (Van Campenhoudt, Franssen, Chaumont, 2005), comme par exemple celle de la théorie du réseau social (de Coninck, Cartuyvels et al. 2005 : 322).

Dès lors que l'objet de cette partie de la recherche, la sortie de l'internement, se situe au croisement de l'intervention de plusieurs acteurs occupant des positions institutionnelles différentes, cette méthodologie participative apparaissait particulièrement appropriée. Elle permet de construire un savoir commun et cumulatif à partir de la confrontation des expériences des uns et des autres et de dégager, avec les participants, un certain nombre d'enjeux clés liés à l'objet de recherche.

Le dispositif de la MAG appliqué dans le cadre de la recherche

Pour étudier la question de la libération de l'interné, deux groupes d'« analyse en groupe » ont été constitués. Ces deux groupes ont été formés sur la base d'un principe de diversification maximale des statuts et des expériences professionnelles, mais aussi des lieux géographiques auxquels sont rattachées les commissions de défense sociale en Belgique francophone.

Dans chacun des deux groupes, ont été réunis, selon des proportions différentes répondant en partie à des critères d'opportunité, des membres de Commission de Défense Sociale (CDS) et des intervenants qui gravitent autour d'elle ; des acteurs intervenant en amont, dans la préparation de la décision de la CDS (psychiatres SPS chargés de l'expertise, directeurs d'établissement de défense sociale, responsables d'annexes psychiatrique en prison) ; des intervenants en aval du processus de décision de libération à l'essai (assistants de justice chargés de la tutelle sociale des internés libérés à l'essai ; psychiatres chargés de la tutelle médicale ; représentants des lieux d'accueil pour internés libérés à l'essai).

Se sont ainsi retrouvés autour de la table lors de la première analyse en groupe du 17 mai 2010 :

Des acteurs associés au processus de décision de la CDS :

- 1 magistrate, présidente de la CDS ;
- 3 psychiatres, membres de CDS ;
- 2 avocats, membres de CDS ;
- 1 procureur du Roi, interlocuteur privilégié de la CDS;

Des acteurs travaillant en amont de la décision et influant sur celle-ci :

- 1 directeur de prison ;
- 1 médecin anthropologue, travaillant en annexe psychiatrique de prison ;
- 1 psychiatre réalisant des expertises pour le juge d'instruction ;
- 1 psychiatre SPS (Service Psycho-Social) chargé de l'évaluation de l'interné en annexe psychiatrique et dans les EDS dépendant du ministère de la Justice

Des acteurs intervenant en aval de la décision de libération à l'essai :

- 1 assistant de justice assurant la tutelle sociale de personnes libérées à l'essai ;
- 1 psychiatre, assurant la tutelle médicale en ambulatoire de l'interné libéré à l'essai ;
- 1 médecin-chef d'un hôpital psychiatrique accueillant des internés libérés à l'essai ;

Trois chercheurs

- 1 juriste et criminologue ;
- 2 sociologues

Ont participé à la deuxième analyse en groupe, organisée le 23 mai 2011 :

Des acteurs associés au processus de décision de la CDS :

- 4 magistrats, présidents de CDS ;
- 1 avocat, membre de CDS ;
- 1 psychiatre membre de CDS ;
- 3 membres du parquet ;
- 1 avocat, spécialisé dans la défense des internés.

Des acteurs travaillant en amont de la décision et influant sur celle-ci

- 1 expert psychiatre, chargé d'expertise ;
- 1 psychiatre SPS (Service Psycho-Social) chargé de l'évaluation de l'interné en annexe psychiatrique et dans les EDS dépendant du ministère de la Justice

Des acteurs intervenant en aval de la décision de libération à l'essai :

- 2 assistants de justice
- 1 directrice d'institution psychiatrique accueillant des internés libérés à l'essai
- 1 psychiatre travaillant en institution psychiatrique accueillant des internés libérés à l'essai.

Trois chercheurs

- 1 juriste et criminologue ;
- 2 sociologues

Deux récits de cas ont été analysés. Le processus complet d'analyse d'un récit s'est déroulé sur une journée. La construction cumulative de savoir qui est au principe de la méthode suppose une présence continue des participants tout au long de la journée. Cette présence continue, qui n'est pas toujours aisée à obtenir, a été de règle ici. Par contre, il ne fut pas possible de procéder à toutes les étapes du travail en commun avec le groupe dans l'espace-temps fixé : une des premières étapes de la méthode, qui consiste à clarifier le « récit de cas » mis au travail, a pris beaucoup de temps. En effet, la complexité des trajectoires individuelles présentées de même que les méandres des dispositifs légaux et institutionnels du système de la défense sociale ont nécessité un temps de clarification important.

Le chercheur principal a donc pris une part plus importante qu'il n'est de règle en principe dans la reconstruction du matériau tel qu'apporté, discuté et analysé par les intervenants. C'est cette reconstruction, articulée autour d'un certain nombre de « nœuds problématiques », qui sera présentée dans le présent rapport.

1.3. Limites des terrains choisis et des méthodes utilisées

Si nous avons choisi la méthode ethnographique pour rendre compte des pratiques de catégorisation liée à l'usage de la dangerosité, c'est qu'elle nous semblait présenter suffisamment d'avantages pour pouvoir assurer cet objectif. En croisant entretiens pour tenter de restituer le discours et les représentations des acteurs et observations pour ne pas se limiter aux discours officiels de présentation et de façade, voire parfois aux dissimulations et étendre l'analyse notamment aux pratiques et aux objets de l'action, notre intention était de faire état de manière incarnée des pratiques professionnelles de terrain et des processus de catégorisation des détenus auxquelles les acteurs procèdent à un niveau local.

Néanmoins, nous nous sommes généralement limités aux acteurs de première ligne dans la tradition ethnographique initiée par E. Goffman sur les institutions totales et plus globalement les « street level bureaucracies » (Lipsky, 1980) sans porter le regard sur les directions centrales et régionales des administrations pénitentiaire belges et françaises, ni sur les instances centrales de santé et les instances politiques chargées de légiférer.

Le présupposé de l'approche ethnographique selon la perspective des « streets level bureaucracies » est que les agents de première ligne (surveillants, assistants sociaux, médecins, psychiatriques en contact direct avec les détenus) disposent d'une autonomie professionnelle suffisante pour pouvoir proposer des définitions des situations et des publics, sans passage obligatoire par la hiérarchie, ni par des réglementations jugées lacunaires pour régler des situations non explicitement prévues ou encore interstitielles (Lipsky, 1980). Le contournement de la hiérarchie et l'évitement du contrôle professionnel sont d'ailleurs souvent présentés comme des caractéristiques des bureaucraties. C'est pourquoi peu d'attention a été portée au contrôle professionnel hiérarchique et au contrôle externe réalisé par des instances politiques, administratives ou encore judiciaires.

Si porter un regard microsociologique à un niveau local a pour avantage de rendre compte des pratiques d'en bas, voire même de certaines boucles de rétroaction, les acteurs locaux pouvant impulser des réformes reprises ensuite à un niveau régional, voire centrale, cette posture et ce présupposé d'autonomie professionnelle, politique et administrative des acteurs de première ligne ne comporte pas moins certains angles morts.

D'une part, on a peu de données quantitatives qui permettent une réelle triangulation des données dont on sait qu'elle constitue l'une des garanties de la qualité des recherches. Cette triangulation implique de croiser notamment des données de différentes nature (qualitative, quantitative, etc.) et de différents niveaux (micro, maso et macrosociologique) sur un même objet de manière à effectuer

des recoupements et des croisements dont la portée est heuristique (Denzin et Norman, 1978). Ainsi, en Belgique, les données quantitatives manquent sur les caractéristiques des populations visées par la défense sociale.

D'autre part, on ne dispose pas réellement d'informations sur le degré et les niveaux d'intervention des hiérarchies, qu'il s'agisse de la hiérarchie régionale ou centrale des établissements en Belgique. De ce fait, on a tendance à attribuer nombre de pratiques observées aux professionnels de première ligne en présupposant quelque peu leur autonomie professionnelle sans s'en référer toujours aux évaluations, aux consignes, voire aux ordres de leur direction. C'est pourquoi aussi il semble difficile de rendre compte des usages de la « dangerosité » sans étudier ces différentes hiérarchies. On y trouverait peut-être en leur sein davantage d'utilisation de la notion de dangerosité de par leur éloignement des réalités de terrain ou du moins de leur filtrage statistique et évaluatif. En effet, ces niveaux supérieurs hiérarchiques centraux (la direction centrale) et régionaux (les directions régionales) ont essentiellement connaissance du terrain par les incidents qui leur sont remontés grâce à l'informatique par les courriels et les logiciels : évasions, agressions de personnel, homicides, suicides, etc. Ils s'inscrivent dès lors dans des temporalités plus courtes qui sont celles de l'incident et dans des rapports plus restrictifs aux missions de l'administration pénitentiaire réduites au contrôle et à l'encadrement de ces incidents. Sans exclure des boucles de rétroaction au stade local, les niveaux hiérarchiques supérieurs sont davantage au contact des instances judiciaires et politiques qui trouvent des interlocuteurs à même ensuite de répercuter leur vision éventuelle de la « dangerosité ».

Par ailleurs, l'étude du niveau local et des pratiques de catégorisation des acteurs présente également un autre angle mort qui est celui des lieux et des scènes qui sont très difficilement accessibles dans des temps courts d'enquête ethnographique. En effet, les services de soin qui sont tenus au secret médical ont refusé dans le cas belge l'accès à leur réunion de service quand était évoqué explicitement des cas individuels de patients. La temporalité courte de l'enquête présente aussi l'inconvénient de masquer le caractère parfois temporaire de certaines pratiques, les acteurs de terrain ayant un agenda. La brièveté de l'enquête implique en outre d'exagérer, d'accentuer ou au contraire de réduire la portée de certains phénomènes observés (tels que les processus de résistance ou de contournement des acteurs aux pratiques de catégorisation, etc.). Il est donc nécessaire de relativiser les données de terrain à l'aune de ces conditions d'enquête.

Enfin, du point de vue des limites inhérentes aux méthodes utilisées, si celles liées aux entretiens et à l'observation sont bien connues (Beaud et Weber, 1997), tel est beaucoup moins le cas pour la méthode d'analyse en groupe. En postulant que les acteurs sont compétents, réflexifs et même capables d'une certaine théorisation de leurs pratiques (Van Campenhoudt et al., 2008), l'analyse en groupe exige des compétences d'analyse et de réflexion qui favorisent très largement les professions dominantes au rang desquelles figurent les chercheurs qui maîtrisent en général bien les modes abstraits de raisonnement, ainsi que les professions dominantes telles que celles de juges ou de procureurs (Cliquennois, 2011). Dès lors, en favorisant les dispositions scolaires et universitaires, la

méthode reconstitue, tout en modifiant parfois artificiellement, les hiérarchies sociales et professionnelles qui se jouent dans les institutions analysées (Cliquennois, 2012).

2. L'entrée en annexe psychiatrique et en établissements de défense sociale sous haute surveillance

Comment les institutions carcérales françaises et belges affectent-elles les personnes détenues et opèrent-elles des tris spatiaux, comment les justifient-elles, quelles catégories explicites ou implicites de classement sont mobilisées ? Si la France ne dispose pas « d'annexe psychiatrique », les prisons françaises n'ont-elles pas tendance à trier implicitement selon des principes proches de ceux explicités des prisons belges ?

Mais plutôt que de s'intéresser aux principes de gestion des populations et à ce qu'ils révéleraient de l'essence des institutions par exemple, on tentera plutôt ici de regarder les pratiques quotidiennes de tri, de classement et d'affectation.

L'observation du tri des populations opéré par les personnels des annexes psychiatriques et les établissements de défense sociale est marquée par un souci constant de protection de la vie humaine.

2.1. La protection de la vie humaine au fondement d'un nouveau panoptique

L'observation du travail des surveillants, des psychiatres et des médecins de l'annexe psychiatrique de Forest montre que ces différents professionnels consacrent une partie importante de leur temps à protéger la vie humaine et l'intégrité physique des détenus, la leur et celle plus distante de la société. Ce souci de protection de la vie humaine se manifeste à tout moment, mais en particulier lors de l'entrée dans les lieux des nouveaux arrivants au sein des murs des annexes psychiatriques. Ce souci de protection commune masque toutefois une hiérarchie d'humanité entre ces trois catégories de personnes au profit des personnels et du public et au détriment des détenus comme nous le verrons.

Du point de vue des surveillants, la protection de leur vie et de celle des autres professionnels correspond à leur crainte d'agression physique par certains détenus et à la nécessité de se prémunir contre cette menace. Il faut comprendre que cette crainte d'agression constitue un enjeu professionnel tout à fait central à trois points de vue au moins.

Premièrement, cette crainte est instrumentalisée puisqu'elle fait l'objet de revendications constantes d'augmentation des salaires et des effectifs, ainsi que d'amélioration des conditions de travail. De fait, les différents syndicats ne manquent jamais de faire remarquer à leur direction régionale et centrale, ainsi qu'aux autorités politiques le caractère dangereux et périlleux de leur mission, ce qui leur assure un important pouvoir d'influence et de négociation dont se plaignent en permanence ces différentes autorités : « *Le côté dangereux du métier revient dans le discours syndicat. Les syndicats ont un pouvoir énorme : ils bloquent les prisons en faisant grève. Ca paralyse l'administration pénitentiaire au complet* » (responsable de la communication à l'administration pénitentiaire centrale) ; « *Le week-end, quand je suis de garde, c'est à cause des syndicats en général. Je peux être appelé à tout moment avec un avis de grève* » (attachée du directeur régional Sud) ; « *il y a beaucoup moins d'autonomie par rapport au*

régime des personnels du point de vue du recrutement des agents, de leur mutation et de la lutte contre l'absentéisme et du management. Il y a une obligation de négociation constante des syndicats notamment sur les agressions physiques et verbales au quotidien, sur le fait que les sanctions disciplinaires qui sanctionnent ces comportements ne sont pas assez sévères… » (directeur de l'annexe psychiatrique de Forest). La crainte d'agression physique est un principe fédérateur qui contribue en quelque sorte à l'unité de la lutte syndicale et fait échec à la division entre les différents syndicats de surveillants. La menace potentielle qui pèse sur la vie des surveillants participe de la pénibilité du travail des personnels de surveillance qui y voient un motif de revendication professionnelle. A les suivre, cette crainte d'agression contribuerait en effet à accroître leur stress et leur mal-être au travail. Ainsi, par exemple, les différents tracts syndicaux diffusés dans les établissements pénitentiaires dénoncent régulièrement la pénibilité des tâches, la surcharge de travail et le stress que leur mission engendre chez les gardiens. Inversement, ce soutien syndical unanime à la mission de protection de la vie et l'influence dont disposent les leaders syndiqués en détention semble renforcer l'intensité de cette mission parmi les personnels de surveillance qui n'hésitent pas pour certains d'entre eux à faire usage de la violence pour faire régner l'ordre : « *Le pire est que les agents les plus influents qui sont syndiqués sont les plus violents. Ce sont des leaders charismatiques qui impriment le mouvement parmi les agents. C'est la loi du silence, il y a une nécessité de solidarité et un esprit de corps qui rendent les agents dociles par rapport à des actes et des comportements d'agents qu'on ne devrait pas voir. Je connais une chef quartier pourtant très bien qui a travaillé à Nivelles mais qui est un peu obligé de suivre le mouvement car c'est trop difficile de se désolidariser. L'adjudant est lui aussi coincé par sa base. Moi, je travaille plus avec l'équipe de l'après-midi qu'avec celle du matin (le lundi, c'est les toxicos) et les autres jours les autres ailes* » (psychiatre, annexe psychiatrique).

Deuxièmement, une compétition s'organise entre professionnels pour savoir à qui reviendra réellement cette tâche de protection de la vie et quels sont les moyens pour parvenir à protéger la vie. Il apparaît que dans cette lutte, la capacité par les surveillants de recourir à la force et d'immobiliser les détenus, ainsi que leur contact continuel avec les détenus les place en position idéale pour exercer cette mission de protection de la vie à l'égard des autres professionnels (de soin, du service social, etc.) qui ne disposent pas des mêmes moyens au sein des annexes psychiatriques et des établissements de défense sociale. L'exercice de cette mission permet aux surveillants d'y trouver une légitimité considérable et un ressort à leur supériorité professionnelle. De fait, pour contrer les autres professionnels dans l'exercice cette tâche de protection, ils utilisent l'argument de la responsabilité professionnelle qui leur incombe pour justifier l'exercice de cette tâche de protection et mobilisent la fonction de sécurité comme un moyen constant d'intervention « *C'est nous qui sommes responsables en cas d'évasion, de meurtre ou d'agression. C'est notre boulot d'éviter ça* » (surveillant, annexe psychiatrique de Mons). Elle leur permet en effet de revendiquer un droit de regard et savoir sur les pratiques de soin, voire même un pouvoir de reconfiguration des tâches de soin et d'expertise au profit de la mission de protection de la vie des professionnels. Cette mission de protection est à cet égard au principe d'un nouveau panoptique, celui exercé par les personnels de surveillance sur les autres professionnels. Le dispositif socio-technique renforce au demeurant ce caractère panoptique des relations professionnelles, les surveillants pouvant visionner grâce aux

caméras de surveillance le travail des autres professionnels, leur pratique porfessionnelle, leur présence effective ou au contraire leur absence. La force de ce nouveau panoptique professionnelle est telle que les personnels de surveillance redessinent les pratiques des autres professionnels. Par exemple, les traitements médicamenteux sont régulièrement involus dans leur finalité dans la mesure où ils doivent dans une optique sécuritaire viser au maintien de l'ordre et à l'évitement des agressions physiques, plutôt qu'à l'amélioration individuelle de l'état du patient. Par conséquent, la surmédication est souvent prescrite en réponse à la pression professionnelle exercée par le corps des personnels de surveillance : « *Il y a une pression de la direction et des surveillants sur les médecins pour que les traitements médicamenteux soient forts et produisent le calme* » (psychiatre, annexe psychiatrique de Forest).

De fait, quoi de plus légitime que de vouloir protéger la vie des autres professionnels, la sienne et même celle des détenus ? Pourquoi refuser de transmettre des informations couvertes pourtant par le secret professionnel mais qui pourraient s'avérer vitales pour la vie de ces professionnels et/ou des détenus ? Cette revendication de protection de la vie légitime une volonté de savoir qui pourrait apparaître sinon comme extrêmement intrusive pour les autres professionnels. Certains personnels de surveillance et le directeur de l'annexe de Forest utilisent dès lors le moindre incident lié à une atteinte à l'intégrité physique ou à la vie des différents professionnels comme une fonction de rappel de la primauté de leur mission de protection et de leur monopole dans l'exercice de celle-ci. Ainsi, par exemple, le directeur de l'annexe de Forest ne manquait pas de rappeler que « *les personnels médicaux et sociaux qui critiquaient auparavant les mesures sécuritaires sont bien contents qu'on ait pris ces mesures quand ils ont vu ce qu'il s'est passé à l'annexe psychiatrique de Mons. Un détenu qui ne posait pas problème a tué un codétenu à l'annexe de Mons après avoir pris en otage un membre du personnel de soin avec des lames qu'il avait cachées* ». De plus, cette mission de protection de la vie humaine les autorise à être les propriétaires de l'annexe, tout à la fois gardiens, contrôleurs du travail d'autrui et architectes des lieux. Les personnels de surveillance campent ce rôle de propriétaire notamment par le prisme de leur travail de garde et de leur capacité constante à être force de proposition pour ce qui touche aux aménagements des lieux, ce qui place constamment les autres professionnels en position défensive :

-« *Il est nécessaire de construire une nouvelle cellule américaine. La première ne suffit plus* » (Surveillant chef, annexe psychiatrique de Forest).

-« *Bon, n'oublie pas que ça risque de râler déjà, parce que la première fois qu'on a proposé le principe de la cellule américaine, ça a créé du remous chez les assistants sociaux, les psychiatres, les médecins…* » (surveillant, annexe psychiatrique de Forest).

- « *Il faut trouver les bons arguments : on reçoit de plus en plus de détenus dangereux de Lantin et d'établissements ordinaires qui ne savent plus gérer les détenus. C'est une réalité. On s'est spécialisé dans la gestion des détenus dangereux. Il faut qu'on fasse face à notre mission* » (Surveillant chef, annexe psychiatrique de Forest).

Leur capacité à s'approprier constamment les lieux par l'exercice de cette mission de protection de la vie humaine et de propositions d'aménagement de l'annexe psychiatrique est renforcée par leur

présence permanente sur les lieux. Cette présence leur permet d'assurer des tâches dévolues en principe aux autres professionnels. Tel est le cas par exemple pour la distribution des médicaments qui est régulièrement assurée par des surveillants et qui leur permet de se tenir informé du traitement des détenus : « *C'est sûr qu'on râle quand on doit distribuer les médicaments. Mais, c'est en même temps que les repas et ça nous permet de savoir un peu ce que les détenus prennent et surtout les changements dans le temps. On peut prévenir une agression par exemple en sachant qu'il y a un changement de traitement ou une diminution de médicaments* » (surveillant).

Mais bien entendu, cette mission de protection de la vie humaine sous-tendant une vision extrêmement panoptique n'est pas partagée par l'ensemble des personnels de surveillance. Elle est au contraire au principe d'une véritable division professionnelle qui se marque spatialement. De fait, certains surveillants, dont deux agents placés en poste fixe au troisième et quatrième étage, revendiquent une approche plus « sociale » et plus « humanitaire » que celle panoptique qui semble prévaloir au rez-de-chaussée et au premier étage. De fait, le poste d'observation des écrans vidéos est basé au premier étage, ce qui contribue probablement à accentuer l'approche panoptique des surveillants présents au premier étage. Ces surveillants des troisième et quatrième étage jugent dès lors beaucoup trop sécuritaire l'approche du surveillant chef et de certains surveillants qui s'exerce selon eux au détriment de la mission thérapeutique à laquelle adhérent ces surveillants minoritaires : « *Le chef surveillant a un profil de para-commando. Il a fait beaucoup trop de prison où il tapait sur les détenus. Il est trop sécuritaire. Pour moi ici, au quatrième, ce sont des patients, pas des détenus. La direction met la pression sur les agents pour faire moins de social. Elle me met sans arrêt sous pression* » (surveillant, quatrième étage de l'annexe psychiatrique) ; « *Il y a des surveillants beaucoup trop excités qui provoquent les détenus, et qui tapent à titre de représaille quand un agent se fait agresser verbalement ou physiquement* » (surveillant, troisième étage) ; « *Le profil de beaucoup d'agents est problématique. Il y a un manque de connaissances en sciences humaines* » (surveillant, quatrième étage).

Troisièmement, cette mission de protection de la vie des détenus et des personnels peut effectivement être utilisée par les personnels de surveillance pour justifier à l'égard des détenus et des professionnels des mesures de sécurité particulièrement draconiennes qui peuvent s'exercer contre eux et leur paraître réellement pénibles : « *ce n'est pas pour vous embêter, mais il faut imaginer le pire. L'imagination de certains détenus n'a pas de limites. Il y a des pervers et des psychopathes* » (surveillant chef, annexe psychiatrique de Forest). Ainsi, par exemple, une cellule américaine a été aménagée pour canaliser des individus dangereux, alors que son utilité était contestée par des personnels du service soin : « *Il y a beaucoup de cas dans lesquels on est en désaccord avec le chef quartier qui veut faire de l'annexe un QHS, comme à Lantin. Les autres prisons nous envoient donc maintenant des détenus qu'elles n'arrivent pas à gérer et dont elles veulent se débarrasser. Il y a une réorganisation de l'annexe en fonction de la sécurité. Par exemple, maintenant, il y a une cellule d'exception : une cellule américaine équipée d'une grille derrière la porte* » (psychiatre, service de soin de l'annexe psychiatrique de Forest). L'imposition de mesures de sécurité particulière place les personnels de surveillance en position de domination professionnelle de par le fait qu'ils se trouvent, grâce à ces mesures, en mesure de tout entendre et de tout savoir. Certes la configuration des lieux qui présente une forte dimension sécuritaire favorise

cette domination professionnelle des personnels pénitentiaires, mais la mission de protection de la vie leur confère une position panoptique qui s'exerce non seulement à l'égard des détenus, mais aussi et surtout à l'égard des autres professionnels pour qui il est quasiment impossible de trouver des lieux confidentiels de soin à l'abri des regards et des oreilles pénitentiaires : « *C'est au psychiatre de rappeler le contexte de travail pour rassurer le patient. D'où l'importance du secret médical. Mais c'est difficile à Forest d'établir cette confiance en raison des lieux. L'infirmerie est par exemple constamment occupée par des agents. Il n'y a pas de lieux intimes et la consultation est constamment interrompue par des va et viens d'agents. J'essaie de travailler dans l'aile des toxicos pour me faire un lieu de travail. Mais en tout les cas, cela end très difficile la prise en charge car on n'a pas de lieu propre de travail. Or, certains patients sont très sensibles à ce qu'il n'y ait pas de perturbation (pour les paranoïaques par exemple). Il y a un non respect par les agents et par l'architecture de l'échange singulier. Il est difficile de trouver des créneaux horaires et il y a une banalisation de l'intrusion. Or, cela fait partie des fondamentaux et des réquisits médicaux. En plus, il y a un contrôle et un fichage constants des activités des autres professionnels par les agents qui ne supportent pas de ne pas savoir. Il y a une sensibilité paranoïaque des lieux. Les agents tentent en permanence d'anticiper un danger potentiel. Il est par exemple impossible de voir seuls les détenus au cachot. C'est un véritable fantasme de la sécurité qui permet de tout justifier à l'image du sarkozysme. C'est un argument irréfutable qui rend difficile, voire impossible le travail des psychiatres* » (psychiatre, annexe psychiatrique de Forest).

2.2. *Le travail de catégorisation des arrivants par le prisme de la mission de protection de la vie*

Le travail de catégorisation des arrivants à l'annexe de Forest intègre par conséquent entièrement cette mission plus ou moins fantasmée ou réelle de protection de la vie humaine. Il en est la marque profonde en ce qu'il en est même la conséquence. Les conduites et les profils des arrivants sont en effet lus et vus au travers cette mission de protection de la vie humaine, au point que la notion de dangerosité s'y indexe totalement. Il est toutefois nécessaire de distinguer au niveau de cette politique de protection de la vie ce qui relève de la protection de la vie des détenus, de celle des personnels.

Pour ce qui touche à la protection de la vie des personnels pénitentiaires, elle s'exerce au travers une politique de détection de l'hétéro-agressivité. Le travail d'évaluation des arrivants revient à jauger s'ils représentent une menace potentielle pour l'intégrité physique et la vie des personnels et des détenus. Ce principe de protection de la vie constitue au demeurant un principe extrêmement efficace de tri de la population arrivante dans la mesure où elle ne concerne qu'un très petit nombre de personnes. Ce principe de tri permet au personnel pénitentiaire de concentrer en effet toute leur attention sur quelques cas problématiques et de jouer comme séparation entre ces quelques cas et la grande masse qui pose moins problème. La protection de la vie permet donc de rassurer quelque peu les personnels en délimitant très strictement le nombre de cas et en réduisant de manière considérable la complexité des situations qu'implique tout travail de tri des populations. Ceci est d'autant plus vrai que le tri opère dans la plupart des cas avant même que les détenus et les internés n'arrivent dans l'établissement. En effet, le signalement de l'hétéro-agressivité de certains détenus

est régulièrement le fait de la direction régionale Sud qui impose des mesures de protection spécifiques aux établissements pénitentiaires et aux établissements de défense sociale à l'égard de détenus particulièrement signalés, comme l'indique l'attachée du directeur régional Sud : « *Normalement, l'imposition de mesures relève exclusivement de la compétence du chef d'établissement. Mais en réalité, c'est nous à la direction régionale qui imposons aux chefs d'établissements les cas pour lesquels les mesures spécifiques doivent être prévues. Cela ne concerne qu'un petit nombre de détenus, sinon ce n'est plus gérable, cela immobiliserait l'établissement et cela perdrait de son intérêt* » (attachée du directeur régional Sud). Cette politique de protection de la vie est donc impulsée par la direction régionale qui choisit parmi les détenus ceux devant faire l'objet de ces mesures spécifiques. Ceci a pour double effet de décharger les personnels pénitentiaires d'une partie du travail de tri et de favoriser un travail de sélection à distance fondé sur le CV pénal et pénitentiaire et non pas sur un jugement posé davantage en interaction et en situation : « *C'est sur base du dossier pénitentiaire et pénal qu'on décide des mesures spécifiques pour quelques détenus. On regarde la passé pénitentiaire, les agressions précédentes de personnel et de codétenus et on se réunit avec le directeur et on décide des détenus pour lesquels seront prévus des mesures spécifiques* » (attachée du directeur régional Sud).

La dimension interactionnelle du jugement n'apparaît donc que seconde et découler de ce tri réalisé par la direction régionale. Il faut donc ici faire une distinction entre ces deux modalités de formation du jugement que sont les dispositifs de jugement à distance et de jugement en interaction auxquels s'ajoute l'abduction.

Le jugement à distance s'effectue en dehors de la présence physique du détenu et suppose que celui qui en est l'auteur ne connaisse pas le détenu en situation d'interaction. Contrairement au jugement en interaction, le jugement à distance présente l'avantage de pouvoir traiter rapidement des collections complètes d'individus et de les comparer facilement, car il repose sur des critères socio-pénaux et pénitentiaires standards contenus dans une fiche informatique, appelée mémo, auxquels vont être liées des anticipations des futures conduites : nature de l'infraction, passé pénitentiaire (types d'établissements précédemment fréquentés) et disciplinaire, raisons de la venue dans l'établissement, âge et état de santé mental et physique. Ce type de jugement à distance, auquel s'ajoute éventuellement la réputation dont jouit le détenu auprès de certains membres du personnel, est complété par un dispositif de jugement en interaction qui consiste à éprouver le détenu en situation. De fait, le jugement en interaction s'oppose, lui, clairement au jugement à distance, en ce qu'il prend naissance uniquement au cours des échanges physiques entre interactants. Le jugement en interaction n'en recouvre pas moins des réalités différentes. On peut ainsi présumer que le jugement ne sera pas semblable, selon qu'il intervient dans une situation d'interactions multiples mettant en présence de nombreux interactants, ou qu'il est émis au cours d'un échange mettant au prise seulement deux individus ou encore qu'il rappelle des cas précédemment traités (l'abduction). Mais la variabilité du jugement affecte aussi celui à distance, dans le sens où l'on imagine que sa qualité dépend du nombre d'individus à traiter et de la mémoire des cas.

L'usage de ces deux dispositifs de jugement, qui sont susceptibles d'entrer tantôt en tension, tantôt en résonance, est parfois limité par une logique de flux tendus matérialisée par l'occupation de la

pleine capacité de l'annexe[58]. Mais c'est paradoxalement cette logique de flux tendus, à laquelle il faut ajouter la différenciation des régimes de vie, qui est en partie à l'origine du tri effectué par les personnels de surveillance.

2.3. La catégorisation et la délimitation des espaces carcéraux comme dimension de protection de la vie humaine

Si cette mission de protection de la vie est au fondement du travail de catégorisation à l'annexe psychiatrique de Forest, elle constitue toutefois beaucoup plus largement un principe organisateur des espaces carcéraux et médicaux, de leur spécialisation et leur remplissage, et cela à plusieurs niveaux. La délimitation des espaces apparaît, il est vrai pour partie, comme la conséquence principale de ce type de tri, mais pas uniquement.

Au niveau organisationnel, se dessine en effet une cartographie des établissements et de leur spécialisation en fonction des types de publics et de professionnels qui ont partie liée avec cette tâche de protection de la vie humaine. Ainsi, les annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires de Lantin et de Forest semblent servir de quartier de haute sécurité pour les établissements de type classique. De fait, l'annexe psychiatrique de Forest autorise, comme l'a déjà signalé, les injonctions forcées, autrement dit le soin sous contrainte, ce qui n'est pas le cas d'établissements d'où ils proviennent. Deux possibilités se dessinent dès lors pour les détenus de droit commun venant d'autres établissements : soit leur état de santé mentale s'améliore à Forest et ils sont renvoyés dans leur prison d'origine, soit au contraire leur état de santé empire et dans ce cas le directeur de l'annexe a la possibilité de formuler une demande d'internement, y compris pour un détenu condamné à une courte peine de prison, ce qui a l'inconvénient de placer cette personne dans un processus d'enfermement indéfini. On voit donc à travers la description de ces flux de population certaines spécialisations d'établissement se dégager.

Si pour les détenus, les annexes psychiatriques de Forest et de Lantin semblent se spécialiser dans la prise en charge des populations indésirables, pour les agents, l'image est à front renversée puisqu'il semble difficile et enviable d'être recruté dans ces annexes psychiatriques en raison notamment d'une série d'avantages financiers et professionnels non négligeables dont il a été question plus haut. Cet attrait des annexes psychiatriques de Forest et de Lantin est renforcé par les missions extrêmement sécuritaires qui y sont exercées à la fois pour les personnels de surveillance et de direction. On sait en effet, et ceci est également valable pour la France, qu'être affecté dans des établissements de haute sécurité constitue la situation professionnelle la plus enviable du point de vue de la progression de carrière : « *Les tremplins pour les carrières de direction, ce sont les établissements les plus sécuritaires, car ils sont plus regardés par la direction centrale et la direction régionale. Ce sont des missions périlleuses, on est obligé de confier ces tâches à des personnes de confiance…* » (attachée du directeur régional Sud).

58 L'établissement connaît un taux annuel de 99% d'occupation.

De fait, l'annexe psychiatrique de Forest s'est en quelque sorte spécialisée dans la prise en charge des cas spécifiques puisqu'elle accueille les détenus d'autres annexes ayant agressé ou infligé la mort à des détenus. On assiste ici à des formes de segmentation des prises en charge entre annexes psychiatriques, l'annexe de Forest assumant le rôle le plus carcéral de toutes au sein du complexe carcéral : « *C'est sûr que nous à Forest, on assure le rôle le plus sécuritaire. On a créé la cellule américaine en raison de cela. On nous refile les plus dangereux, ceux qui ont commis des agressions sur personnel et ceux qui ont tué des codétenus. Il faut qu'on protège nos personnels, donc la cellule américaine, c'est sa raison d'être. On est obligé par la force des choses d'être plus carcéral que psychiatrique* » (directeur de l'annexe psychiatrique de Forest).

Les annexes psychiatriques de Mons, Namur et Jamioulx offrent en comparaison un régime communautaire destiné à des patients jugés comme ne posant pas de problème de sécurité (voir *supra*). L'établissement de défense sociale de Paifve semble accueillir pour sa part ceux qui n'ont aucune perspective de sortie. Quant à l'EDS Tournai, il semble plus relever de la filière médicale.

Au niveau de chaque établissement, cette mission de protection de la vie humaine semble être également au principe de la différenciation des espaces, qu'il s'agisse des étages, des cellules, des couloirs... On sait en effet à quel point la sociologie carcérale américaine a travaillé le concept de niveau de profondeur d'enfermement pour rendre compte des processus de différentiation et de segmentation des espaces carcéraux qui coïncident avec des expériences vécues de ces lieux. Il reste néanmoins qu'elle n'en a pas livré le principe ordonnateur qui pourrait bien être ici, en Belgique, celui de la protection de la vie. Mais inversement, la délimitation et le balisage des espaces n'est pas sans effet sur la définition des publics pris en charge. Ainsi, au sein des annexes psychiatriques de Lantin et Forest, on trouve un régime différencié qui semble entrer en jeu dans la définition de la dangerosité comme si celle-ci était spatialisée et concentrée au rez-de-chaussée et au premier étage là où se trouvent la plupart des professionnels, qu'ils soient surveillants, assistants sociaux, médecins, psychiatres ou infirmières, là où ces différents regards professionnels convergent. C'est là d'ailleurs que l'on trouve la cellule américaine, ainsi qu'une cellule à sécurité renforcée qui accueillent des détenus ayant pris en otage des personnels pénitentiaires et tué des codétenus. Il sont ainsi surveillés en permanence et objets du croisement de ces différents regards pénitentiaires, psychiatriques, médicaux... et de que l'on appelle des mesures spécifiques dont la graduation et l'intensité sont variables. Ces mesures qui font l'objet d'une grille spécifique d'évaluation ouvrent la possibilité de nuances presqu'infinies dans les jeux de différenciation de par la multiplicité des items et des réponses qu'elles comportent : détenu violent, surveillance spéciale, dangereux pour lui-même, dangereux pour les autres, risques d'évasion, seul en cellule, à muter régulièrement de cellule, ouverture de la cellule à deux agents minimum dont le chef quartier, ouverture de la cellule à trois agents minimum dont le chef quartier, fouille à corps après chaque mouvement, maintien en cellule menotté pour tous les mouvements avec mise en cellule de tous les détenus pendant le temps de l'ouverture, pas de feu en cellule, pas d'objets en métal, pas de rasoir en cellule, pas de miroir en cellule, accès téléphone contrôlé, visites soumises à la direction, pas de travail sans accord de la direction, déplacement à deux agents menotté dans le dos et entraves au pied lors des mouvements

hors de l'annexe, à séparer du reste de la détention, déplacement et aller-retour avec deux agents, pas d'objets tranchants issus de la cantine, pas d'activités communes, préau individuel, pas de participation aux activités communautaires, visite en parloir individuel, pas de cantine, pas de télé, pas de radio, seul à la douche, placé dans une cellule côté préau.

Pour deux détenus placés au premier étage, ces mesures sont presque toutes cumulées en raison de leur passé d'agresseur. Ces mesures de prévention inspirées par une philosophie de la précaution impliquent d'éviter tout contact entre ces détenus ayant commis par le passé des atteintes à la vie humaine et le reste de la population de l'annexe. Ces détenus sont placés dans des cellules fermées (munies à l'intérieur de barreaux) en régime très strict puisqu'ils ne disposent que d'une heure de promenade individuelle par jour et que leurs repas sont distribués par les surveillants, à l'exclusion des servants (équivalent des auxiliaires). C'est là encore le caractère punitif et carcéral de leur traitement, associé à une psychiatrisation de leur prise en charge au moyen notamment de la prescription médicamenteuse qui frappe.

A l'inverse, le troisième et le quatrième étage réservés en principe aux travailleurs permettent à ceux-ci de se déplacer plus librement, d'avoir droit à une douche par jour (pour deux douches par semaines aux autres étages) d'être beaucoup moins surveillés et de bénéficier des activités du soir (baby-foot, jardinage, jeux de cartes, etc.).

Si la protection de la vie humaine consiste le plus souvent à empêcher la mort, autrement dit à éviter que les détenus ne se suicident ou n'attentent à la vie d'autres détenus, on peut se demander ce qui en est à l'origine. Contrairement à la France et à l'Angleterre où cette logique est le produit des effets de la naissance et de la mobilisation d'un droit à la vie sur base de l'article 2 de la Convention Européenne des droits de l'homme par les avocats, les association protectrices des droits de l'homme et les juridictions administratives en prison (Cliquennois, 2010 ; Cliquennois et Champetier, 2012) ; la Belgique ne connaît pas un tel mouvement pour les raisons que nous avons invoqué dans la partie consacrée aux législations et à la jurisprudence du Conseil de l'Etat. D'où vient donc cette mission de protection de la vie humaine si ce n'est que des obligations de sécurité dont a la charge l'administration pénitentiaire au terme de l'arrêté royal de 1965 et des obligations dégagées par la jurisprudence administrative en la matière ?

Pour ce qui concerne cette fois la prévention de la vie des détenus et de l'auto-agression, autrement dit du suicide, un placement en cellule nue, des surveillances visuelles des détenus jugés suicidaires sont constamment effectuées par les surveillants dotés en principe de connaissances psychiatriques acquises lors de formations spécifiques destinées aux surveillants exerçant en annexe psychiatrique. La carcéralisation de la prévention du suicide se marque par le caractère punitif des mesures de prévention et une logique d'empêchement de la mort poussée à son paroxysme. La surveillance des suicidaires est également le fait de psychiatres qui visitent régulièrement ces détenus en présence des surveillants qui y voient une occasion d'acculturation au diagnostic psychiatrique et inversement. La carcéralisation et psychiatrisation semblent aller de pair pour la prise en charge des suicidaires au sein des annexes psychiatriques.

3. Les circulations des personnes et des savoirs au sein des établissements

3.1. Les concurrences entre savoirs et leurs intensités de circulation

Parmi les annexes psychiatriques observées, seule l'annexe psychiatrique de Forest accueille régulièrement des détenus ne relevant pas de la défense sociale. Elles permettent à des établissements comme Ittre ou Andenne d'envoyer des détenus que les personnels pénitentiaires et médicaux jugent « perturbés mentalement » et qu'ils ne peuvent eux-mêmes continuer de prendre en charge en raison d'une part de la lourdeur du travail qu'elle représente pour les personnels et du danger qu'ils constituent pour les autres détenus et d'autre part de l'inadaptation de ces établissements au traitement des « cas psychiatriques » : « *On a des détenus qui viennent d'établissements ordinaires et qui sont envoyés là parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques et que ces établissements n'ont pas les moyens de s'en occuper* » (directeur de l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Forest).

Ces pratiques d'accueil impliquent des négociations entre le directeur de l'annexe de Forest et les directeurs des établissements ordinaires sur les possibilités effectives de transfert liées à la surpopulation chronique de l'annexe psychiatrique, ainsi que sur les définitions de l'état mental du détenu qui pose problème. Le directeur de l'annexe psychiatrique tient à s'assurer en général du motif réellement psychiatrique du transfert en demandant au directeur de l'établissement classique de lui fournir un certificat d'un médecin psychiatre témoignant de l'état psychique dégradé du détenu. Cette pratique implique par conséquent une intensification du recours aux catégorisations psychiatriques en établissement classique au moins à titre de justification de demande du transfert. Elle engendre également une circulation de ces catégories psychiatriques des établissements classiques vers l'annexe psychiatrique de Forest qui n'aura de cesse de confronter la définition proposée par le psychiatre (de l'établissement pénitentiaire classique) à sa propre expertise psychiatrique et pénitentiaire.

Enfin, cette circulation des personnes et des catégories psychiatriques est renforcée par le renvoi possible des détenus venus d'établissements pénitentiaires classiques vers leur établissement d'origine en cas d'amélioration de leur état mental. Il faut y voir souvent l'effet d'une pression de certains surveillants pour se défaire d'un détenu jugé pénible et réduire leur charge de travail.

Mais il arrive également que les personnels pénitentiaires et l'équipe médicale jugent que l'état mental de ces détenus ne s'est pas amélioré ou s'est même détérioré durant le début de séjour à l'annexe et que cet état justifie un prolongement de la durée de séjour à l'annexe, voire même parfois une demande d'internement : « *On a quelques détenus qui prennent le circuit de la défense sociale, alors qu'au départ ils étaient des détenus de droit commun, incarcérés dans un établissement pénitentiaire classique. J'ai la possibilité d'introduire une demande d'internement pour eux qui ne peuvent plus rester en détention ordinaire* » (directeur de l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Forest) ; « *Sur base d'une*

expertise et d'une observation psychiatrique, on peut demander l'internement de détenus. C'est par exemple le cas de C. et T. pour l'instant » (psychiatre, annexe psychiatrique de Forest).

Ces possibilités d'inscrire des détenus dans une trajectoire de défense sociale sont connues des directeurs d'établissements pénitentiaires ordinaires qui recourent par conséquent à des formes d'évaluation psychiatrique des détenus qui n'auraient pas forcément lieu autrement, en faisant appel à un psychiatre pour juger des possibilités d'envoi en annexe. Bien entendu, la psychiatrisation des évaluations revêt des enjeux carcéraux et des considérations de gestion de la population carcérale. L'envoi d'un détenu à l'annexe psychiatrique de Forest permet par exemple de se débarrasser d'un détenu devenu trop gênant et encombrant pour les personnels, qu'il s'agisse de sécurité ou plus indirectement de confort de travail : « *On n'est pas dupes. On sait que souvent l'expertise psychiatrique sert de paravent pour se débarrasser d'un détenu dont ils ne veulent plus, soit qu'il est ingérable, soit qu'il donne trop de travail au personnel de l'établissement* » (directeur de l'annexe psychiatrique de Forest).

3.2. Les circulations des personnes comme enjeu et conséquence de la concurrence des savoirs

3.2.1. Les circulations de personnes entre annexes psychiatriques, cellulaire et commun et autres établissements pénitentiaires

Au sein des différentes annexes psychiatriques, on observe également des mouvements de va-et-vient entre l'annexe et le cellulaire ordinaire. Les mutations en régime pénitentiaire ordinaire répondent essentiellement à des finalités pragmatiques liées à la surpopulation chronique et au maintien de l'ordre. Certains détenus des annexes sont ainsi mutés en régime ordinaire en raison de leur toxicomanie qui est difficilement tolérée par les différents membres du personnel : « *On ne laisse pas faire le trafic de stupéfiants, donc on place en régime cellulaire normal ceux qui font du trafic et ceux qui consomment. On veut avoir la paix à l'annexe, car la consommation et le trafic produisent de la violence* » (chef quartier de l'annexe psychiatrique de la prison pour peine de Mons).

Il en est de même pour des détenus jugés « stabilisés » du point de vue de leur état mental qui sont testés en régime ordinaire à titre de récompense de leur bon comportement et des progrès effectués, ce qui participe du mouvement de carcéralisation de la prise en charge de nature en principe psychiatrique. Cette affectation est souvent provisoire car les détenus provenant de l'annexe bénéficient d'une réputation négative (de « fous ») auprès des détenus du cellulaire classique, ce qui n'est pas étranger aux difficultés d'intégration qu'ils rencontrent généralement en régime ordinaire. Toutefois, leur mutation sert de modèle et de référence aux autres détenus de l'annexe qui y voient des possibilités d'évolution en dehors de l'annexe psychiatrique, ce qui constitue un autre indice d'un processus de carcéralisation de la prise en charge psychiatrique : « *Une partie des détenus placée en dehors de l'annexe sont des détenus qui sont stabilisés. On prend la décision après avis du psychiatre. Ca leur fait du bien de sortir de l'annexe même si c'est difficile pour eux car l'annexe a mauvaise réputation* » (chef quartier, annexe psychiatrique de Forest).

Inversement, certains détenus du régime ordinaire sont parfois affectés à l'annexe psychiatrique, notamment les détenus jugés suicidaires. Les annexes psychiatriques disposent en effet de cellules sans point d'ancrage spécialement conçus pour accueillir les suicidaires et ceux dont l'état de santé fait craindre le pire. En outre, les annexes sont d'autant plus amenées à servir de lieu de traitement du suicide que le ratio surveillant/détenus y est bien plus important qu'en régime ordinaire et que les psychiatres sont installés à l'annexe. Les rondes et surveillances visuelles des suicidaires par les surveillants en plus grand nombre peuvent donc être s'effectuer plus facilement et plus efficacement de sorte que l'on assiste ici à l'inverse à un mouvement de psychiatrisation de la prise en charge carcérale de détenus du régime ordinaire : « *A l'annexe, on reçoit les suicidaires du régime ordinaire. On peut mieux les suivre ici qu'en cellulaire, à la fois parce qu'il y a tout le temps au moins un psychiatre à l'annexe* » (psychiatre, annexe psychiatrique de Forest).

Les mouvements intenses de circulation de personnes, de catégories psychiatriques et carcérales contribuent à intensifier les processus de carcéralisation de la prise en charge psychiatrique et de psychiatrisation des prises en charge en principe uniquement carcérales. Ce double mouvement contribue à opacifier les frontières entre carcéral et psychiatrique, et cela d'autant que les annexes et les régimes cellulaires classiques partagent un souci commun de protection de la vie humaine comme on l'a indiqué précédemment.

Ces mouvements et ces circulations de populations, de catégories psychiatriques et carcérales sont également favorisés par l'existence de réunions entre directeurs d'annexe psychiatrique et de programmation de visite des différentes annexes par les directeurs d'établissement. Ces réunions et ces visites instaurées à l'initiative du directeur de l'annexe psychiatrique de Forest contribuent probablement à une forme de socialisation professionnelle par l'échange de bonnes pratiques, ce qui peut éventuellement aboutir à une homogénéisation de certaines pratiques ou parfois au contraire à prendre conscience des particularismes et spécificités de ses pratiques : « *On peut s'échanger aussi des détenus avec les autres annexes. On connaît les directeurs des annexes parce qu'on les rencontre tous les 6 mois. C'est une initiative d'Alexis Douffet, le directeur de l'annexe de Forest, qui souhaitait que les directeurs des annexes se rencontrent à intervalle régulier pour partager nos problèmes, nos méthodes et outils locaux et pour apprendre à mieux se connaître. Ces réunions ont 2 avantages. Ca permet d'éviter de faire directement appel à l'administration centrale quand on veut transférer un détenu vers une autre annexe car comme on se connaît entre directeurs, il suffit de passer un coup de fil pour voir si c'est ok pour le transfert du côté de l'autre direction, l'administration centrale n'ayant plus qu'à valider ensuite. Et puis, ça permet d'avoir une meilleure connaissance des autres annexes et savoir où on peut orienter et transférer les détenus en fonction des profils d'établissement : celui-là, il a plutôt un profil communautaire (style Jamioulx), l'autre un profil plus cellulaire (type Forest, etc.)* » (directrice de l'annexe psychiatrique de Mons).

Il apparaît dès lors que le travail de catégorisation des patients et d'apposition de l'étiquette « dangereuse » est pour partie fonction de la connaissance et de la représentation des profils des autres établissements et de la représentation du profil de sa propre structure qu'en ont les différents professionnels qui y travail dont dépendent les expériences de socialisation professionnelle précédente. Ainsi, par exemple, la directrice de l'annexe psychiatrique de l'établissement de Mons

définit et compare Mons à Ittre, l'établissement qu'elle a précédemment dirigé. Cela suppose que le travail de définition de la dangerosité et de profilage des détenus s'ordonne à la perception des profils des structures existantes et de leur présentation par les directeurs et par d'autres canaux d'information. Par ailleurs, les différents espaces de prise en charge des internés viennent également renforcer ce profilage.

En conclusion, les échanges constants de détenus entre annexes psychiatriques et prisons classiques, entre les différentes annexes psychiatriques, ainsi qu'entre annexe psychiatrique et régime cellulaire ordinaire d'un même établissement favorisent ces circulations de catégories et de savoirs mixtes, à la fois carcéraux et psychiatriques. Ces circulations intensives contribuent au développement et à l'expansion d'un double mouvement qu'est la carcéralisation des pratiques de soin et la psychiatrisation des pratiques afférentes en principe à la surveillance et au carcéral.

3.2.2. Les circulations des internés entre annexes psychiatrique et établissements de défense sociale

Le transfert des internés se trouvant en annexe psychiatrique en attente de leur mutation vers un établissement de défense sociale opère en principe selon l'ordre chronologique d'inscription sur la liste d'attente. Toutefois, en pratique, ce principe est régulièrement bafoué. L'ordre de passage n'est par exemple pas respecté dans le cas où il y a une demande de référé de la part de l'avocat invoquant l'urgence. La procédure de placement est dans ce cas accélérée. En outre, ce sont souvent des jeux de négociation entre les directeurs d'annexes psychiatriques et d'établissements de défense sociale qui mettent en échec ce principe : « *On négocie en général avec les directions des autres établissements. Avec Tournai, on n'a pas de prise du tout sur l'ordre de priorité d'affectation des internés, parce que Tournai relève de la santé. Par contre, à Paifve, on essaie de faire passer certains cas qui sont plus en arrière dans la liste pour les faire transférer en priorité, c'est le cas de détenus qui ne tiennent pas en annexe psychiatrique et qui n'ont pas leur place ici, car ce n'est pas assez médicalisé. Ce sont des détenus qui peuvent en faire voir au personnel (agression verbale, délire sévère, paranoïa aiguë…). J'ai le cas ici d'un détenu que j'aimerais voir transférer avant un autre qui est en principe prioritaire mais qui est bien stabilisé contre au premier nommé qu'il est temps de transférer qui si au niveau individuel ca va bien, il pose des problèmes au niveau de la gestion du groupe au sein duquel il est* » (directrice de l'annexe psychiatrique de Mons).

Quand la négociation est rompue ou vouée à l'échec, la direction centrale peut intervenir directement dans la décision de transfert et déroger également à ce principe en acceptant plus rapidement certains internés au sein de l'établissement de défense sociale de Paifve : « *Mais à Paifve, contrairement à l'EDS de Mons, ils sont vraiment formels, l'ordre de la liste c'est l'ordre de la liste, je suis donc obligé de passer par l'administration centrale pour demander l'accord sur ce remplacement de transfert* » (directrice de l'annexe psychiatrique de Mons).

4. La sortie du circuit de défense sociale : évaluer le risque et encadrer la dangerosité

Par Yves Cartuyvels

L'auteur d'un « fait qualifié infraction » se retrouve dans le circuit de la défense sociale alternatif au système pénal lorsqu'est constaté au moment du jugement un « état grave de déséquilibre ou débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (art. 1er) et qu'il représente un « danger social »[59]. Tout au long de son parcours en défense sociale, l'interné est soumis à la tutelle d'une juridiction administrative pluridisciplinaire, la Commission de défense sociale (CDS).

Pour rappel, la CDS est composée d'un magistrat (président), d'un médecin (psychiatre) et d'un avocat. C'est cette commission qui va également statuer sur la libération de l'interné, autorisant ce dernier à quitter l'Etablissement de Défense Sociale (EDS) ou l'annexe psychiatrique de prison.

La décision de libération suppose la réunion de deux conditions prévues par la loi : l' «état mental de l'interné s'est suffisamment amélioré » et « les conditions de sa réadaptation sociale » doivent être réunies (art. 18). Par ailleurs, si l'internement a été prononcé en raison de faits d'abus sexuels à l'égard de mineurs, l'avis spécialisé d'un service de guidance ou de traitement des délinquants sexuels est également requis (art. 20bis). Pour apprécier ces deux conditions, la CDS prend appui sur divers éléments qui lui sont transmis en amont, après avoir entendu *a minima* l'interné avec son avocat et le procureur du Roi. Si l'avocat de l'interné peut faire appel d'une décision de rejet de la demande de mise en liberté (art. 19*bis* de la loi de défense sociale), le procureur du Roi peut quant à lui faire opposition à l'exécution d'une décision de mise en liberté (art. 19).

La décision de libération peut être une décision de mise en liberté à l'essai ou définitive (art. 18). Dans les faits, la mise en liberté est presque toujours prononcée d'abord à l'essai : ceci permet de « tester » l'interné, en le soumettant pendant un laps de temps laissé à la discrétion de la Commission à diverses conditions et à un contrôle plus ou moins serré en fonction de son état. Ce n'est qu'après la période d'essai que la libération définitive -qui a pour conséquence de mettre fin à toute forme de contrôle - est envisagée, si les deux conditions relatives à l'amélioration de l'état mental du libéré à l'essai et à sa réadaptation sociale semblent réunies.

La décision de libération est bien évidemment une « prise de risque » que doit assumer la CDS face à un « délinquant-malade » qui porte, depuis l'acte qui a conduit à son internement, une étiquette de dangerosité. C'est le processus de cette décision, ses fondements et ses enjeux, que l'on voudrait éclairer ici, à partir d'un certain nombre de questions : comment la décision est-elle préparée en amont ? Sur quels éléments et en fonction de quels critères la décision se prend-elle dans la pratique ? Comment l'instance administrativo-judiciaire qu'est la CDS, composée de représentants du pouvoir judiciaire, de l'autorité médicale et des droits de la défense, fonctionne-t-elle ? A quelles

59 Cette condition n'est pas prévue par la loi mais a été introduite au fil du temps par une jurisprudence constante.

conditions l'interné libéré à l'essai est-il soumis et de quel type de contrôle fait-il l'objet ? Quel est le poids du contexte sécuritaire contemporain, l'influence et la place de la victime dans le processus ? A quelles conditions ose-t-on une libération définitive, qui a pour effet de soustraire, en principe définitivement, l'interné au contrôle de la justice ? En filigrane, à travers ces diverses étapes de l'analyse, se pose la question de *l'importance du risque* et de son traitement par les décideurs, au cœur d'un mécanisme marqué, depuis la loi de 1930, par l'idéologie de la défense sociale : s'il est associé à une logique de soin, le projet prioritaire de la loi de 1930 et de la mesure d'incapacitation-traitement que constitue l'internement est bien de défendre la société contre des individus dangereux, dont la gestion plus flexible est enlevée au système pénal en raison d'une absence reconnue de « culpabilité » ou « d'imputabilité pénale » dans le chef de l'auteur (van de KERCHOVE, 1981).

Pour éclairer ces enjeux du risque et de la dangerosité dans le processus de mise en liberté de l'interné *à partir de la pratique*, on a fait le choix, comme souligné plus haut, d'une méthodologie d'« analyse en groupe d'acteurs et de chercheurs » comme outil principal d'investigation. Le point de départ de l'analyse est constitué par deux récits de cas retenus par les participants aux fins de l'analyse que l'on présente ici dans leur intégralité (A). Dans un deuxième temps, seront présentés les résultats de l'analyse qui soulignent la place prise par l'évaluation du risque et les concurrences de savoirs à quatre étapes du processus de libération de l'interné : la préparation du dossier en amont de la décision de libération (B), la décision d'octroi de la libération à l'essai (C), le temps de la libération à l'essai et le contrôle des conditions probatoires imposées à l'interné (D) et la décision de libération définitive (E).

4.1. Le point de départ du travail d'analyse : deux récits de cas vécus

Au total des deux journées de travail, 6 récits ont été proposés par les participants, trois lors de la première journée d'analyse en groupe et trois lors de la seconde. A chaque reprise, un des trois récits a été choisi de manière collective, après une discussion argumentée au cours de laquelle chaque participant est invité à « plaider » en faveur d'un ou de plusieurs récits. C'est sur fond de la récolte des arguments proposés que le choix du récit est mis au vote.

On reproduit ici les deux récits de cas ayant servi de fil à l'analyse au cours de ceux journées de travail. Dans chaque cas, la présentation du récit est suivie de l'exposé des enjeux du récit tel qu'ils sont vus par le narrateur ou la narratrice et d'un échange de « questions-réponses » ayant pour objectif d'éclairer les éléments factuels de la situation présentée : l'objectif est ici de permettre aux participants d'avoir une vue la plus exacte possible de « ce qui s'est réellement passé » sur le plan des faits et de la trajectoire institutionnelle de l'interné.

4.1.1. Le récit travaillé au cours de la journée du 17 mai 2011 : « Alberto le jaloux »

Narration du récit (récit proposé par une magistrate, présidente de CDS)

Né en 1940 en Italie, Alberto vit en Belgique avec sa femme depuis de nombreuses années. Il a deux enfants majeurs au moment des faits. C'est un homme courageux, réputé comme un très bon père et un très bon ouvrier. Si c'est un bon mari, l'histoire ne nous le dit pas. Les choses se dégradent dans le couple et les époux se séparent en 1999. Séparés, les deux époux quittent la résidence conjugale.

En mai 2001, Alberto profère des menaces de mort à l'encontre d'un de ses deux gendres, mais sans passer à l'acte. La même année, il se présente à l'ancien domicile conjugal et il y rencontre, tout à fait par hasard semble-t-il, son épouse qui est en train de charger du mobilier. Une dispute intervient entre Alberto et sa femme. Il la gifle, elle prend peur et se réfugie chez sa fille qui habite tout près. Alberto va chercher une arme qu'il s'est procurée peu de temps auparavant de manière illégale et, sous la menace, entre chez sa fille où se trouvent ses deux filles et sa femme. Les enfants essayent de calmer le père, font écran entre le père et la mère. Lui prend appui sur l'épaule de sa fille pour tirer, une des deux filles est blessée, la balle lui ayant traversé l'épaule. Il tire encore sur sa femme, couchée dans un coin de la cuisine, et l'atteint mortellement après avoir fait feu à 2 ou 3 reprises.

Préalablement à ces faits, le 20 février 2000, Alberto a fait l'objet d'une mesure de « mise en observation » à l'hôpital de Jumet, dans le cadre de la procédure civile de « mise en obs » prévue par la loi sur la protection des malades mentaux de 1990. Cette « mise en observation » avait eu lieu à la demande du parquet, suite à une altercation avec son épouse, et selon la procédure d'urgence. Au bout des 10 jours prévus par la loi, l'équipe médicale de l'hôpital n'ayant détecté aucune pathologie psychotique justifiant le prolongement de l'internement civil, le juge de paix a levé la mesure ou décidé de ne pas la prolonger par le prononcé d'une mesure de « maintien en observation ». Ce qui semble avoir été le facteur déclencheur du comportement problématique d'Alberto est un incident de famille qu'un extrait du rapport d'expertise psychiatrique faite au moment de l'instruction de l'homicide résume comme suit : « *sur le plan sentimental, l'intéressé s'est marié en 1969, il estime avoir formé un bon ménage jusqu'en 1993, date du suicide d'un beau-frère qui avait appris que son épouse, soit la sœur de sa femme, lui était infidèle avec le mari de sa propre sœur. En 1994, sa fille se marie et l'arrivée de son beau-fils et notamment le fait de les avoir surpris en aparté, a amené une suspicion croissante (...)* ». En fait, Alberto soupçonne son gendre d'entretenir une relation sentimentale avec sa femme. Autre élément factuel à relever, il n'a pas de problèmes au niveau financier. Alberto possède des biens matériels acquis à la force du poignet, il a travaillé toute sa vie en usine, il a acheté des maisons qu'il a retapées. Sa femme gagnait un peu sa vie : elle disait qu'elle gagnait 20.000 francs belges comme coiffeuse à domicile, mais Alberto pense qu'elle gagnait trois fois plus, ce qu'il n'a jamais pu vérifier.

Suite au meurtre de sa femme en mai 2001, un premier rapport d'expertise est remis par un collège d'experts le 20 septembre 2001. Ce rapport conclut à un « trouble psychotique de type paranoïaque ». Suite à quoi, Alberto est interné sur base d'une ordonnance de la Chambre du Conseil du 19 septembre 2002 pour les faits d'homicide et suite à un jugement prononcé par la

dixième chambre correctionnelle du tribunal de Charleroi le 16 décembre 2002 pour les faits de menaces proférées à l'égard de son gendre. Alberto est présenté devant la Commission de Défense Sociale le 18 octobre 2002. Celle-ci décide son placement à l'Etablissement de Défense Sociale de Tournai où il est transféré le 23 juillet 2003.

Le 9 janvier 2004, soit six mois après son internement, le psychiatre qui le suit à l'EDS de Tournai, rédige un rapport qui est remis à la CDS. Dans ce rapport, le psychiatre semble convaincu que l'interné ne présente pas de trouble psychiatrique. Le rapport précise notamment qu'Alberto ne présente ni mélancolie ni délire, que sa pensée est structurée sur un mode très rigide et plus méfiant, qu'il ne semble pas être en contact avec la dimension émotionnelle de ses actes et qu'il est donc impossible de se prononcer quant à la gestion de ses affects; qu'enfin, les tests psychologiques n'ont pas mis en évidence de dangerosité particulière ni d'éléments psychotiques productifs. À noter que le psychiatre de l'EDS ne changera jamais d'avis (« il n'est pas malade ») et qu'il ne prescrira aucune médication.

Assez rapidement, Alberto introduit une demande de libération à l'essai. Que faire ? Dans ces cas-là, on désigne un collège d'experts, ce qui est fait le 27 février 2004. Le rapport du collège d'experts présente une tonalité très différente de celle du rapport du psychiatre de l'EDS de Tournai et conclut au « danger social » que représente Alberto :

- l'intéressé est actuellement encore dans un état grave de déséquilibre mental le rendant incapable du contrôle de ses actes ;
- il est atteint de paranoïa interprétative et délirante; l'expression du délire est plus feutrée que précédemment, à la fois parce que l'intéressé est dans un environnement surprotégé, parce qu'un passage à l'acte fatal a eu lieu et parce que l'intéressé apprend à cacher ses convictions délirantes ;
- il présente un danger social, plus particulièrement pour son gendre.

Un avis dissident accompagne cependant ce rapport. L'expert dissident met l'accent sur la culture italienne de l'intéressé et la place faite aux femmes dans cette culture, questionne la tonalité « sécuritaire » du rapport d'expertise et la pertinence de la prise en charge par la défense sociale d'un auteur qui eut peut-être mieux fait de se retrouver aux Assises : « En signant les conclusions rédigées par mes confrères et quoique insatisfait par la pensée unique, j'adhère sans conviction à l'optique sécuritaire qui préside aux conclusions de ce rapport, quant à l'avenir psycho-social de l'intéressé, lequel en d'autres temps eût encouru une peine exemplaire ». L'avis se termine sur cette conclusion : « conscients des réserves à apporter au pronostic d'avenir quant au mental d'Alberto, nous pensons cependant pouvoir avancer qu'un jaloux (délirant, interprétatif ou soumis à une croyance) comme tout vivant est conditionnable et, par là, apte à intégrer une expérience aussi transgressive qu'extrême qu'une mort donnée dont les conséquences ne peuvent que renforcer d'autant un surmoi interdictif déficient (à supposer que le meurtrier ne soit pas suicidaire). L'internement ayant montré toutes ses insuffisances et aucune médication ne s'étant imposée comme adjuvante ou curative, Alberto avec sa souffrance qui, dit-il, lui appartient, n'aurait-il plus qu'à expier son meurtre sa vie entière dans l'enfermement ? »

Enfin, le 14 novembre 2004, une contre-expertise est rendue par un psychiatre bien connu choisi par Alberto. Ce psychiatre propose lui une libération à l'essai en raison de l'évolution d'Alberto : « l'existence d'une personnalité paranoïaque; dans un contexte de jalousie, de dégradation majeure des relations avec son épouse, il se trouva surpris... et soumis à une réelle provocation. Il se trouve sans doute à ce moment-là dans un état de décompensation et de déstructuration. C'est dans cet état qu'il commet un homicide. Force est de constater que son état a évolué depuis le drame. Aujourd'hui, à l'appui de nos constatations, il faudrait procéder à une libération à l'essai, non sans prévoir un encadrement sérieux pour pallier à toute dégradation de son état. Je pense qu'un suivi psychiatrique serré est absolument indispensable. Le patient pourrait être réintégré dès qu'un problème se présenterait ».

Au fil du temps, Alberto va bénéficier de sorties régulières, notamment pour se rendre chez le psychiatre de son choix, et ce, à raison de deux fois par mois. Par contre, à l'EDS de Tournai, il ne suit jamais aucun traitement.

Le 24 janvier 2006, Alberto fait l'objet d'une mesure de libération à l'essai assortie de diverses conditions : il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique Vincent Van Gogh pour la durée estimée nécessaire par le psychiatre ; il doit se soumettre à la tutelle médicale de son psychiatre ; il doit se soumettre à la tutelle sociale exercée par un(e) Assistant(e) des Maison de Justice, en respectant diverses conditions habituelles dans ce type de cas (obligation de résider à au moins de 15 km du domicile où réside une de ses filles et à au moins 30 km du village où résident son autre fille et son mari (le gendre menacé ; interdiction formelle de fréquenter un périmètre situé aux alentours de ces deux lieux ; être de bonne conduite générale). Par la suite, certaines de ces conditions seront légèrement modifiées et des exceptions ponctuelles au régime d'internement seront accordées sur décision spécifique.

Depuis janvier 2006, Alberto est donc en libération à l'essai et rien n'est à signaler. Les rapports de guidance de l'assistant de justice sont positifs et indiquent qu'Alberto se montre très soucieux de respecter les conditions qui lui sont imposées. Chaque fois qu'il souhaite déroger à une des conditions existantes, il en fait la demande qu'il justifie. Généralement, il obtient gain de cause et il est vrai que les raisons invoquées justifient le changement : il a des petites maisons à entretenir, donc tantôt la dérogation est demandée pour effectuer des travaux, tantôt pour rencontrer un locataire qui ne paye pas son loyer… On avertit chaque fois le service d'aide aux victimes pour que les filles soient informées.

On arrive à 5 ans de libération à l'essai et je m'attends à ce qu'il demande bientôt sa libération définitive. 5 ans de libération à l'essai, c'est en effet la limite qu'on s'est fixée avant d'envisager la libération définitive. Et là, les affres du délibéré ressurgiront.

Les enjeux du récit selon la narratrice

1. Dans les faits, dans le cadre de la surveillance, tout se passe bien. Aucun rapport ne fait état d'incidents graves. Alors, finalement, Alberto est-il malade ou ne l'est-il pas ?

2. S'il est malade, est-ce qu'il est dangereux ? On nous a dit, à l'occasion de certaines discussions, qu'il n'était plus dangereux, l'objet de son délire ayant disparu. Il a tué sa femme parce qu'il était malade. Le point focal de sa maladie ayant disparu, il n'y a plus de raison qu'il soit dangereux.

3. Mais s'il n'est pas malade, quel sens donner à un suivi psychiatrique ? N'est-ce pas uniquement pour nous rassurer nous-mêmes quant au risque de la récidive ? J'ai un peu de mal à le dire, mais je pense que cela peut arriver : n'est-ce pas aussi une manière pour nous de diluer la responsabilité qu'on porte ?

Questions d'information et réponses de la narratrice

Question : Quel était l'événement qui a fait que le parquet a demandé la mise en observation ? (*un membre du parquet*)

Réponse : Dans le dossier de défense sociale, on n'a pas tout. Ce qui a été dit, c'est qu'il avait déjà eu des comportements qui manifestaient une jalousie absolument maladive à l'égard de sa femme. Il y avait eu plainte de l'épouse à l'époque, avec intervention de la police. Mais la mise en observation est survenue à la demande du Parquet. Les parties étaient séparées, je pense suite aux comportements tout à fait inadéquats du père.

Question : Les filles vivaient-elles avec leur mère au moment des faits ? (*un membre du parquet*)

Réponse : Non. Elles étaient toutes les deux mariées, mères de famille. La fille a fait des études universitaires, c'était un peu la fierté de son père. Mais elle n'a pas présenté son mémoire et c'est comme si, pour son père, c'était un échec. Il nous en a parlé à plusieurs reprises.

Question : Pourquoi une hospitalisation lors de la libération à l'essai (*un membre du parquet)*?

Réponse : La libération à l'essai est décidée avec une hospitalisation à Van Gogh pour permettre une transition. C'était une manière de se donner le temps de voir où Alberto allait habiter - il n'était pas question qu'il rentre à son domicile - et aussi de permettre à son psychiatre de faire le point sur l'état de santé d'Alberto et de voir s'il y avait une médication à mettre en œuvre ou non.

Question : De quand date la première mise en observation suivant la procédure civile de la loi de 1990 ? Par qui a-t-elle été levée ? Sur base d'un rapport de psychiatre ? (*un avocat)*

Réponse : La mise en observation date du 20 février 2000, suite à une altercation avec son épouse qui remonte à décembre 1999. C'était une mesure urgente. C'est le juge de paix qui a levé la mesure ou qui a décidé de ne pas prononcer la mesure de maintien en observation à l'issue des 10 jours.

Intervention : Dans le cadre de cette procédure civile, au 10ème jour, les médecins ne font pas nécessairement de rapport écrit. Le juge de paix peut inviter le médecin à donner son avis mais ne le fait pas toujours. Mais il y a des pratiques différentes : par exemple, à Bruxelles, il y a toujours un rapport écrit (*un psychiatre institution accueillant des internés libérés à l'essai*).

Question : Quelle est la date du suicide évoqué au début de l'histoire ? Quand se sont mariées les filles (*un avocat*)?

Réponse : Le suicide date de 1993. Le gendre arrive en 1994 : les deux filles se sont mariées cette année-là, à 15 jours d'intervalle.

Question : Quand on fait une expertise psychiatrique, on donne des attendus. Sur quoi se sont basés les psychiatres du deuxième collège d'experts pour conclure qu'Alberto était un grand paranoïaque ? Comment se fait-il que deux psychiatres disent ici qu'il est tout à fait « frappé » et que le troisième estime qu'il n'est pas malade ? Il n'est à aucun moment question de ce qui a évolué dans sa trajectoire. On ne sait pas s'il a parlé du meurtre, s'il a évoqué ce qui s'est passé, etc. Ce qui permettrait à la CDS de savoir sur quoi l'on peut se baser pour voir s'il est moins dangereux qu'avant (*un psychiatre*).

Réponse : Alberto a passé tellement d'expertises qu'il disait : « vous pouvez m'en faire passer tant que vous voulez, je sais comment me comporter, ce que je peux dire, ce que je ne peux pas dire, je suis plus fort que les médecins ». Il est rôdé. Le rapport d'expertise en question le décrit en ces termes : « Rigueur, minutie obsédante : il construisait lui-même ses châssis, ce qui est contre-productif vu le prix du marché et névrotique. (…) Il ne sera jamais satisfait. Avec l'âge, il devient méfiant, ne croit plus ce qu'il voit, voit ce qu'il croit … (…) On entend bien les interprétations et les convictions inébranlables. (…). L'examen mental met en lumière une intelligence dans la bonne moyenne. Il a des convictions délirantes, … ». Le rapport ne fait pas état de commentaires sentimentaux sur l'épouse décédée, les enfants…

Sur la dangerosité, on trouve ceci dans le rapport du collège d'experts : « les propos tenus à l'égard de son gendre suggèrent que l'intéressé est dangereux à l'égard de la société. ». L'avis dissident met lui l'accent sur un sens autocritique restreint, l'existence d'autres causes de son acte que la jalousie : ce serait un « crime d'amour sans amour », il faut tenir compte de l'importance chez lui des valeurs du Sud, il se sent aussi infériorisé par sa taille, se punit d'être un 'père castré'… Il déclare qu'il souffre de l'avoir tuée. Il demande ce qu'il faut dire ou faire pour prouver sa lucidité retrouvée. Il témoigne de sa volonté de normaliser son profil psychologique. Il désire montrer sa lucidité. Ne fallait-il pas le juger aux assises ?

Question : Comment se sont articulées les deux procédures pour homicide sur sa femme d'une part, pour menaces de mort à l'égard de son gendre d'autre part ? (*un psychiatre*)

Réponse : Pour l'homicide, la procédure est arrêtée par la décision d'internement prise par la chambre du conseil, le 19 septembre 2002. L'homicide est un fait ultérieur mais qui aura, en fait, été traité plus vite. Les poursuites pour les menaces à l'égard du gendre, antérieures donc à l'homicide, suivent leur cours normal et n'arrivent devant le tribunal correctionnel que le 16 décembre 2002. Actant la décision de la chambre du Conseil du 19 septembre, le tribunal confirme la décision prise par la chambre du conseil.

Commentaire dans la salle : Le parquet aurait pu suivre les deux dossiers, c'est quand même le même contexte familial.

Question : Alberto a été hospitalisé à Van Gogh lors de sa libération à l'essai. A-t-on un rapport de l'hospitalisation à Van Gogh ? (*un psychiatre*).

Réponse : L'hospitalisation a duré 4 mois. Le docteur qui l'a pris en charge, est venu plaider - il a vraiment plaidé - devant la CDS. Il a déposé un rapport soulignant qu'Alberto était malade mais qu'il n'était plus spécialement dangereux s'il était encadré, encadrement qu'il s'engageait à faire. Après la décision de libération à l'essai, j'ai reçu un rapport de ce psychiatre chargé de la tutelle médicale : « depuis sa libération à l'essai, sur le plan psychiatrique, le patient s'investit de manière active dans des projets positifs ; il aborde la gestion de toutes ses questions avec beaucoup de pondération et de mesure, il connaît un état de décompensation et de déstructuration… Il verbalise qu'il ne sera plus jamais comme avant. Malgré la tragédie, il nourrit des sentiments positifs ».

Par ailleurs, il y a plusieurs problèmes d'ordre financier. Alberto avait souscrit une assurance-vie sur la tête de sa femme. S'il avait fait l'objet d'une condamnation, il aurait été privé des bénéfices de l'assurance. Déclaré irresponsable, ce n'est pas le cas et l'assurance nous a contactés pour savoir quel était l'administrateur de biens. Alberto compte bien, il n'a pas besoin d'administrateur de biens… On a dû répondre qu'il pouvait toucher les sous lui-même, donc il a touché l'assurance-vie de sa femme, même s'il n'en avait pas besoin.

Une intervention (sur un mode ironique): C'est incroyable ça, magnifique ! Il a réglé son problème et il a même été payé pour ça !

Réponse : Il n'a pas lâché un centime par rapport aux appartements.

Question : Le délai de 5 ans pour envisager une libération définitive : d'où cela vient-il ? (*un psychiatre*).

Réponse : De l'usage. Ce n'est pas systématique. C'est le recul qui nous permet de dire qu'au bout de 5 ans, si on n'a pas eu de problèmes, on va le lâcher. Dans ce cas-ci, moi je serais pour un bilan psychiatrique avant de le relâcher. On ne fait pas toujours de bilan, ça dépend de la gravité des faits. Un gars interné pour avoir volé trois cigarettes, on ne va pas demander d'expertise.

Réponse : Nous, on voit les internés tous les six mois (*dans la salle* : nous aussi). Quand ils sont libérés à l'essai, on les voit quand l'alarme est actionnée par le psychiatre (c'est rare à cause du secret professionnel), ou par les assistants de justice, ou par le parquet si de nouveaux faits sont commis (*présidente CDS*).

Intervention : Le terme de 5 ans vient peut-être de la loi de 1930 qui prévoyait un internement de 5, 10 ou 15 ans prolongeable (*un psychiatre*)

Question : Les menaces de mort sur le gendre font suite à la discussion avec sa femme ? (*un psychiatre*)

Réponse : Non, c'est sans doute lié à d'autres faits.

Question : Aujourd'hui, où vit-il ? (*une assistante de Justice*)

Réponse : Il habite à X, il est tout à fait autonome. Le dernier rapport de l'assistant de justice date de décembre 2010 - donc on va en avoir un bientôt – et dit ceci « (…) Alberto poursuit la tutelle médicale avec le psychiatre, la fréquence des entretiens s'est fortement espacée, mais ce n'est pas de son fait. Alberto a essayé de contacter le psychiatre à plusieurs reprises, mais le psychiatre explique qu'il n'aurait pas reçu les fax et qu'il n'a pas pu entrer en contact avec Alberto ». Du côté de la tutelle sociale, les conditions de la libération à l'essai semblent respectées. Il respecte son obligation de résider à X. L'interdiction de fréquenter la ville de Y a été modifiée le 26 mars 2009. Il peut s'y rendre pour une période de 6 mois, deux jours par semaine, selon des tranches horaires précises, pour gérer ses appartements. Il a l'interdiction d'entrer en contact avec ses filles. Selon le rapport de probation, la guidance se poursuit : Alberto est assidu et les interdictions semblent être respectées. Ainsi, à ses dires, l'intéressé respecte l'interdiction de se rendre au village de Z. Mais il y a des conditions que l'on pose et que l'on est incapables de vérifier !

Il est par ailleurs venu assister à une de mes audiences qui n'avait rien à voir avec son histoire, une audience civile, ça prend 3 heures. Je n'étais pas à l'aise. Je le rencontre parfois au supermarché, il fait semblant de ne pas me voir et moi aussi (*Présidente CDS*)

Question : Il vit seul ? Il a des contacts avec ses deux filles ? (*une assistante de justice*)

Réponse : Oui, je crois qu'il vit seul. Ses filles ne veulent pas le voir et il faut le respecter. Les contacts lui sont donc interdits. Une fois, une des deux sœurs a eu envie de reprendre contact avec son père mais elle a renoncé pour ne pas se fâcher avec sa sœur. Alberto dit qu'il accepte le choix de ses filles.

Question : On n'a jamais tenté de médiation ?

Réponse : Non. On a reçu les enfants, mais ses filles ne veulent pas le voir. Il a tué leur mère…

Question : Il a acheté une arme peu de temps avant les faits. Est-ce la même arme pour les faits de menace et pour l'assassinat (je parle d'assassinat dès lors que, pour moi, il y a préméditation …). A-t-il donné une explication sur l'achat de l'arme peu de temps avant les faits ? (*une avocate siégeant en CDS*)

Réponse : Je n'ai pas d'explications. Je sais juste que cette arme a sans doute été achetée illégalement. Il n'a pas de port d'arme.

Question : Les victimes vivantes se sont-elles constituées parties civiles et ont-elle demandé une indemnisation en argent ? Si oui, a-t-elle été payée à ce jour ? (*une avocate siégeant en CDS*)

Réponse : Oui, elles se sont portées partie civile. Les montants demandés ? Cela a été réglé en équité. Je n'ai pas dans mon dossier les suites civiles de l'affaire.

Question : Sur l'indemnisation, son rapport à l'argent, il n'y a pas d'information des assistants de justice ? (*une avocate siégeant en CDS*)

Réponse d'une assistante de justice : Non. Si ce n'est pas repris dans la mesure à contrôler, la maison de justice ne vérifie pas cet aspect. J'ai moins de contacts actuellement avec ce Monsieur parce qu'apparemment, tout va bien. Ça risque d'arriver avec la libération définitive.

4.1.2. Le récit travaillé au cours de la journée du 23 mai 2011 : « Mr D., récidiviste sexuel »

La narration du récit

Monsieur D. est né en 1972. Les 15 avril 1991 et 24 mai 1991, il commet un viol, chaque fois sur un jeune garçon de 9 ans (deux garçons différents). On est donc face à des atteintes à mineur de moins de 10 ans.

Une expertise médicale est ordonnée. Le rapport fait ressortir les éléments suivants : placé depuis l'âge d'un an pour des raisons de santé, avec ensuite des comportements perturbés, Monsieur D. a connu un parcours difficile dans sa jeunesse : 15 internats, 12 familles d'accueil, 2 homes, 2 institutions qu'il qualifie de « maisons de correction » (sans doute des « IPPJ » ou Institutions de Protection Judiciaire de la Jeunesse). Sur le plan scolaire, il suit 5 années d'enseignement primaire, puis une année en classe d'accueil qui lui permet d'accéder au secondaire rénové. Il échoue, bifurque vers des études professionnelles qu'il poursuit jusqu'en troisième, année au cours de laquelle il échoue. La famille semble marquée par les secrets et les non-dits, le père est violent et alcoolique.

Sur le plan psychique, le rapport conclut à l'existence d'une personnalité perturbée, un « état limite de type narcissique ». Cette organisation est compatible avec les perturbations affectives antérieures et les relations intrafamiliales antérieures. Pour l'expert, il existe des perturbations qui sont le reflet d'un « état de déséquilibre mental grave le rendant incapable du contrôle de ses actions au moment des faits et encore actuellement ». Dans ces conditions, le rapport conclut à l'application d'une mesure de défense sociale, d'autant que, sans prise en charge psychologique sérieuse, le risque de récidive est sérieux.

Le 23 août 1991, la Chambre du Conseil ordonne l'internement de Mr. D. La Commission de Défense Sociale décide son placement à Paifve le 15 octobre 1991, institution où il entre effectivement le 18 février 1992, soit 4 mois environ après la décision de la CDS.

Jusqu'en 1993, les rapports de l'EDS de Paifve évoquent une personnalité psychopathique. On décrit Mr. D. comme manipulateur, revendicateur, présentant des comportements pervers.

Puis, d'avril 1993 à avril 1996, la tonalité des rapports change fortement et souligne une évolution positive : Mr. D s'investit dans la thérapie et fait preuve de comportements positifs. Il bénéficie de sorties accompagnées, puis de sorties seul pour aller chez un oncle, frère de son père, enfin d'un régime de semi détention lui permettant de travailler dans un atelier de travail, à « X». En avril 1996,

il entame une thérapie au CRASC, institution spécialisée dans la thérapie pour les délinquants sexuels. En mai 1996, il ne réintègre pas l'EDS de Paifve et disparaît pendant deux ans en France, avant d'être réintégré à Paifve en mai 1998.

A partir de juillet 1998, les rapports de Paifve sont à nouveau positifs : l'évolution de Mr. D est favorable, la fugue en France lui aurait été bénéfique. Plus mature et plus réfléchi, moins impulsif, Mr. D. assume et reconnaît son homosexualité après avoir vécu des expériences homosexuelles en France. Les rapports disent encore qu'on peut espérer qu'à travers cette reconnaissance de son identité homosexuelle et les expériences vécues en France, il va désormais s'intéresser à des adultes et ne plus rechercher la relation avec l'enfant. Sa fugue l'aurait mûri et placé devant ses responsabilités. Selon les rapports, Mr. D ne souffre d'aucune pathologie grave et il ne reçoit aucun traitement médical. Sur le plan familial, il se réconcilie avec son père. Bref, on peut travailler à un projet de réintégration qui déboucherait sur une demande de libération à l'essai.

En septembre 1999, suite à la mise en place d'un projet de réinsertion préparé pendant quelques mois avec l'équipe de Paifve, la CDS décide une libération à l'essai. Plusieurs conditions très strictes, préparées par Mr. D, accompagnent cette libération à l'essai : outre les conditions classiques - tutelle sociale de la maison de Justice et tutelle médico-légale par un service spécialisé dans le suivi des auteurs d'infraction à caractère sexuel (le CLIP, à Liège) -, Mr. D est soumis à diverses obligations spécifiques : obligation de résidence dans un logement indépendant de sa famille ; obligation de s'inscrire à une formation à l'école d'hôtellerie ; interdiction de consommer de l'alcool et interdiction de fréquenter ou de chercher à fréquenter des mineurs.

Jusqu'en mai 2001, les rapports, tant ceux de la Maison de Justice que ceux du CLIP, vont dans le même sens et restent favorables : toutes les conditions de la libération à l'essai sont respectées et l'évolution de Mr. D est favorable. En mai 2001, Mr. D déménage et quitte la région liégeoise pour s'installer à Bruxelles où il a un travail. Il est soumis à une tutelle médicale à « Chapelle-aux-champs » (UCL Woluwe) et les conditions de la libération à l'essai sont toujours respectées. En novembre 2002, la tutelle médicale de « Chapelle aux champs » est interrompue. Monsieur D. prend contact avec une psychologue qui doit l'aider à trouver un autre centre spécialisé pour assurer le suivi médical.

Un an plus tard, en décembre 2003, la CDS reçoit un rapport, toujours favorable. Mais deux difficultés sont mentionnées : suite aux difficultés financières de l'entreprise qui l'emploie, un terme est mis à son contrat de travail. En outre, il est expulsé de son logement suite à une déclaration d'insalubrité de celui-ci.

On apprend plus tard que de nouveaux faits d'abus d'enfants ont été commis entre septembre 2003 et mars 2004, avec un jeune voisin de 10 ans : Mr. D. est l'auteur de photos pédopornographiques, il obtient fellations et viol en échange des cadeaux, sous forme d'argent et d'un ordinateur.

Une nouvelle expertise médicale est demandée par la CDS au psychiatre qui avait réalisé l'expertise initiale en 1991. L'expert rappelle les antécédents familiaux, constate l'existence d'une « débilité

affective dysharmonique », estime qu'il n'y a pas d'évolution favorable dans la pathologie de la personnalité ni dans la morbidité des comportements sexuels de Monsieur D. Le fait qu'il ait déclaré son homosexualité et qu'il ait vécu en couple homosexuel pendant plusieurs mois en France ne l'ont pas équilibré, quoi qu'il en dise. Il n'est toujours pas capable de maîtriser ses pulsions et le suivi psychologique ne l'a pas fait évoluer de façon favorable. Mr. D. est bien dans un « état grave de déséquilibre mental le rendant incapable du contrôle de ses actions ».

Le 2 février 2005, la Chambre du Conseil prononce un nouvel internement. Placé à l'EDS de Tournai le 8 mars 2005 par la CDS, il y arrive le 14 novembre 2005. Depuis lors, les rapports réguliers émanant de Tournai soulignent un « comportement totalement adéquat », tout en insistant sur la nécessité d'une grande vigilance dans toutes les décisions (pour les autorisations de sortie par exemple) : Mr. D. a un ancrage pédophile profond, toute remise en question reste difficile dans son chef, il fait preuve d'une fragilité basique et il est capable de récidive. S'il témoigne d'une réelle motivation, les antécédents invitent à la prudence.

Sur base de ces rapports, la CDS va progressivement accorder à Mr. D. des sorties accompagnées, puis, au fil des ans, des sorties seul mais limitées dans le temps (3 heures), et enfin des sorties limitées (5 heures) dans des lieux et pour des objectifs précis : par exemple pour voir son oncle ou une dame qui s'est occupée de lui par le passé (notamment quand il fût question de préparer son autonomie quand il était dans une institution de protection de la jeunesse). C'est cette dame qui est à l'origine de la découverte des faits de viol sur mineur de 1991 : s'étant aperçue du problème parce que les deux garçons étaient dans le même voisinage, c'est elle qui a poussé Mr. D à se dénoncer à la police.

Le dernier rapport de l'EDS de Tournai, en date du 5 octobre 2010, est interpellant : « si l'évolution de base est rassurante, nous sommes raisonnablement inquiets par les traits de personnalité faits de séduction, d'absence de remise en question, de manque d'empathie à l'égard des victimes ». Mr. D. « minimise les fait, rejette les torts, cette attitude est préoccupante et limite nos possibilités thérapeutiques ».

Les enjeux du récit selon la narratrice

- Quelles sont les réelles possibilités thérapeutiques à l'égard d'un interné pour faits sexuels ? Peut-on le soigner ?
- Comment mesurer les risques raisonnables en cas de (re)mise en liberté dans un cas comme celui-ci, alors que des risques ont déjà été pris et que cela s'est mal terminé ?

Questions d'information sur le récit et réponses de la narratrice

Question : Quand Mr D. arrive à Paifve et jusqu'en 1996, les rapports font état du même état de santé problématique. Et puis, en 1996, tout d'un coup, les rapports changent et l'évolution devient positive. Etait-ce la même équipe ou bien y a-t-il eu un changement de médecin ?

Réponse : À ma connaissance, c'était la même équipe avant et après la fugue. Les rapports commençaient à être plus favorables avant la fugue.

Question : Avez-vous eu un retour en CDS sur les deux années de « fugue » en France ?

Réponse : À la Commission, nous n'avons eu aucune information. Il n'a pas été fait état de faits délictueux. On a ce qu'il a dit lui-même.

Réponse d'un autre intervenant (parquet): il a été incarcéré en France pour faits de mœurs.

Question : Il a perdu son logement. Avez-vous su s'il en avait retrouvé un autre ?

Réponse : On a toujours su où il se trouvait. Je me demande s'il a eu le temps de déménager…

Question : Connaissez-vous les raisons pour laquelle « Chapelle aux Champs » a interrompu la tutelle médicale ?

Réponse : Non, on n'a pas su pourquoi. On nous a fait savoir qu'elle n'assurait plus le suivi et on a appris que Mr. D. était en contact avec une psy qui lui cherchait un autre service spécialisé.

Question : Est-il resté longtemps sans travail ? La récidive correspond plus ou moins à la perte de travail en septembre 2003...

Réponse : L'information nous est arrivée le 5 décembre 2003.

Question : L'histoire de l'expulsion pour cause d'insalubrité m'étonne. Est-ce que cela a été vérifié ? A Bruxelles, on n'expulse pas…

Réponse : Un rapport de l'assistante de Justice a constaté l'état de délabrement et l'avis d'expulsion. L'évacuation a été ordonnée en raison du risque d'incendie. C'est une expulsion non pas judiciaire mais administrative.

Réponse d'un autre intervenant (magistrat) : Ce type d'expulsion, en Wallonie, avec les codes sur le logement, ça arrive plus souvent que vous ne le pensez…

Question : On a évoqué la reconnaissance de son homosexualité adulte par Mr. D. Son histoire fait-elle apparaître une relation homosexuelle stable ?

Réponse : Non, cela n'a jamais été rapporté. Les expériences homosexuelles, c'est lui qui en a parlé lui-même ; il aurait vécu en couple en France avec ce pédophile interné lui aussi à Paifve, qu'il connaissait avant et qu'il aurait retrouvé en France…

Question : A-t-il des relations sociales quand il est libéré à l'essai ?

Réponse : Deux dames âgées s'occupaient de lui : une des deux le voit encore maintenant.

Question : A-t-il pris une médication avant ou après l'acte de récidive ? On n'a pas testé de médication pouvant avoir un impact sur les pulsions sexuelles ?

Réponse : Non. Tous les rapports disent « pas de médication ». C'est toujours le cas, il n'est pas médiqué.

Question : Que sait-on de la période passée en France ? Dans les rapports, on s'appuie sur les expériences vécues en France pour dire que l'expérience a été bénéfique, mais finalement…

Réponse : Ils sont partis en voiture dans le Sud de la France, lui et l'autre interné de Paifve. J'ai demandé au médecin : ce que vous dites dans votre rapport, entre les lignes, c'est que la meilleure thérapie pour ce garçon, ce fut la fugue et l'autonomie en France pendant deux ans ? » Il m'a répondu : « En quelque sorte, oui. »

Question : Entre 1993 et 1996, il a fait l'objet d'un suivi spécialisé ?

Réponse : Non, il est resté à Paifve, où il a bénéficié du suivi et des soins de l'équipe de Paifve.

Question : A-t-on les rapports de la tutelle médicale, quand il a été libéré à l'essai ?

Réponse : Oui, les rapports figurent au dossier mais ils sont très brefs. Le 6 avril 2000, il y a un rapport favorable du CLIPS et le 26 juin 2000, un autre rapport favorable du CLIPS.

Question : Quelles informations ce rapport de tutelle médicale extérieure doit-il donner ?

Intervention d'un président de CDS : La tutelle médicale doit signaler comment ça se passe médicalement mais pas plus.

Intervention d'un psychiatre : La tutelle médicale, à l'extérieur, n'existe pas. Je fais rapport sur le fait qu'il y a eu consultation, c'est tout. Je n'ai pas à faire rapport quant à l'évolution du cas, sur la manière dont la personne se conduit, sauf en cas de danger grave et imminent, auquel cas le secret médical est levé.

Intervention d'un président de CDS: le simple fait de savoir si la personne va au rendez-vous ou non, c'est déjà une information.

Intervention d'un président de CDS : Il y a de tout : il y a des médecins qui disent « secret médical », d'autres qui font des rapports avec plus d'informations.

Intervention d'un membre du Parquet : Qui dit « tutelle » dit « comptes à rendre ». On travaille sous mandat judiciaire… Donc, il faut rendre un rapport (un membre du Parquet).

Réponse de la narratrice : Dans ce cas-ci, le 15 juillet 2002 il est toujours suivi à Bruxelles par l'équipe de « Chapelle-aux-champs ». On me dit que les conditions sont respectées mais que la tutelle médicale se heurte à une difficulté : le médecin voudrait que Monsieur D. participe aux séances de thérapie de groupe, alors que celles-ci se déroulent pendant les heures de travail. Le médecin propose de faire à Mr. D. un certificat médical, ce que celui-ci refuse : il ne souhaite pas apporter à son travail un certificat portant la signature d'un neuropsychiatre ou d'un service de soins spécialisé. Comme présidente de la CDS, j'ai réagi et ai demandé à "Chapelle-aux-champs" que cet interné

puisse bénéficier de la thérapie dont il avait besoin. Le 18 novembre 2002, je reçois un rapport médical disant que les conditions de tutelle médicale sont respectées jusque-là mais qu'il est mis fin à cette tutelle.

Question : Mr. D. a-t-il quitté Bruxelles pour Gembloux ?

Réponse : Oui. Il travaille à Bruxelles mais habite Gembloux. C'est un peu compliqué. La tutelle médicale est à Bruxelles mais, habitant à Gembloux, il doit être suivi par l'assistant de justice de Namur. La tutelle médicale et la tutelle sociale dépendent donc de deux arrondissements judiciaires différents.

Question : Dans le premier rapport, la qualification de « psychopathe » n'apparaît pas avec beaucoup de clarté … ». Or, c'est ce rapport d'expertise à l'entrée qui va aboutir à l'internement, c'est le rapport que je lis toujours d'abord, même par la suite…

Réponse : (*l'auteur du récit lit des passages du rapport*) : C'est une personnalité borderline versant narcissique. On constate un manque d'équilibre de la mère qui a dû être soignée par un spécialiste et de l'éthylisme chez le père. Mr. D. a connu très tôt un retard dans le développement, des carences affectives précoces. Il a connu des placements fréquents, l'enseignement spécialisé, des troubles caractériels et comportementaux. Il y a eu des conduites sexuelles qui ont justifié son renvoi d'un institut médico-pédagogique. On constate une absence d'autocritique, une réelle déformation dans la conduite sexuelle, des conduites sexuelles déviantes répétées, une inhibition caractérisée dans la relation hétérosexuelle, l'absence d'une structure de personnalité suffisante pour freiner et canaliser ses pulsions. C'est une personnalité perturbée, un état limite de type narcissique. Il n'y a pas de débilité intellectuelle, mais une faible intelligence. Mr. D. est dans un état de déséquilibre mental grave le rendant incapable de la maîtrise de ses pulsions et de contrôler ses actions. Le risque de récidive est sérieux.

Question : Le mot « psychopathe » n'est pas apparu, non ?

Intervention d'un président de CDS : souvent, j'ai 20 dossiers sur une après-midi. Il ne m'est pas possible de lire tous les rapports pour chaque dossier, je n'ai pas le temps. Je regarde les faits, le premier rapport et le dernier. Ces deux là sont les plus importants. Les termes « psychopathe », « manipulateur », etc., c'est très important. Ça m'interpelle.

Intervention d'un psychiatre : entre les rapports d'expertise ici, il n'y a pas de vraies divergences. La différence est un degré de précision…

Intervention d'un autre psychiatre : Je suis d'accord avec mon collègue, à une nuance près : certaines terminologies sont à double, triple, voir quadruple sens. Le terme psychopathe, par exemple, recouvre au moins deux significations différentes dans le champ psychiatrique. Au sens général, cela renvoie à un trouble de la personnalité. Dans un sens plus étroit, au sens anglo-saxon du terme, cela désigne une personne froide, manipulatrice, globalement perverse. Il faut savoir dans quelle optique et dans quel cadre de référence théorique s'inscrit le psychiatre qui rédige le rapport.

Intervention d'un président de CDS (avec une légère ironie) : Au fond, il faut analyser le médecin pour analyser la personne »..

Intervention d'une présidente CDS : Pour un magistrat, psychopathe c'est synonyme de dangereux.

Question : De quand date le dernier rapport ?

Réponse : Du 5 octobre 2010.

Question : Quelle est la situation actuelle de Mr. D. ?

Réponse : Il est interné à l'EDS de Tournai depuis le 14 novembre 2005. Il bénéficie de sorties très mesurées. Il n'a pas introduit de nouvelle demande de libération à l'essai. Il n'a pas demandé à comparaître devant la CDS en mai 2010 quand celle-ci s'est déplacée à l'EDS de Tournai.

4.1.3. Les principaux fils issus des deux récits : évaluer le risque et encadrer la dangerosité sur fond de concurrence des savoirs

Si les deux récits portent sur des trajectoires fondamentalement différentes, ils ont fait l'objet d'interprétations dont les enjeux se recoupent très largement. On fait donc le choix ici d'une présentation synthétique des principaux « nœuds problématiques » tels qu'ils ressortent de l'analyse croisée des deux récits.

On se propose de les aborder en trois temps, suivant les quatre phases centrales qui scandent le processus décisionnel. Le premier renvoie à *la construction du dossier en amont de la décision*, soit aux pièces sur lesquelles va se pencher la CDS pour prendre sa décision de libération à l'essai et, éventuellement, conjurer la peur d'une prise de risque que représente presque toujours cette décision. L'information médicale, sous la forme des rapports d'expertise rédigés en amont, représente ici une pièce majeure dans le dispositif de décision, tout comme les rapports d'évaluation en provenance de l'annexe psychiatrique ou de l'EDS où séjourne l'interné. Le second concerne *le processus de décision d'octroi (ou non) de la libération à l'essai* : comment se déroule le processus de discussion et de décision au sein d'un organe dont la composition tripartite est en principe garante de l'équilibre entre trois types d'intérêts parfois contradictoires (défense de la société contre un individu dangereux, protection juridique d'un interné qui reste sujet de droits, traitement d'un délinquant « aliéné » qui est un malade à soigner) ? Quels sont les critères prioritaires pris en compte par la CDS pour accorder ou refuser la mis en liberté à l'essai et, ici encore, conjurer le risque de rechute ? Le troisième renvoie aux *conditions de la libération à l'essai et à leur contrôle* : c'est aussi à travers ce régime conditionnel que s'exprime le « calcul de risque » auquel se livre la CDS lorsqu'elle décide de franchir le pas, au nom de ce que « le risque zéro n'existe pas ». Enfin, le contrôle du risque et son évaluation sont ici d'autant plus importants qu'ils conditionnent le « saut dans l'inconnu » que représente *l'octroi de la libération définitive*.

4.2. En amont de la décision : le poids du savoir médical dans une logique de contrôle social

Lorsqu'il s'agit de statuer sur la dangerosité et les chances de réintégration sociale de l'interné qui se présente devant elle, la Commission de Défense Sociale prend appui sur deux types de supports qui lui sont transmis en amont du processus de décision : un rapport d'expertise en provenance de l'institution d'internement et qui décrit l'état psychosocial de l'interné et son évolution et les divers rapports d'expertise qui ont jalonné le parcours de l'interné, depuis le rapport initial qui a déterminé la décision d'internement jusqu'au dernier rapport intervenu dans sa trajectoire avant de se présenter devant la CDS pour obtenir une libération à l'essai.

De manière générale, le regard médical, quel que soit son mode de construction, apparaît largement prépondérant dans la lecture que les acteurs en amont proposent de l'état de l'interné. Il pose dans la pratique trois types de problèmes qui ont trait à la nature et à la circulation de l'information médicale : le problème du secret professionnel, abordé de manière distincte selon les différents types d'établissements en fonction de leur régime institutionnel, qui rejaillit sur le type d'informations transmises à la CDS (1) ; l'incohérence apparente et les problèmes de traduction suscités par une multitude de rapports d'expertise susceptibles de varier dans leur contenu évaluatif (2) ; derrière « l'impossible simplification » du langage expert, le retour d'un conflit de paradigmes opposant une perspective psycho-dynamique ou clinique et une approche probabiliste (3).

4.2.1. L'évaluation de la dangerosité liée à la vie en annexe psychiatrique ou en EDS : avis psychiatrique et secret professionnel

Avant de pouvoir prétendre à une libération à l'essai, l'interné passe un laps de temps plus ou moins important, soit dans une annexe psychiatrique de prison, soit dans un Etablissement de Défense Sociale (EDS) spécifique prévu à cet effet. En principe, la Commission de Défense Sociale (CDS) rend visite à l'interné pour maintenir le contact. Si, dans la pratique, plusieurs CDS semblent effectivement visiter régulièrement – tous les six mois – les établissements d'internement, cette visite ne leur apporte qu'un éclairage ponctuel et relativement superficiel sur l'état psychique et social de l'interné.

Aussi, lorsqu'elle est amenée à se prononcer sur une demande de libération à l'essai - voire, en amont, sur une demande de sortie accompagnée ou seule -, la CDS se retourne vers l'annexe psychiatrique de prison ou vers l'EDS pour obtenir un tableau le plus complet possible de l'état de l'interné. En gros, la Commission attend un rapport circonstancié de l'institution en question, lequel doit l'aider à prendre sa décision.

Sur le plan des principes, le système semble relativement simple. La complexité du système institutionnel belge rend cependant les choses plus complexes dans la pratique. Sur le plan administratif, les principales institutions de prise en charge des internés se découpent en effet en deux groupes distincts, dépendant de deux autorités de tutelle différentes et soumis à des régimes distincts. Ce dualisme institutionnel a des effets sur l'organisation interne des établissements de

prise en charge ainsi que sur les relations de travail, notamment sur le plan de la collaboration entre équipes de soin et équipes d'expertise ainsi qu'en matière de respect du secret professionnel. Pour le dire d'un mot, la CDS ne reçoit pas les mêmes types de rapports, ne se heurte pas au même respect du secret professionnel et ne rencontre pas les mêmes catégories de « rapporteurs » à l'audience, selon que l'interné réside dans un type d'institution ou dans l'autre.

L'absence de scission soin-expertise dans les EDS « Santé » : priorité au soin et malaise face à l'expertise

En Belgique, deux EDS (Mons et Tournai) dépendent du ministère de la Santé. De manière paradoxale, ces EDS ne sont pas soumis à la règle de la scission entre les missions de soin et d'expertise, alors même que cette séparation est recommandée par l'article 121§2 du Code de déontologie médicale. Cette situation, pas toujours confortable pour les intervenants, amène ces derniers à déléguer la mission d'évaluation et son compte-rendu devant la CDS au médecin psychiatre responsable du pavillon au sein de l'EDS.

Dans ces EDS où le soin et l'évaluation font partie d'une mission commune, la dimension du soin semble prioritaire. Ayant connu ce régime par le passé, un psychiatre travaillant actuellement dans un EDS soumis à la scission entre soin et expertise compare et souligne qu'«auparavant, on assurait les soins et on faisait les évaluations à titre anecdotique ». Là où la scission soin-expertise n'est pas de mise, l'accent semble donc mis prioritairement sur le soin et l'évaluation susciter un certain malaise, dans la mesure où elle génère une potentielle confusion des rôles dans le chef des mêmes personnes. Ceci ne fait pas nécessairement l'affaire des CDS, principalement intéressées par un diagnostic de dangerosité leur permettant de prendre une décision « éclairée », et qui ne reçoivent pas nécessairement un rapport clair sur cette question :

« *La position de cet EDS ne facilite pas le travail de la CDS, parce qu'ils ne prennent pas réellement position, notamment par rapport à la dangerosité potentielle sur laquelle vous n'êtes pas tellement éclairés* » (un psychiatre SPS).

L'ambiguïté d'une « double casquette » soin et expertise permet de comprendre les réticences des équipes soignantes à assumer la « double casquette ». Aussi, comme l'a souligné une recherche précédente, n'est-il pas rare que les intervenants de première ligne cherchent divers échappatoires à la demande d'expertise pour ne pas mettre en danger la relation thérapeutique : Il peut s'agir de déléguer au médecin psychiatre responsable de l'EDS le soin d'assumer la responsabilité d'un « secret partagé » et celle de rédiger un rapport d'évaluation, plus ou moins discuté avec l'équipe selon les cas. Ou alors, dans certains cas, de faire appel à une expertise « externe » pour sauvegarder le lien relationnel avec le patient (Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010). Au total, le type de savoir mobilisé et transmis à la CDS semble en tous cas filtré et tamisé, au nom du souci de sauvegarder la relation thérapeutique avec le patient interné.

La scission entre le soin et l'évaluation : expertise photographique, secret professionnel et stratégies de contournement

Les annexes psychiatriques de prison et l'EDS de Paifve dépendent, quant à eux, du ministère de la Justice. Ces lieux d'internement sont soumis depuis quelques années à la scission des missions de soin et d'expertise, au nom de la confidentialité des rapports thérapeutiques entre médecin et patient et du respect du secret médical. Si la mission de soin est confiée à une équipe du « Service des soins de santé en prison » (SPPS), une équipe autonome et généralement mieux dotée en moyens, a été créée au sein de chaque annexe et à l'EDS de Paifve pour se consacrer uniquement à des missions d'évaluation. Ce dispositif mis en place soulève à son tour une difficulté majeure : l'expertise « photographique » réalisée par l'équipe SPS est coupée d'un certain nombre d'éléments liés à la vie du patient. Aussi, un certain nombre de stratégies sont-elles déployées sur le terrain par les équipes SPS pour contourner le principe de la scission.

Une expertise « photographique » parcellaire

Les équipes du « Service Psycho-social » (SPS) ne font donc que de l'expertise et exclusivement à l'intention des CDS dont elles doivent éclairer les différentes décisions. Entre les équipes de soin et d'expertise, l'étanchéité est en principe totale : une circulaire « 1800 » du 7 juin 2007 du ministère de la Justice dispose en effet qu'« en principe, aucune information ne peut être échangée. Il n'y a pas de secret professionnel partagé entre les deux équipes ». Le motif ? « Les experts ne sont en effet pas tenus au secret professionnel vis-à-vis de leur autorité mandante ». Autrement dit, selon cette circulaire, l'équipe d'évaluation qui a pour mission d'éclairer la CDS sur l'état de l'interné n'est tenue à aucune obligation de confidentialité en regard des informations récoltées dans les échanges avec l'équipe chargée du soin. Un secret « partagé » dans ce contexte reviendrait à supprimer le secret professionnel liant l'équipe soin dans sa relation avec le patient.

Compréhensible sur le plan clinique, cette séparation étanche des missions de soin et d'expertise ainsi que la règle du secret médical qui en est le corollaire, pose un problème d'accès au savoir sur la vie du patient dans le chef de l'équipe SPS chargée de l'évaluation et cette difficulté se répercute sur le savoir qu'obtiendront les « mandants », soit les membres de la CDS. Ces derniers se plaignent de manière assez unanime de la scission et de l'impact qui est le sien sur la qualité et la complétude des informations reçues relatives à l'état mental, au traitement et à la dangerosité de l'interné. Le principal problème soulevé renvoie au type de savoir récolté par l'équipe SPS et à ses lacunes. Le savoir expertal développé est un savoir essentiellement « photographique », fondé sur des entretiens ponctuels et des tests. A contrario, ce savoir expert fait l'impasse (forcée) sur la vie du patient en internement dont l'équipe d'évaluation est coupée : « Avec la scission soin-expertise, l'équipe d'expertise ne peut plus faire appel à une clinique très étendue… » (Un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai). De la vie du patient, l'équipe d'expertise ne sait en effet pas grand-chose et, par ricochet, la CDS se sent privée d'éléments d'évaluation importants portant, par exemple, sur la médication du patient ou sur des « accidents de parcours » laissant présager un risque de rechute. Si l'étanchéité soin-expertise est respectée, l'existence d'une médication, un élément essentiel dans la prise de décision de la CDS, est en effet parfois ignorée: « Parfois, on ne sait

pas si l'interné est médiqué ou non. Or, c'est très important » (un membre du parquet). La fonction d'expertise relative à la médication est alors déplacée sur le psychiatre qui siège en commission. En principe, ce dernier reçoit une enveloppe fermée contenant des informations relatives à la médication, mais l'information peut être lacunaire amenant le psychiatre de la CDS à « extrapoler » pour que la Commission puisse se faire une idée de la médication prise ou non : « A l'audience, une enveloppe fermée est bien remise au médecin membre de la CDS avec information sur la médication et ce dernier doit en faire part à la Commission à l'audience. Mais les informations données ne sont pas suffisantes » (un membre du parquet) et « fautes d'informations transmises, c'est le psychiatre de la CDS qui extrapole pour la Commission » (un président de CDS).

De même, en ce qui concerne les accidents de parcours - ceux qui peuvent se produire dans l'institution, à l'occasion d'une sortie accompagnée, etc. -, l'équipe SPS chargée de l'évaluation n'a accès qu'aux éléments jugés suffisamment graves par l'équipe soin pour être transmis. L'équipe SPS est ici dépendante du choix de l'équipe soin de « médicaliser » ou de « disciplinariser » l'événement, ce qui pèse sur le contenu du rapport d'évaluation : « Si les seules informations récoltées sont en rapport avec le respect des normes, cela oriente le rapport que fait l'équipe SPS » (Un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai). Autrement dit, des événements problématiques, importants à signaler dans une perspective de contrôle des risques, sont susceptibles d'échapper à l'équipe SPS et, un cran plus loin, à la CDS s'ils sont tenus sous le boisseau par l'équipe soin pour motifs thérapeutiques : « Quand il y a passage à l'acte, cela pose aussi la question de savoir si on le disciplinarise ou si on le médicalise… Par exemple, l'équipe soin s'occupe de la récupération du couteau d'un patient délirant qui a agressé une personne en rue. Elle ne peut pas informer les psychiatres ni la direction. Il y a cloisonnement » (Un psychiatre SPS).

Par ailleurs, et en sens inverse, le cloisonnement pourrait avoir un effet « pervers » sécuritaire sur le contenu du rapport de l'équipe SPS. Le fait de ne plus faire de soin et d'être uniquement dans l'évaluation produit un changement de relations avec les patients qui peut induire une posture plus prudente : « Auparavant, on assurait les soins et on faisait les évaluations à titre anecdotique. Maintenant, on se trouve dans une position uniquement d'évaluation, ce qui modifie la position et la relation avec les patients. On a tendance à être plus arides et plus prudents qu'avant, lorsqu'on avait la double casquette. Ça me semble plus sécuritaire… Mes avis il y a 5 ou 6 ans et maintenant, on est peut-être moins prêts à prendre des risques de libération à l'essai avec les patients, mais c'est un sentiment… » (Un psychiatre SPS).

Des stratégies pour contourner le « secret » lié à la scission soin-expertise

Le cloisonnement absolu est donc considéré comme problématique par l'équipe d'évaluation comme par les membres de la CDS qui souhaitent avoir le plus d'informations possible pour décider. Rien d'étonnant dès lors si des stratégies se développent pour contourner le principe de la scission et du secret. La plus simple consiste à demander l'accord du patient, ce qui peut se faire à l'entrée : « ce qui est convenu à l'annexe de X, c'est que si le patient montre son accord à l'entrée pour la transmission d'informations de l'équipe soin vers le psychiatre SPS, cet accord est supposé continu.

L'accord est supposé exister, sauf si le patient revient sur son accord de manière volontaire et expresse. On ne va pas lui demander… » (Un psychiatre SPS).

Cette logique « pragmatique », défendue par certains, est contestée par d'autres. D'une part, elle pose un risque juridique quant à la validité du consentement donné. Le consentement est-il éclairé ? Quelle est la durée de sa validité :

« *un patient pourrait accepter de signer. Mais s'il le fait, c'est pour quelle durée ? Un avocat pourrait contester : il l'a signé telle année, d'accord, mais aujourd'hui ce n'est plus valable* » (un psychiatre équipe soin et membre CDS).

« *Je suis très réservée en ce qui concerne le consentement de l'interné qui permet de lever el secret médical : l'interné n'est pas au courant de tout ce qui se dit et s'écrit dans le rapport. Selon moi, le consentement de l'interné ne sera jamais éclairé* » (Une présidente CDS).

D'autre part, ce type de stratégie consensuelle pose des problèmes de cohérence dans le travail de soin avec des patients qui ont un rapport problématique avec la loi :

« *Nous, équipe soin, on devrait expliquer au patient qu'on est là uniquement pour l'aider et qu'on est tenu au secret, que le SPS, lui, a pour mission l'évaluation et qu'il n'est pas tenu au secret médical à l'égard de la CDS, et puis on devrait lui faire signer un papier permettant de transgresser le secret médical entre lui et nous ?* » (un psychiatre équipe soin et membre CDS).

« *D'accord, le secret n'est pas adapté dans ce cas-ci et, avant, quand j'étais à Tournai, on partageait le secret avec la CDS. Mais à partir du moment où le cadre légal a changé et qu'il impose le secret, il faut le respecter. On peut modifier la loi si nécessaire, mais tant qu'elle existe, il faut la respecter* » (Un psychiatre membre de CDS).

Une autre stratégie, plus massive, consiste à invoquer « l'état de nécessité ». En droit pénal, l'état de nécessité est une construction jurisprudentielle qui autorise à contourner un interdit légal pour sauvegarder un intérêt jugé supérieur ou équivalent à celui qui est sacrifié par l'infraction. Transposé ici, le concept revient à considérer comme justifié le non-respect du secret professionnel garantit par l'article 458 du Code pénal s'il s'agit de prévenir un danger plus important. Or, certains considèrent, qu'en défense sociale, l'état de risque étant ce qu'il est, on se trouve dans un état de nécessité permanent. Il serait dès lors justifié de transgresser la règle du secret au nom de l'intérêt supérieur que représente la défense de la société :

« *La défense sociale s'adresse à des personnes auteurs d'actes délictueux et susceptibles de récidiver… Est-ce que ça ne place pas les intervenants dans un « état de nécessité » permanent ? On travaille en équipe et j'ai l'habitude de tout partager. Il est clair qu'il y a un effritement du secret médical... En EDS, on transgresse tout le temps parce qu'il y a un intérêt que l'on considère comme supérieur et qu'on a une certaine idée de l'ordre social, de l'ordre moral. Si on travaille en EDS, on accepte de travailler dans l'ambiguïté* » (un psychiatre SPS).

Mais quid si l'interné ne donne pas son accord ou que le médecin soignant s'estime tenu par le secret et refuse de transmettre des informations dont la CDS, par exemple, estime avoir besoin ? Une stratégie ultime de contournement consiste ici à désigner un expert extérieur chargé de prendre connaissance du dossier médical de l'interné et d'en transmettre ensuite le contenu à la CDS : « Le médecin soignant peut dire « je garde mon secret médical » mais il devra laisser l'expert consulter le dossier médical. S'il refusait, on peut saisir légalement le dossier médical » (une présidente de CDS). Cette stratégie semble se pratiquer, même si ce n'est pas la règle.

L'impact de la scission sur le rapport fait à l'audience de la CDS : des acteurs différents

Lorsque le patient appelé à se présenter devant la CDS est interné dans un des deux EDS dépendant du ministère de la santé où la scission soin-expertise n'est pas pratiquée, c'est le médecin psychiatre de l'institution qui se présente devant la CDS pour éclairer le rapport d'expertise. Cette présence est jugée importante : elle permet d'apporter oralement un éclairage supplémentaire direct au rapport et l'avis donné en séance par le psychiatre s'avère souvent déterminant. Les magistrats apprécient :

« *Le contact direct avec le médecin qui suit l'interné est aussi important. Ce que j'apprécie à l'EDS de Tournai, c'est qu'on a les commentaires directs sur le rapport, avec les points forts, les points faibles, l'évolution…A Paifve, en raison de la scission soin-expertise, nous n'avons pas de contacts avec le corps médical et je le regrette* » (Une présidente CDS).

Les avocats sont parfois moins enthousiastes, soulignant l'inutilité de leur présence dans ce cas de figure : face à la parole de l'expert de l'EDS, leur point de vue n'a guère de chances d'être entendu[60].

Par contre, dans les annexes psychiatriques et au sein de l'EDS non soumis à la scission, ce n'est pas le psychiatre de l'institution qui fait rapport à la CDS. Engagés sous statut d'indépendant, les psychiatres qui interviennent dans les lieux dépendant du ministère de la Justice manquent de temps pour se rendre eux-mêmes devant la CDS : « A X, on manque de psychiatres. Si on devait aller devant la CDS, on ne verrait plus les patients. Ce n'est matériellement pas possible d'être là » (Un psychiatre SPS). Le constat est confirmé par un membre du parquet, rattaché à une autre CDS : « A X, le psychiatre de l'équipe soin ne vient pas à la CDS, il n'a pas le temps » (un membre du parquet). Dans ce cas de figure, c'est donc le directeur administratif de l'établissement en charge du service psycho-social (SPS) qui se présente devant la CDS pour expliquer le rapport de l'équipe psycho-sociale. Or, ce dernier ne fait pas partie de l'équipe SPS chargée de l'évaluation, son témoignage est indirect et n'est pas l'expression d'une parole d'expert. Ce triple handicap atténue la force de son témoignage qui n'a pas le même poids que celui du psychiatre expert d'un des deux EDS « Santé » de Mons ou de Tournai. L'effet serait ici de faire glisser la charge interprétative sur les épaules du psychiatre membre de la CDS.

60 On renvoie sur ce point à Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, pp. 128-132.

4.2.2. L'évaluation de la dangerosité par l'expertise : problèmes de cohérence et de traduction

Dans les cas de défense sociale, les expertises ont tendance à se multiplier. Ceci est vrai dès le moment de la décision initiale sur l'irresponsabilité pénale du futur interné : expertise et contre-expertises peuvent ici déjà s'additionner[61]. Par ailleurs, l'interné a pu faire l'objet, avant son entrée dans le circuit de la défense sociale, d'une mesure de « mise en observation » en application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. Il n'est pas rare que, dans le cadre de cette procédure civile préalable, la personne ait également fait l'objet de plusieurs rapports d'expertise. Enfin, au cours du trajet en défense sociale, les rapports d'expertise peuvent continuer à s'accumuler. On sait par exemple que, lorsque l'interné se trouve dans une annexe psychiatrique de prison ou dans l'EDS qui dépend du ministère de la Justice, il fait l'objet d'un processus d'évaluation réalisé par une équipe spécifique dont c'est la mission unique. Dans les deux EDS qui dépendent du ministère de la Santé, des expertises d'évaluation sont parfois déléguées à des experts extérieurs pour contourner les difficultés de combiner soin et expertise.

L'expertise et sa multiplication posent une double difficulté : celui de l'apparente incohérence de ce type de savoir, mise à mal par la diversité d'expertises au contenu parfois contradictoire, d'une part ; celui du fossé séparant langage expertal et langage profane, d'autre part.

La circulation du savoir expert : derrière les incohérences, l'évolution du patient

Lorsqu'elle est amenée à prendre une décision, la CDS est donc confrontée à un nombre parfois conséquent d'expertises, dont le contenu n'est pas nécessairement facile à déchiffrer. Réalisées à divers moments de la trajectoire de l'interné, les diverses expertises constituent autant d'instantanés photographiques qui ne traduisent bien souvent que la vérité d'un moment particulier dans une trajectoire « en montagnes russes » :

« *L'expertise psychiatrique est un instantané. On peut les multiplier, on aura rarement des conclusions convergentes* »… (Un directeur de prison).

« *Un rapport psychiatrique, c'est un instantané qui peut différer selon le temps. Il y a un avant, un pendant et un après le passage à l'acte, c'est une période émotionnelle débordante. Il peut s'être lâché devant le premier collège d'experts et a repris le contrôle après, donnant une impression de plus grande rigueur, de rigidité, … Il peut y avoir une évolution clinique au cours du temps que les différents rapports mettent en évidence… Les différents rapports psychiatriques ne se contredisent pas nécessairement* » (un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai).

Au fond, l'expertise telle qu'elle se réalise est une expertise sans mémoire. Horizontale, elle s'inscrit trop rarement dans la « ligne du temps » du patient et tient rarement compte des étapes antérieures de sa trajectoire : « Quand on voit les expertises, c'est rarement une expertise qui s'inscrit dans la ligne du temps des gens (sauf quelques rares exceptions). Ainsi, l'expert n'est pas toujours au

61Voyez Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, pp.97-105.

courant des traitements pris par les gens qu'il expertise » (un psychiatre équipe soin en annexe et membre CDS). Aussi, ce qui est perçu comme « contradiction » n'est parfois que le signe d'une « évolution ». Plus qu'un problème d'incohérence, la diversité du contenu de l'expertise – parfois dans le chef d'un même psychiatre à quelques mois d'intervalles - soulève la question de l'étanchéité entre les différentes expertises et l'absence d'une approche diachronique qui ferait la synthèse de l'évolution du patient dans le temps :

« *L'éclairage que peut apporter l'expertise, c'est un moment dans l'histoire de quelqu'un… Il manque dans ces expertises une vision longitudinale, qui s'opposerait à cette multiplication d'expertises ponctuelles… Je crains que le premier travail de synthèse, de mise perspective de la ligne d'existence dans le temps ait été réalisé par vous aujourd'hui, en partie* » (un psychiatre équipe soin en annexe et membre CDS).

Langage expert et langage profane : l'impossible simplification

Un second problème rencontré est, classiquement, la difficulté du langage professionnel mobilisé par l'expert psychiatre et sa réception par les membres « profanes » de la commission. Non moins que dans d'autres champs, le savoir expert en psychiatrie possède son jargon technique qu'il n'est pas facile de rendre accessible aux non-initiés. Les psychiatres en sont conscients et certains seraient désireux de réduire l'écart entre langage expert et langage profane : « on pourrait mettre de côté ce qui est jargonnant… concevoir les rapports de telle façon qu'ils soient ouverts, compréhensibles par le magistrat» (un psychiatre CDS).

Mais sans doute l'opération de simplification n'est-elle pas aussi facile à réaliser qu'on ne pourrait le souhaiter : derrière le « jargon » d'une psychiatrie loin d'être unifiée, voire marquée par des conflits théoriques importants entre tendance organiciste et orientation psychanalytique, se cache une diversité de références théoriques et des concepts au sens multiples en fonction des cadres de référence mobilisés :

« *Le jargon du psychiatre, ce n'est pas simple. C'est d'autant plus vrai que les cadres de référence des psychiatres varient, qu'il y a des querelles d'école… Un même terme n'a pas la même signification selon les cadres de lecture* » (un psychiatre CDS).

« *Certaines terminologies sont à double, triple, voire quadruple sens. Le terme psychopathe, par exemple, recouvre au moins deux significations différentes dans le champ psychiatrique… il faut savoir dans quelle optique et dans quel cadre de référence théorique s'inscrit le psychiatre qui rédige le rapport* » (un psychiatre CDS).

Ceci ne facilite évidemment pas la tâche des juges. Comme le soulignait avec une légère ironie un magistrat, « Au fond, il faut analyser le médecin pour comprendre la personne (diagnostiquée) ». Face à cette difficulté, certains souhaiteraient promouvoir un « langage commun ». Mais ici encore, cet idéal - qui, soit dit en passant est celui du projet DSM - , se heurte aux différences de conception et d'approches de la déviance en santé mentale ainsi qu'au caractère évolutif et morcelé du savoir psychiatrique. Le poids du facteur culturel en Belgique, un pays partagé entre deux communautés linguistiques dominées par des références culturelles différentes, complique un peu plus la donne :

« *Pourrait-on élaborer un vocabulaire commun pour éclairer les CDS ? Pourrait-on arriver à un accord entre experts pour choisir le même vocabulaire lorsqu'il s'agit de désigner une même réalité? Le problème est que le diagnostic n'est pas une essence figée qui existe en elle-même. C'est un outil pour soigner des gens et c'est un outil qui évolue. Il suffit de comparer les rapports d'expertise il y a 40 ans et maintenant. Ce ne sont pas les mêmes. Les diagnostics qui étaient tenus pour vrais il y a trente ans ne le sont plus aujourd'hui. Et aujourd'hui, les rapports des experts flamands et des experts francophones ne sont pas les mêmes* » (Un psychiatre SPS).

« *Créer un langage commun ? Je suis sceptique, parce que la psychiatrie n'est pas une science exacte, elle fait appel aux émotions des gens, chacun a des résonances personnelles… Tous les psychiatres ont leur définition du psychopathe, qui peut varier, on trouvera difficilement deux personnes qui ont la même définition.. et Dieu sait si, au-delà du consensus, ils parlent de la même chose* » (Un psychiatre expert).

Derrière la « Babel » psychiatrique se déploient donc des enjeux de fond. L'adoption d'un langage commun supposerait plus que probablement d'imposer derrière un consensus apparent une grille de lecture spécifique privilégiant une option théorique plutôt que l'autre. Ces enjeux refont d'ailleurs surface, dès lors qu'émerge le rêve d'une formation commune à l'expertise, susceptible de favoriser la création d'une culture uniforme et d'un langage commun plus facilement accessible aux tiers. Que mettre dans cette formation ? Là où l'un met l'accent sur des savoirs techniques, l'autre répond en termes de formation « ouverte », axée aussi sur les sciences humaines et sciences sociales :

« *On pourrait penser à la création d'une école de formation commune à l'échelle de la Wallonie, avec une formation à ce qu'est l'acte expertal, à l'évaluation. Il faudrait une formation en psychopathologie, en sexologie, en criminologie, mais aussi une formation à une clinique de l'altérité, c'est central : ces gens-là n'ont pas de sens de l'altérité, le sens d'autrui. A l'UPPL, on travaille comme cela, on a une grille de lecture de ce type... Y a-t-il moyen de développer ce type d'évaluation ? Je pense qu'on y gagnerait certainement par rapport à des expertises faites par des psychiatres…* » (Un psychiatre CDS).

« *Quels contenus introduire dans une formation ? On parle de clinique de l'altérité, c'est intéressant... mais il faudrait introduire des sciences humaines, de l'anthropologie, de la philosophie… Le terme altérité est intéressant : il n'appartient pas au registre des sciences exactes, il ressort de la philosophie morale… Il y aurait des réflexions à faire sur les frontières entre sciences humaines et sciences exactes* » (un psychiatre expert)

Si tant la simplification du langage que la création d'une formation commune apparaît difficile, ce n'est pas lié uniquement à la complexité intrinsèque du langage expert ou du choix des disciplines de formation à mobiliser en elles-mêmes. C'est aussi parce que derrière le double enjeu de cohérence et de simplification resurgit un conflit entre deux types de savoir qui s'affrontent, depuis la fin du XIXe siècle, dans le champ de la psychiatrie « prédictive ».

4.2.3. L'expertise psychiatrique en défense sociale : le conflit des paradigmes

Le retour des approches probabilistes : une revanche sur la clinique ?

Depuis ses débuts, l'idéologie de la défense sociale s'est construite sur fond d'un idéal de réduction des risques liés à la décision judiciaire. Si, comme le dit J. Carbonnier, toute décision de justice est « un doute qui décide »[62], l'objectif de la défense sociale sera de réduire l'espace du doute en adossant la décision judiciaire à la vérité de la science. Avec la naissance de la criminologie positiviste, au cœur des discours de l'anthropologie criminelle, la science sera très rapidement convoquée pour dépister, sur le corps du criminel d'abord, dans sa *psyché* ensuite, les signes de la dangerosité (Rafter, 1997).

Dans ce modèle de justice scientifique, l'expert apparaît comme le dépositaire d'un savoir sur la nature de l'individu dangereux dont on ne peut se passer. Si on n'ira pas, comme le proposeront certains, jusqu'à laisser les médecins décider à la place du juge au nom de leur savoir[63], il est clair que, dans les dispositifs de type défense sociale, l'expert psychiatre prendra une place essentielle en appui à la décision judiciaire dès qu'il est question de dangerosité. La place prise par l'expert psychiatre s'est faite sur fond d'un conflit de paradigmes, marquée à l'époque par la victoire d'une approche clinique sur une science probabiliste.

A la fin du XIXe siècle en effet, pour évaluer la dangerosité et éclairer les instances décisionnelles, deux démarches scientifiques vont s'affronter. D'un côté, une science probabiliste fondée sur des distributions statistiques et un calcul de probabilités, très présente dans la gestion collective ou la gouvernementalité sociale des problèmes de populations. De l'autre, une psychiatrie clinique à vocation herméneutique, compréhensive et relationnelle, soucieuse de considérer le justiciable comme « sujet » et non comme pur objet d'un savoir « actuariel » avant la lettre[64]. La fin de siècle est freudienne et le conflit se traduira par la victoire de la psychiatrie clinique.

Dans le fil de ce mouvement, le processus de décision en défense sociale sera dominé tout au long du XXe siècle en Belgique par l'expertise psychiatrique, donnant lieu à des échanges complexes et des rapports de pouvoirs subtils entre juges et psychiatres (van de Kerchove, 1983). Comme en France, la psychiatrie a été dominée en Belgique par une approche clinique, y compris dans le champ de la déviance. L'«Ecole de Louvain », avec la figure célèbre d'Etienne De Greef, a certainement joué ici un rôle important[65]. En défense sociale, les rapports de savoir et de pouvoir

62 Cité in A. Garapon, 2008, p. 118.

63 Revendication de Pugliese au second meeting de l'Association d'Anthropologie Criminelle en 1898, citée par M. Foucault (Foucault, 1978, 14).

64 Sur ce conflit d'approche, qui se double d'enjeux de concurrence professionnelle, tel qu'il se déploiera aux Etat-Unis à la fin du XIXe siècle, voyez N. Rafter, 2008. Voyez aussi Ch. Debuyst, F. Digneffe, A.P. Pires, 2008.

65 Sur E. De Greef et l'école de Louvain, voyez, e.a., Debuyst, Digneffe, Pires, 2008, pp. 275-299.

vont donc se nouer entre juges et psychiatres cliniciens, pour l'essentiel, deux catégories d'acteurs qui partagent un intérêt en partie similaire sur le rapport à la loi pour le sujet.

Ces dernières années, l'approche clinique est concurrencée par le retour des sciences évaluatives probabilistes qui se veulent plus objectives et plus efficaces dans la prédiction des risques. Fondés sur des dispositifs classificatoires, faisant appel à des logiques de *testing* et à des échelles de risque, ces types d'approche rompent avec la perspective clinique dominante jusqu'ici. Ce glissement dans l'expertise de la dangerosité, parfois associé au passage de la « dangerosité » au « risque « (Castel, 1983), est souvent analysé dans le monde anglo-saxon comme la revanche des sciences probabilistes sur les sciences déterministes, sur fond de déclin des sciences sociales et des approches cliniques de la déviance au profit d'approches « réalistes » centrées sur l'individu et le risque social qu'il représente (O'Malley, 2010).

La montée de cette « psychologie scientifique » se heurte toutefois à de sérieuses résistances dans le monde francophone où la culture psychiatrique reste dominée par les approches cliniques et l'analyse de la déviance par des modes d'explications « psycho-sociales ». En Belgique, cette dimension culturelle est mise en évidence par l'écart qui sépare les pratiques entre le Nord (néerlandophone) et le Sud (francophone) du pays : « dans la partie néerlandophone du pays, les experts psys utilisent les outils d'évaluation du risque et le font dès l'expertise de départ » (un Psychiatre CDS). C'est, semble-t-il, nettement moins le cas du côté francophone : dans cette partie du pays, les échelles de risque seraient restées « inconnues » jusqu'à la fin des années 1990, elles seraient plus utilisées depuis mais « rarement dans l'expertise de départ qui mène à l'internement, sauf quand il s'agit de l'UPPL » (Un psychiatre CDS). Or, on le verra plus loin, cette première expertise « de départ » est déterminante du parcours ultérieur de l'interné. Si le recours aux échelles de risque, emblème d'une approche prédictive largement dominante dans le monde anglo-saxon n'est pas absent, il ne semble pas généralisé et se heurte, chez nous, à certaines résistances.

Les sciences probabilistes : entre fascination et résistances

En Belgique francophone, des formes de résistance semblent exister au sein du monde de la psychiatrie « clinique » à l'égard des logiques probabilistes qu'incarnent les « échelles de risques ». D'un côté, les membres de la CDS, et notamment les magistrats mis en position de décideur, sont séduits : « Les échelles de risque ? Depuis un petit temps, dans les rapports, on voit apparaître ces échelles de risque, c'est très éclairant pour la commission. On devrait pouvoir compter dessus » (Une présidente CDS). Ils y voient une aide qui peut s'avérer précieuse dans l'évaluation du risque qui plane sur la décision de la Commission : «Depuis 2000, il y a l'article 20*bis* de la loi de défense sociale qui rend obligatoire le rapport spécialisé… J'ose espérer que ces rapports spécialisés mettront en lumière l'évaluation du risque qui est si importante dans la prise de décision de libération conditionnelle et dont les conséquences peuvent être si lourdes » (Une présidente CDS). Mais cet intérêt n'est pas unanime et les échelles de risque suscitent aussi, tant chez les membres de la CDS que parmi leurs interlocuteurs, une certaine méfiance et des résistances que l'on peut identifier autour de quatre nœuds problématiques : les représentations de la maladie mentale, la finalité du

diagnostic d'expertise, la fiabilité du savoir probabiliste et le problème éthique posé par le recours à une logique de risque qui fait l'impasse sur la question de la responsabilité.

Des conceptions différentes de la maladie mentale

La première ligne de fracture renvoie à la conception de la maladie mentale et à ce que la science peut en dire. Soit la maladie mentale est perçue comme une « essence », une réalité existante objectivable par la science et ses catégories. On a alors tendance à faire confiance aux catégories de la science pour identifier le « trouble » mental ou comportemental et à recourir aux instruments d'évaluation qu'un savoir scientifique « evidence based » peut proposer. La quête sera celle d'un diagnostic clair et tranché qui place implicitement une science plutôt sûre d'elle-même en position de décider. Soit, on adopte une posture plus constructiviste en considérant que la maladie mentale - tout comme la déviance - est un « état » aux contours plus fluides, dépendant également d'un processus de définition sociale lié à des éléments culturels et relationnels. Le statut du savoir scientifique est alors perçu comme plus incertain, relatif et évolutif, le diagnostic revendiqué comme construction dans la relation et l'échange :

« *Ça dépend de la conception que l'on a de la maladie mentale : soit on pense que c'est une réalité en soi, objectivable par la science et donc on croit au diagnostic scientifique. Les tests psychologiques ont alors leur sens…, soit on pense que le diagnostic se passe dans le relationnel, que c'est toujours de l'ordre d'une construction avec éléments culturels et relationnels qui jouent un rôle.. La fiabilité du diagnostic est moins assurée et les tests psychologiques n'ont pas d'intérêt* » (un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai).

La finalité du diagnostic d'expertise : éclairer ou décider ?

Le second motif de résistance renvoie à la finalité du diagnostic et à la place donnée à l'expertise dans le processus décisionnel. Pour l'expert clinicien, il s'agit de ruser avec une posture « d'expert en dangerosité ». Comme le disait Foucault, repris récemment par un psychiatre clinicien, cette position l'éloignerait de sa fonction première et le coincerait dans une posture de « bouc émissaire de la société qui se décharge sur lui de la tâche de décider au nom de la science pour ne pas avoir à juger au nom de la société »[66]. Même s'il est en position d'expert, le psychiatre clinicien reste clinicien avant tout, refusant d'être ramené à une position de pur agent de contrôle social. Sa mission est d' « éclairer » mais non pas de décider à la place du droit et de la justice. D'où l'idée de développer un diagnostic large, qui demeure dans les cadres de sa perspective clinique et qui propose aux autres intervenants un large réservoir leur permettant de puiser ce qu'ils cherchent :

« *L'expertise mentale est le reflet d'un discours clinique et doit le rester. C'est un discours clinique dans lequel chacun peut trouver son compte. Le psychiatre aboutit à des conclusions propres à sa discipline, mais les éléments cliniques permettent aussi aux autres intervenants de trouver les éléments qui leur permettent à chacun (magistrats, assistants de justice,…) de créer leur propre vision du cas et qui peuvent influencer leur*

66 M. FOUCAULT, Les anormaux, Paris, Seuil, 1999, cité in Deschietere, 2012, p. 30.

attitude. Par la suite, le magistrat doit décider, c'est quand même lui qui décide » (un psychiatre équipe soin en annexe et membre CDS).

Ceci permet de comprendre la méfiance à l'égard d'outils qui s'inscrivent uniquement dans une perspective de gestion actuarielle des risques, tout comme la critique plus ou moins larvée adressée à l'égard de ceux qui, utilisant des « diagnostics clairs », adoptent en fait une conception policière de l'expertise :

« *D'autres experts assènent des diagnostics clairs. Pour eux, la défense sociale, c'est d'abord défendre la société avant de soigner les gens. Ils se donnent mission de protéger la société contre des prédateurs. Ils y vont avec une mentalité de procureur… Je ne juge pas mais… Evidemment, c'est plus lisible* » (un psychiatre expert)

Les échelles de risque : quelle fiabilité à l'échelle de l'individu ?

Le troisième « nœud » renvoie à la fiabilité des approches probabilistes qu'implémentent les échelles de risque. D'un côté, plusieurs éléments plaident en faveur de l'utilisation de ces échelles. Un premier argument est d'ordre cumulatif : plus on a d'informations, mieux on sera outillés pour décider en évitant le risque d'erreur. A cet égard, les échelles apportent un savoir complémentaire sur le risque et il serait donc dommage de s'en passer :

«*Si on utilise les échelles de risque, l'échelle Static 99 par exemple, qui a été mise au point au Canada, on a des outils qui permettent d'évaluer le risque » (un psychiatre CDS). « Il faut essayer de mettre le plus de chances de son côté et donc, les échelles de risque, améliorer la qualité des expertises, c'est intéressant* » (Un psychiatre expert).

Par ailleurs, ces échelles sont plus souples qu'on ne le pense. Evolutives, elles sont susceptibles d'intégrer, au côté de facteurs « statiques », des variables « sociales », voire « cliniques » qui permettent d'affiner le dispositif prédictif : « Je pense à l'échelle HCR20 : elle contient des items plus cliniques liés au mode de fonctionnement de la personne. L'évaluation se fait aussi en fonction du projet mis en place. C'est une évaluation plus structurée qui tient compte de facteurs statiques et de facteurs plus contextuels, liés à la personne » (Un psychiatre CDS, directeur d'une institution accueillant des internés libérés à l'essai).

Si donc l'usage de ces échelles ne semble pas généralisé, elles sont cependant utilisées par certains, sans doute plus par les équipes SPS, à titre de savoir complémentaire, en soutien des approches biographiques, contextuelles et autres tests projectifs :

« *On a quand même la réalité du dossier judiciaire. On essaye de rencontrer les familles, le SPS fait une recherche biographique, on essaye de mettre le passage à l'acte dans son contexte (lieu, moment, etc.). Une évaluation psychologique est réalisée à l'aide de tests projectifs : Rorcha, Zondi, Tat, skit, … On utilise aussi les échelles de récidive dans un certain nombre de cas. On utilise fréquemment l'échelle de psychopathies, dans 50% des cas pour des schizophrènes avec traits antisociaux marqueurs de dangerosité. En fonction de l'évaluation, on met ensuite en perspective la trajectoire de réinsertion et on essaye d'éclairer les décisions de la*

CDS par ces analyses longitudinales pour limiter au maximum les risques de récidive et de passage à l'acte... » (un psychiatre SPS).

Mais à l'inverse, on souligne aussi les limites de ces échelles : « les échelles de risque, en soi et envisagées seules, ça ne vaut pas grand-chose » (Un psychiatre CDS). Comme les autres types de supports, ces échelles ne proposent qu'un savoir relatif, lequel ne donne aucune garantie de prédictibilité fiable à 100 % et ne prémunit pas contre les erreurs. Deux arguments sont ici avancés. D'abord, de manière générale, l'humain n'est pas prédictible. Ce constat là vaut pour la science comme pour la justice ; dans les deux cas, il y a un pari, une prise de risque qu'il faut assumer sans se réfugier dans une « pensée magique » qui parerait la science d'un savoir qu'elle n'a pas :

«*En sciences humaines, la prédictibilité n'est pas garantie. Nous sommes aujourd'hui le 23 mai, et on peut prédire que demain, ce sera le 24 mai… mais avec l'humain, on ne peut pas prédire ce qui se passera ; l'humain, c'est un machin complexe et non-prédictible…* » (Un psychiatre expert).

« *Les outils d'évaluation ne sont pas des outils magiques, ils ne permettent pas de prédire ce qui va se passer. Il n'y a aucun moyen, ni pour le juge, ni pour le psychiatre, d'être sûr de ne pas commettre d'erreur. C'est la même chose pour la médication, elle ne donne pas de garantie absolue, elle ne permet pas de dire qu'on va d'office éviter la récidive. Il faut éviter la pensée magique* » (un psychiatre CDS)

Ensuite, le problème de fiabilité de ce savoir prédictif est intrinsèquement lié à son mode de construction « collectif » et au hiatus susceptible d'exister entre la catégorisation proposée en termes de « profils » et la trajectoire personnelle d'un individu. C'est ici le passage du collectif au singulier qui est problématisé. Le savoir statistique mobilisé travaille en effet à la catégorisation de « groupes » construits à partir du croisement de variables multiples. Or, si « un certain niveau de performance classificatoire » peut être obtenu pour « déterminer des groupes à risques » (un psychiatre, directeur d'un établissement accueillant des internés libérés à l'essai), ce niveau reste relatif : d'une part, ces échelles ne sont pas infaillibles, d'autre part, elles ne permettent pas nécessairement de prédire la dangerosité personnelle d'un individu qui ne se réduit pas à la somme des variables classificatoires mobilisées dans la construction des échelles de risque :

« *Attention, ce n'est qu'une évaluation et les échelles des risques travaillent sur l'ensemble de la population. Elles permettent de catégoriser des groupes de population. Ça ne permet pas de prédire l'évolution d'un cas précis, il ne faut pas croire que c'est précis… Il ne faut pas s'étonner qu'une personne évaluée non dangereuse récidive ou qu'une personne évaluée dangereuse ne récidive pas…* » (Un psychiatre CDS).

«*Ça sert à l'échelle de la population. Si on l'utilise systématiquement, on atteint un certain niveau de performance classificatoire. On peut déterminer des groupes de personnes à risque. C'est un outil statistique... Mais ce type d'évaluation, ça reste un pari… Il y a des marges d'erreur sur la population, puis sur les groupes…, Ça produit des erreurs d'une telle grandeur que la prédiction individuelle est nulle* » (Un psychiatre CDS).

La construction de « profils de risque » : une question éthique

Ce type de savoir pose aussi un sérieux problème éthique, puisqu'il soumet la décision relative à un individu non à sa trajectoire individuelle mais à un « profil de risque » externe, établi en fonction de diverses variables individuelles et sociales. Si ce type de construction peut se comprendre dans une perspective prioritaire de défense sociale, il heurte le juriste dont tout l'univers mental est construit autour d'un principe de responsabilité individuelle, qui se trouve ici purement et simplement évacué :

« *Le recours aux statistiques, chez les anglo-saxons, c'est très fort utilisé. On devrait peut-être s'inspirer de ça. Là-bas, on fait appel aux statistiques et aux caractéristiques sociales des personnes pour fixer la longueur de la peine : vous êtes noir, sans parents, sans logement, la peine sera plus longue parce qu'on sait que, statistiquement, le risque de récidive est beaucoup plus important. Diverses choses sur lesquelles la personne n'a pas de prise sont prises en considération. Le fait d'avoir ou ne de pas avoir de l'argent… D'un autre côté, si on pense à la protection de la société, si on sait le danger pour la société, pourquoi ne pas se protéger ? Il faut être sûr qu'une sortie soit bénéfique, que les conditions soient réunies… Si on libère dans de mauvaises conditions, le risque de récidive est plus grand, c'est sûr. Et on sait aussi que si la sortie est loupée, il n'en aura pas une deuxième… Mais d'un autre côté, c'est indéfendable philosophiquement. Moi, ça me heurte énormément : « vous êtes mal logé, vous n'avez pas de boulot, vous n'avez pas d'argent, etc., donc…* » (un président de CDS).

La crainte de certaines dérives n'est sans doute pas sans fondement. Castel soulignait que, derrière le passage de la « dangerosité » au « risque » se logeait le souci d'un idéal de prévention parfaite qu'ont incarné les projets de stérilisation et d'eugénisme à la fin du XIXe siècle (Castel, 1983). Derrière le retour de la figure du risque dans le champ de la déviance un siècle plus tard, cet idéal n'est sans doute jamais très loin, même s'il se traduit derrière des signifiants nouveaux :

« *Une question qui n'a pas du tout été abordée, c'est l'hormonothérapie ou la castration chimique. Je pense que dans certains cas de paraphilie sévère et récidivante, on pourrait proposer ce type de traitement, ça permettrait parfois de redonner un avenir à des personnes internées qui a priori n'en ont plus, pour lesquelles l'avenir est fermé… A nouveau, ce n'est pas un remède magique, mais quelques fois, ça peut se justifier et avoir une certaine efficacité* » (un psychiatre CDS)

Succession d'expertises, absence de fil rouge et contenus contradictoires entre les divers rapports, langage peu accessible et ouvert à des interprétations multiples, au total, les membres de la CDS soulignent « l'extrême fragilité de tous les éléments dont dispose la commission pour prendre une décision, la fragilité des rapports psychiatriques » (Une présidente CDS).

4.3. L'octroi (ou non) de la libération à l'essai : critères décisionnels et jeux d'acteurs

Munie de diverses informations récoltées en amont, la CDS est amenée à décider l'octroi ou non d'une libération à l'essai. Celle-ci peut soit être prononcée d'office, soit être demandée par le

procureur du Roi ou par l'interné, « lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies » (art. 18 de la Loi de défense sociale). La loi ne prévoit pas de délai minimal préalable à l'introduction d'une demande mais précise qu'en cas de rejet d'une demande de libération, l'interné ne peut renouveler sa demande avant l'expiration d'un délai de 6 mois (art. 18). Ce sont donc *a priori* des critères exclusivement liés à l'état mental de l'interné qui justifient l'introduction de la demande.

Expression d'une logique décisionnelle caractéristique du modèle *Welfare*, la CDS n'est donc pas une instance spécifiquement judiciaire : c'est bien un organe de type administratif mixte, associant les pouvoirs judiciaire et médical et assisté d'un avocat. Si le parquet n'est pas officiellement « membre » de la commission, il est entendu par la commission. Son rôle à d'autres stades de la procédure - par exemple en cas de rechute pendant la libération à l'essai et de décision de réintégration de l'interné - en font manifestement un interlocuteur privilégié. L'avocat du patient, enfin, joue également, en principe du moins, un rôle à l'audience. On voudrait ici, dans un premier temps, éclairer les jeux d'acteurs tels qu'ils influencent un processus de décision perçu par les acteurs comme « consensuel » (1). Dans un deuxième temps, on s'arrêtera sur les critères pris en compte par la CDS pour décider de prendre ou non le risque d'une libération à l'essai (2).

4.3.1. La décision en Commission de Défense Sociale : une approche consensuelle

De manière générale, la décision prise en CDS apparaît comme consensuelle. Par delà la séparation des rôles, une culture commune semble se créer entre les décideurs, qui permet à la CDS de décider de manière collégiale. Si le processus décisionnel ne semble donc pas ouvertement marqué par une logique du conflit, il n'est pas pour autant à l'abri de rapports de pouvoir implicites qui pèsent sur la décision.

Un processus de décision collégiale, en rupture avec la logique « adversariale » du modèle judiciaire

Avant d'analyser le processus de décision, un préalable doit être rappelé : s'il existe une loi de défense sociale et un dispositif légal de prise en charge, le champ des pratiques est inévitablement marqué par une grande diversité. La pratique des CDS n'échappe pas à la règle : il y a plusieurs CDS, dont le fonctionnement n'est pas identique. De même, au sein d'une même CDS, plusieurs magistrats de formation différente sont susceptibles de se succéder pour exercer la fonction de président. Ceci débouche sur des modes de fonctionnement différents, soulignés par les intervenants :

« *Il y a des approches très différentes, même dans la tenue de l'audience. Le président est parfois un juge de paix, parfois un président de Cour d'Appel, parfois un juge au tribunal correctionnel, ce sont des sensibilités différentes. À la CDS de Bruxelles, il y a 5 magistrats différents qui tournent* » (une avocate)

« *Ce serait intéressant de réunir les différentes CDS du pays, parce qu'on fonctionne différemment d'une CDS à l'autre et en Flandres aussi il y a des différences. Il y a une même loi, mais…* » (Une avocate)

Cela dit, sur papier, la CDS s'organise autour de trois rôles distincts censés représenter des intérêts différents et complémentaires : « La CDS a une double fonction : assurer le suivi de l'interné et la défense de la société. Les trois membres ont chacun leur rôle : l'avocat est plus proche de la défense des droits, du sort de l'interné mais aussi des victimes ; le médecin psychiatre a un rôle explicatif; le président est là pour prendre la décision… » (Une présidente CDS). *A priori*, la répartition des rôles et des fonctions est claire. Dans la pratique, les écarts s'atténuent sensiblement. De manière unanime, les intervenants soulignent en effet le caractère « consensuel » - c'est le terme le plus souvent évoqué - du processus de décision. En CDS, les membres se connaissent. Ils partagent en gros les mêmes objectifs et, au fil du temps, il se dégage une culture commune qui favorise un mode de décision partagée. Sur un dossier spécifique, parfois largement « débroussaillé » par le secrétaire de la CDS dont on souligne le rôle important, on entend l'avis du parquet et celui de l'avocat de la défense, le psychiatre ou le directeur de l'institution d'internement. Le psychiatre de la commission est sollicité pour éclairer le dossier du point de vue médical, on discute... et la décision se prend à huis clos de manière collégiale, en pondérant défense de la société et intérêt de l'interné :

« *A Bruxelles, il y a 5 présidents, 5 avocats, une commission bilingue, avec une présidence tournante. On a des dossiers francophones et néerlandophones. Globalement, c'est consensuel. On se connaît aussi, on sait à qui on a affaire, c'est humain tout simplement, il n'y a rien de monolithique* » (un membre du parquet).

« *Le fonctionnement en CDS est-il consensuel ? L'atmosphère, chez nous en tout cas, est tout à fait consensuelle. La CDS est une chambre collégiale et je n'imagine pas comment elle pourrait fonctionner si elle était sans arrêt en conflit. Parfois, il y a des avis différents, mais on en discute et puis on décide, quitte à utiliser la règle de la majorité, mais je n'ai pas le souvenir d'y avoir eu recours. Si on est plutôt à deux contre un, on obtient souvent le consentement du troisième, même si c'est au prix d'une discussion longue et ardue* » (une présidente de CDS).

« *Je vais confirmer ce qui a été dit sur la CDS : on fonctionne au consensus et le consensus, je l'élargirais au-delà des trois membres : dans la plupart des cas une décision se dégage, même avec l'avocat. Ça se comprend, parce que quand il y a un cas à risque, qui va se maintenir seul contre tous ? C'est plus confortable moralement de se ranger au consensus qui se dégage… Si un élément manque, on va demander un éclaircissement pour que tout le monde soit apaisé par rapport à la décision* » (un président de CDS).

La culture du consensus semble à ce point prégnante qu'elle déteint sur les acteurs extérieurs à la CDS qui sont le plus étroitement liés au processus de décision. L'avocat de la défense ne développe que rarement des conclusions, l'avis du parquet n'est pas un réquisitoire et le psychiatre de la commission doit accepter de tempérer sa fonction première de soignant et de faire place à la dimension de contrôle social qui porte la CDS :

« *C'est extrêmement rare que des avocats développent des conclusions. Les avocats ne sont pas nos adversaires à nous, membres de la commission. Au cours CAPA, à Namur, on l'apprend très vite, on dit aux avocats : « vous n'êtes pas l'adversaire du ministère public* » (une avocate).

« *La Commission décide ensemble sur base d'avis divers, qui sont mis sur le même pied, y compris l'avis du parquet qui n'est pas un réquisitoire. Quand on délibère, l'avis du procureur du Roi rejoint généralement les objectifs de la Commission dans la décision qui doit être prise* » (une présidente de CDS).

« *On ne travaille pas dans la DS si on n'a pas une vision de l'ordre de la société. Pour moi, un psychiatre qui travaille en défense sociale ne peut pas se retrancher uniquement derrière sa seule fonction médicale, sa déontologie, son cadre de référence théorique, sa méthodologie. S'il est là, c'est aussi qu'il a envie d'œuvrer et d'assumer une responsabilité à l'égard de l'ensemble de la société* » (un psychiatre CDS).

La culture commune qui se crée entre des intervenants, assez peu nombreux, qui finissent par se connaître, peut aussi avoir des effets sur la lecture d'une situation et ses évolutions. Lorsque plusieurs intervenants se revoient régulièrement sur un même dossier, qu'ils échangent leurs points de vue à intervalles réguliers, partagent les analyses, une dynamique se crée à travers l'échange. Celle-ci peut créer une quête commune de solution qui infléchit la lecture générale de la situation de l'interné : « On fonctionne par consensus. On voit le dossier évoluer au fil du temps vers la libération… La question devient pour la commission de savoir « comment on peut le libérer »… On a envie que la dynamique soit positive et on a tendance à oublier les faits, ce qui s'est passé… Il y a une sorte de dynamique qui s'est installée, une volonté, y compris du corps soignant, de voir les choses du bon côté… » (Un président de CDS).

En défense sociale, on est donc très loin de la culture « adversariale » propre au monde judiciaire, avec une claire répartition des rôles et séparation des fonctions. Comme le souligne un avocat, « la CDS, ça fait partie du monde judiciaire, mais on y fait tout sauf du droit ». Aussi, dans cette ambiance où tout se décide à l'amiable, un certain nombre de principes garantistes propres à la logique judiciaire semblent ne pas résister. Secret professionnel de l'avocat, séparation des rôles entre « soin » et « expertise » pour le psychiatre, cumul éventuel des rôles dans le chef du magistrat président constituent autant de zones de flou, là où la logique judiciaire impose le respect de règles plus tranchées :

« *Le secret professionnel ? Un avocat ne peut pas trahir le secret professionnel, le conseil de l'ordre est très clair là-dessus. Est-ce différent en matière de défense sociale ? Non, il n'y a pas un mot là-dessus. Dans la pratique, il est clair pourtant que je trahis mon secret professionnel plusieurs fois par jour, sinon il est impossible de travailler*... » (un avocat).

« *On m'a reproché de porter à la fois la casquette de psychiatre soignant en annexe psychiatrique et celle de médecin membre de la CDS. Mais la loi a prévu que les CDS soient créées auprès des annexes psychiatriques de prison et les psychiatres de ces annexes ont été désignés d'office pour siéger dans les commissions. Je suis un héritier de cette situation. Moi, je fais la synthèse du dossier médical… Evidemment, on pourrait dire qu'il y a 'préjugé'…* » (un psychiatre équipe de soin et membre CDS).

« *Ça peut d'ailleurs aussi être le cas pour le magistrat qui siège en CDS. Ça peut être le même qui fait des ordonnances d'internement et puis qui siège… L'avocat de la commission est le seul en principe à ne pas être partie à l'affaire* » (un psychiatre équipe de soin et membre CDS).

Derrière le consensus, des rapports de pouvoir informels

Derrière le consensus, on semble donc s'accommoder en CDS de certaines entorses qui, dans d'autres cénacles, « seraient motifs à cassation » (une avocate à propos du magistrat intervenu en amont qui ne se désisterait pas en CDS). Comme le remarque un psychiatre, « une culture commune, ça peut être bien, mais ce n'est pas toujours rassurant ». On touche ici aux limites d'un modèle de justice administrative propre à la logique de défense sociale dont la souplesse sera, dès sa mise en œuvre, critiquée pour ses lacunes en droit.

Outre un rapport particulier à la règle, c'est aussi que, derrière le côté collégial, se déploient des rapports de pouvoir informels, liés au savoir des uns, au statut implicite des autres. Ainsi, le rôle du psychiatre de la Commission en tant que représentant du savoir médical reste essentiel pour les autres acteurs de la CDS. C'est le psychiatre qui peut décoder pour les autres membres les informations contenues dans les rapports psychiatriques, c'est lui qui permet à la Commission d'éviter de jouer « à l'apprenti sorcier » et de rassurer ses membres dans la quête toujours improbable de la « vérité » du cas, ici synonyme de bonne décision à prendre : « nous, les juristes, sommes à la recherche d'une utopie qui est la vérité judiciaire. On ne peut pas s'empêcher de rechercher cette vérité qui passe par les avis médicaux » (une présidente CDS). Aussi, « dans certains cas, l'avis du psychiatre est prédominant parce qu'il sait de quoi on parle » (un avocat). Dans d'autres, « si l'avis du psychiatre est nuancé, on va freiner parce qu'on a besoin d'être conforté par le psychiatre » (une avocate). Le savoir du psychiatre, appuyé sur le discours de la science, rassure. Ceci explique aussi la crainte régulièrement exprimée devant la réforme introduite par la loi de 2007 qui remplace la CDS par le Tribunal d'Application des Peines (TAP) sans plus prévoir la présence d'un psychiatre au sein du TAP.

De même, la fonction de « décideur » est régulièrement associée au magistrat qui préside la CDS, comme si ce dernier restait investi du pouvoir décisionnel final. Si « le médecin psychiatre a un rôle explicatif, le président est là pour prendre la décision… » (Une présidente CDS). Rien dans la loi ne réserve *a priori* un rôle de décideur prioritaire au magistrat qui préside la CDS : l'article 18 de la loi envisage un processus décisionnel collégial, sans aucunement préciser une quelconque prépondérance du magistrat. Il semble néanmoins que le rôle habituel du magistrat pèse sur les représentations de sa fonction en CDS. Peut-être cette représentation est-elle aussi amplifiée par le dispositif de « l'ordonnance présidentielle », laquelle permet au magistrat de prendre une décision seul qu'il fait ensuite ratifier en audience par la CDS.

Derrière le consensus, les rapports de pouvoir informels semblent donc bien se maintenir, ce que souligne encore la perception du rôle des avocats de la défense régulièrement - mais pas toujours - associés à des « pots de fleurs », qu'on leur reproche de ne pas assumer leur rôle de défense ou qu'ils estiment ne pas être en mesure de le faire. Mais si c'est le cas, le contexte de travail difficile en atténue clairement la perception chez les intervenants. Ceux-ci ne vivent pas leurs relations de travail sous l'angle des conflits de pouvoir. Travaillant sur les bords ultimes du social, parant au plus pressé, le conflit de pouvoir serait un luxe qu'ils ne peuvent se permettre :

« *Intérêts professionnels, conflits de pouvoir ? Ça n'existe pas au sein de la Commission, on n'y a pas de pouvoir ou d'intérêts, on fait son métier comme on peut dans des conditions abominables, ça ne donne aucun avantage, aucun intérêt. On recoud les blessures avec du fil à pêche. La défense sociale, c'est le dernier recours après le dernier recours, c'est la misère la plus totale et du côté des auteurs et du côté des victimes. On a aucun moyen ou à peu près, alors les conflits de pouvoir ou d'intérêt, c'est au moins un danger que nous ne courrons pas !* » (Une présidente de CDS)

4.3.2. Les critères d'octroi de la libération à l'essai : minimiser le risque de récidive

La libération à l'essai est d'abord associée à une « prise de risque » sous contrôle. Il s'agit de tenter quelque chose, sans garantie ultime de réussite, tout en minimisant les risques de rechute : « Il s'agit bien d'une libération « à l'essai » au sens le plus plein du terme : on prend le risque à l'essai pour voir ce que cela va donner... Quand on est en défense sociale, il faut bien utiliser les vertus du système qui prévoit cette possibilité, même au risque de la récidive. Si on ne prend pas ce risque à ce moment-là, on ne sortira jamais ces personnes-là de défense sociale » (un psychiatre CDS). Pour la CDS et les acteurs qui l'entourent, la question est bien d'abord celle du risque calculé que l'on prend, pour autrui et pour soi-même, en termes de responsabilité. Quoique puissent en penser certains, le poids du risque est constant : « J'ai entendu un conseiller à la Cour de Cassation dire que le problème aujourd'hui, c'était de prendre des risques. Et bien, s'il n'ennuie à la Cour de Cassation, je lui propose de venir un peu chez nous… Des risques calculés, on en prend tous les jours » (un Président de CDS).

Pour évaluer le risque, les membres font partiellement appel « à leur instinct, à leur expérience ». Le risque est ici associé à une question de confiance : « La question de la confiance est centrale et la comparution de la personne est cruciale à cet égard. Pour moi, la question est : 'Avec tous les éléments dont je dispose, est-ce que je peux lui faire confiance ?'. Je lui signale que je m'engage et je lui demande si je peux lui faire confiance… » (Un président de CDS). Mais dans cette évaluation du risque, la CDS a également recours à différents facteurs de risques qui peuvent s'analyser comme autant de critères de confiance favorisant la libération ou non. A cet égard, un certain nombre d'indicateurs semblent jouer un rôle prépondérant : la gravité des faits, le contenu du rapport d'expertise initial, la prise en charge à l'extérieur par une structure hospitalière relais, le caractère a priori incurable de certains patients. En mineure, d'autres éléments pèsent, en sens divers, sur l'état d'esprit des membres de la commission : ainsi un échec antérieur, le poids du contexte sécuritaire ou la place de la victime peuvent freiner la libération ; à l'inverse, le délabrement des annexes psychiatriques et l'apparition, avec le temps, d'un « syndrome de Stockholm » (inversé), peuvent pousser la CDS à tenter une libération à l'essai.

Les critères prépondérants d'évaluation du risque : de la gravité des faits au caractère (in)curable de l'interné

La gravité des faits : un indicateur prioritaire de dangerosité

En principe, la loi de défense sociale fait dépendre la décision de libération de l'interné de l'amélioration de son état mental et des conditions de sa réadaptation sociale (art. 18 de la loi de Défense Sociale). La loi originaire de 1930 prévoyait des seuils de durée pour l'internement en fonction de la gravité de l'acte - 5 ans, 10 ans et 15 ans -, seuils susceptibles d'être prorogés, mais cette durée indéterminée « relative » a été remplacée en 1964 par le principe d'une durée indéterminée « absolue » (sans aucun seuil donc)[67], aucune référence à l'acte et à sa gravité comme critère de la durée de l'internement n'étant plus prévue. La loi de défense sociale s'écarte donc un peu plus encore, sur ce point, de la logique pénale qui domine la pénalité classique : au « droit pénal de l'acte » fondé sur les principes de culpabilité, de légalité et de proportionnalité de la peine, s'oppose ici un « droit pénal de l'agent », centré essentiellement sur la « dangerosité » de l'auteur comme critère du contrôle social, de son intensité et de sa durée.

Dans la pratique, les liens entre « culpabilité » et « dangerosité », droit pénal de l'acte et droit pénal de l'agent s'avèrent néanmoins plus complexes. Chassés par la porte, l'acte et sa gravité reviennent par la fenêtre comme critères de la décision de libération. Avec le premier rapport d'expertise, la gravité de l'acte commis est régulièrement citée comme le premier élément sur lequel se penchent les acteurs de la CDS tous acteurs confondus - ainsi que le parquet - pour évaluer la situation de l'interné. Décider du sort de l'auteur d'un meurtre ou de celui d'un vol mineur, ce n'est pas la même chose et le risque de récidive n'a pas la même portée :

« *Sur quoi se penche d'abord la CDS lorsqu'elle doit décider d'une libération à l'essai ? Dans la Commission que je préside - il semble qu'il existe des pratiques différentes - la première chose que l'on regarde, c'e*st *la gravité des faits et ensuite le rapport psychiatrique de base…Il y a des gens internés pour rébellion aux forces de l'ordre et puis d'autres qui ont tué des personnes… Ce n'est quand même pas la même chose* (une présidente de CDS).

« *Ce que je retiens d'abord comme éléments ? En tant que procureur du Roi, je suis au service de la protection de la société. C'est donc la gravité des faits qui retient d'abord mon attention, qu'il s'agisse de m'opposer ou non à des sorties ou, surtout, à une libération à l'essai. Parfois, on interne pour moins que rien, un vol de voiture, etc. Mais quand il y a abus sexuel, c'est autre chose…* » (un autre membre du parquet).

Si l'examen des faits paraît essentiel, c'est, comme le souligne une avocate, que « la nature du fait est une composante essentielle de la dangerosité » et que le type de fait commis pèse sur le délibéré comme « facteur d'appréciation de la dangerosité » (un psychiatre CDS). Au fond, le risque de rechute se construit implicitement sur le modèle pénal de la récidive « spéciale » : c'est bien le risque de commettre à nouveau le même type de crime ou délit que celui qui a mené à l'internement qui est évalué.

67 M. van de KERCHOVE, Les avatars de la loi belge de défense sociale, in Cartuyvels, Champetier, Wyvekens, 2010, p. 27.

S'il est intrinsèquement subordonné au facteur « dangerosité », le retour de l'acte est néanmoins plus ambigu : pour certains, il cache mal la persistance d'un calcul rétributif de nature « pénale » qui contribue à formater la durée de la mesure d'internement. C'est ainsi que certains s'étonnent, à propos du cas d'Alberto, d'une « libération extrêmement rapide… qui choque par rapport à la gravité des faits » (un membre du parquet). Pourtant, comme le relèveront d'autres, cette approche rétributive ou punitive n'entre pas dans la logique de la défense sociale : «La libération a été rapide ? Oui, mais la défense sociale est là pour préserver la société, pas pour punir » (Une présidente CDS). La « médicalisation » à des fins de défense sociale du statut de l'interné est en principe la contrepartie d'une « dépénalisation » de son acte et de la mesure de sûreté envisagée (van de Kerchove, 1981, 1-23). Il n'empêche, les deux logiques – rétributivisme pénal et défense sociale - s'entrecroisent sans doute plus dans la pratique que ce que la logique des textes ne voudrait le laisser entendre :

« *Le rapport entre la longueur de l'internement et la gravité des faits… Faut-il proportionner ? C'est vrai qu'on est influencés si on sait que c'est un homicide… Mais pourquoi faire durer nécessairement l'internement si ce n'est pas nécessaire ? Si quelqu'un a commis un acte dans un état psychopathologique grave mais qu'il est guéri, il pourrait sortir aussitôt ou rapidement…* » (un psychiatre CDS)

Le contenu du rapport d'expertise initial : un poids prépondérant, une qualité variable

Ici encore, les intervenants sont unanimes. Avec la gravité des faits, le rapport d'expertise initial joue un rôle prépondérant dans le délibéré portant sur la décision d'octroi ou non de la libération à l'essai. Deux motifs semblent expliquer ce choix : d'abord, le rapport initial est lu prioritairement « parce qu'il est contemporain des faits justement » (un membre du parquet) et qu'il permet de se faire une idée de la pathologie ayant mené à l'acte commis : « La première chose que l'on regarde, c'est la gravité des faits et ensuite le rapport psychiatrique de base, celui qui a justifié l'internement pour cerner le plus rapidement possible le diagnostic, savoir de quoi la personne souffre et comment ça s'est manifesté » (une présidente CDS).

On lit donc prioritairement le premier rapport, parce qu'il éclaire la pathologie qui a mené à l'acte. Cette lecture sera aussi complétée par celle du dernier rapport d'expertise qui fait le point sur l'état actuel de l'interné. La combinaison des deux rapports permet de faire le point sur l'état psychique de l'interné et son évolution en regard du trouble initial, perçu comme facteur potentiel de récidive : « souvent, j'ai 20 dossiers sur une après-midi. Il ne m'est pas possible de lire tous les rapports pour chaque dossier, je n'ai pas le temps. Je regarde les faits, le premier rapport et le dernier. Ces deux-là sont les plus importants » (un président de CDS).

On le voit, la lecture de ces deux rapports s'imposent aussi en raison de contraintes matérielles : l'agenda de la CDS oblige, à l'audience, à ce centrer sur l'essentiel. Ceci explique à rebours l'intérêt plus relatif pour les rapports d'expertise intermédiaires, lesquels sont lus « dans la mesure du possible ». La lecture de ces divers rapports, souvent contradictoires, demanderait un temps que l'on n'a pas à l'audience et les rapports de tutelle sociale, présentés par les assistants de justice à

l'audience, donnent suffisamment d'informations sur l'état actuel de l'interné pour compenser le black-out sur les rapports intermédiaires :

« *Prendre connaissance de tous les rapports intermédiaires ? C'est vrai que c'est long et que ça demande du temps. Mais les rapports de tutelle sociale sont présentés oralement par les assistants de justice, ça compense. Ils nous disent si tout va bien ou alors ils tirent la sonnette d'alarme…* » (une présidente de CDS).

L'influence du rapport d'expertise initial soulève aussi la question de sa qualité. Dans la mesure où ce rapport va « influencer toute la trajectoire ultérieure de l'interné…, qu'il l'étiquette pour tout le parcours en défense sociale » (un avocat), sa rédaction et l'expertise dont il est le compte-rendu sont d'une importance capitale. Or, très régulièrement, la qualité du travail d'expertise initiale est perçue comme très inégale, faut de temps, faute de moyens ou d'investissement :

« *Les expertises psychiatriques varient d'une entrevue de 10 min à plusieurs entrevues de plusieurs heures, la qualité est très variable. On voudrait une observation qui se passe dans la durée… Avec la mise en observation en annexe, la possibilité est prévue par la loi de procéder à une expertise dans la durée, permettant de prendre le temps, de faire des rapports circonstanciés…Mais on ne le fait pas, parce qu'on en n'a pas les moyens ; les annexes débordent de partout* » (un membre du parquet).

De là une demande régulièrement formulée de création d'un « centre d'observation pénitentiaire » qui permettrait de répondre à ce problème de qualité. Trop souvent, l'expertise se résume « à deux, voire trois courts entretiens d'un quart d'heure au sein d'un établissement pénitentiaire, dans un petit cagibi » (un avocat). A cet égard, on rappellera que c'était bien la vocation première de l'annexe psychiatrique, laquelle a été détournée de sa fonction première.

Les possibilités de relais et de soins à l'extérieur

Dès lors qu'il s'agit de libérer l'interné « à l'essai », la CDS souhaite entourer l'interné d'un « cadre » structurant qui limite le risque de dérapages. Relâcher un interné dans la nature, sans logement ou sans liens avec le monde médico-social, semble un pari voué à l'échec. Il apparaît donc essentiel, dans un premier temps, de mettre l'interné en contact avec des structures de soin psychiatriques. Dès lors, la disponibilité d'une institution extérieure à prendre en charge l'interné ou non joue un rôle essentiel dans la décision : « La personne arrive chez nous parce qu'on a accepté leur candidature et que cette acceptation en amont de la décision pèse sur la décision de la CDS. La CDS se dit « puisqu'ils ont accepté, on prend une décision favorable à la libération à l'essai » (Un directeur d'une institution accueillant des internés libérés à l'essai). L'analyse est confirmée par une président de CDS : « Il y a des listes d'attente de deux ans pour sortir des EDS. Toute offre d'un établissement privé est reçue très positivement ! » (Une présidente de CDS).

Le problème est que les institutions de prise en charge intermédiaires sont très réticentes face à des internés stigmatisés par leur étiquette « défense sociale » : « il est très compliqué de mettre en place un projet pour un libéré à l'essai qui va quitter l'annexe ou l'EDS. La plupart des structures refusent de prendre en charge, sauf, par exemple, la résidence X dont vous parliez… » (Un avocat) et que souvent, les structures intermédiaires comme les MSP (Maisons de Soins Psychiatriques) sont très

réticentes à prendre des patients qui viennent de l'EDS : Ils préfèrent des patients qui sortent d'hospitalisation. Parfois, il faut prévoir un sas qui permette d'envisager la réinsertion dans le réseau psychiatrique normal » (un psychiatre SPS).

Pour répondre à cette difficulté, certains hôpitaux psychiatriques ont créé une structure hospitalière de transition destinée à jouer le rôle de « sas » entre l'internement et la réinsertion dans un circuit de soin, puis dans la société : « Ce sont les mêmes patients, mais les institutions ne sont pas très ouvertes aux internés. Pourquoi leur refuser l'accès aux soins alors qu'ils sont déjà assez stigmatisés par leur statut ? C'est pour cela qu'on a créé des projets pilotes depuis 2001, dans une structure hospitalière où les internés sont mélangés aux autres » (un médecin directeur d'une institution accueillant des internés libérés à l'essai). Cependant, une difficulté est ici que les structures psychiatriques qui acceptent de jouer ce rôle d'intermédiaire posent elles aussi des conditions qui ont pour effet d'exclure un certain nombre d'internés : « Pour ceux qui sont libérés à l'essai, nous avons 5 critères d'exclusion pour le trajet de soins internés : l'existence de la paraphilie comme problématique principale ; la dépendance à une substance comme diagnostic principal ; un retard mental de modéré à sévère (un QI en dessous de 60 entraîne normalement l'exclusion mais pas toujours) ; une personnalité antisociale ou psychopathe ; une condition psychiatrique liée à une maladie somatique irréversible, sans évolution possible » (un médecin directeur d'une institution accueillant des internés libérés à l'essai).

Le passage par la structure de soins apparaît donc comme un sas nécessaire pour envisager la libération à l'essai. C'est aussi parce que la structure hospitalière apparaît comme une garantie dans le contrôle du traitement ou de la médication. Or, le « plus » d'une libération à l'essai par rapport à une libération définitive, c'est d'assurer le traitement et son suivi, souvent associé à une prise de médication régulièrement contrôlée. Se repose ici, pour les institutions d'accueil, la question de la médication sous contrainte, au prix d'un paradoxe : là ou un interné « civil » se voit imposer un traitement sous contrainte, l'interné « défense sociale » y échappe dans certaines institutions, au motif que, libéré à l'essai, il est en « régime ouvert ». Ceci « n'est pas toujours bien compris par les gens de justice qui nous disent : « Vous êtes là pour le soigner, donc soignez-le ! » (un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai). L'effet pervers potentiel de ce refus du soin sous contraintes qui fait réagir les membres de la CDS est, qu'en cas de rechute, l'interné est renvoyé à l'annexe psychiatrique, réitérant un parcours qu'une médication forcée aurait peut-être pu éviter.

Les « incurables » : l'internement à vie ou les limites de la défense sociale

Psychopathes, sociopathes, pervers sexuels, violeurs, pédophiles… C'est une patientèle qui se retrouve en EDS, dont « le gros fonds de commerce est constitué par les affaires de mœurs » (Un membre du parquet). Que faire avec ces figures spécifiques de la dangerosité que l'on a tendance à considérer comme malades « par nature » ? Comment se positionner face à des personnes « incurables » qui mettent en échec l'horizon de réintégration de la défense sociale fondée sur le pari d'un traitement possible :

« *Le problème, c'est le terme « thérapeutique » : perversion, pédophilie, etc., c'est dans la nature de ces personnes, je ne crois pas qu'une thérapie puisse changer cette nature profonde. On ne change pas les fantasmes des gens* » (un psychiatre expert).

« *Moi, je considère que quand on est psychopathe, on est malade à vie, il y a une perturbation de la formation de la personnalité qui conduit à des comportements gravissimes. Si c'est ça, il n'y pas de traitement. Là, il faut peut-être accepter son impuissance…* » (Un psychiatre CDS)

« *Depuis le temps que je suis en CDS revient toujours la même question : on y croise beaucoup de violeurs, de pédophiles, …Est-ce qu'il y a un moyen de les guérir, ou même seulement de les traiter ? Ces internés-là, ils passent d'un EDS à l'autre, les autres institutions n'en veulent pas… On dit que l'internement, il s'agit d'une « mesure de soin », on parle de « traitement », mais il n'y a parfois pas de traitement…* » (Un membre du Parquet).

Ces figures constituent le «passage à la limite » de la défense sociale. Elles remettent en question le caractère mixte de la mesure d'internement, entre sécurité et soin, pour en faire apparaître le seul versant sécuritaire à défaut d'autre chose. Cette catégorie d'internés est destinée à l'être à vie : « On doit admettre qu'il y a des personnes qu'on ne peut pas soigner et que la défense sociale permet de retenir des personnes à vie... C'est une réalité que, bien souvent, on ne veut pas admettre. Cette personne-ci, elle est partie à vie » (un président de CDS). Ces cas là sont difficiles et les membres de la CDS se sentent coincés, entre l'absence d'alternative, les conditions inhumaines d'une vie passée en annexe ou en EDS la désespérance que produit la perspective d'un internement indéfini dans le temps : « Il y a des cas incurables, des champs qu'on ne peut pas soigner. Ça crée une forme de désespérance… Qu'est-ce qu'on fait avec des cas comme ça ? On ne pourra jamais progresser… Et dans le système dans lequel il est entré, il ne bénéficie pas de conditions de vie humaines… On est coincés » (un avocat).

Si elles interpellent les limites de la défense sociale, ces figures « incurables » en questionnent aussi la pertinence. Après tout, un certain nombre de ces délinquants dont on fait des « objets de la médecine » ne seraient-ils pas plus à leur place dans le système pénal ? Ne ferait-on pas mieux d'en faire des « sujets de la loi », de tabler sur un traitement moral plutôt que sur un traitement médical impossible ? Le risque serait-il plus grand pour la société ?

« *A mon sens, en tant que psychiatre, ce qu'il faut leur donner comme traitement de choc, c'est l'inculcation de la loi. C'est le principe de la loi qu'ils n'ont pas acquis... Autrement dit, il faut « agir moralement », faire le pari de la responsabilité. Les grands pervers psychopathes n'ont, par définition, pas de surmoi, ils ne se remettent pas en question… C'est une illusion de leur proposer un traitement médical. On en fait des « cas », des sujets de la médecine, on les déresponsabilise. En leur donnant la loi, on en fait des sujets de la loi, des citoyens. Je crois qu'une série de cas relèvent du pénal, avec un accompagnement thérapeutique bien sûr, un suivi social, etc.* » (un psychiatre expert)

« *On peut se demander s'il ne serait pas plus simple de le renvoyer vers la justice ordinaire. Le risque de récidive serait-il plus grand? À la première infraction, il fait 4 ans, il recommence, il fait 10 ans… Il serait à l'abri aussi longtemps qu'en défense sociale...* » (un président de CDS).

Face à ce type de diagnostic, l'avocat qui souligne « qu'il existe beaucoup de délinquants sexuels qui ne récidivent pas » et qu'il est nécessaire « d'individualiser le dossier » semble bien esseulé.

Les facteurs qui jouent sur l'état d'esprit des membres de la CDS

L'échec antérieur

L'échec d'une « mesure de faveur » que constitue l'octroi d'une sortie ou d'une libération à l'essai antérieure - en défense sociale, ce n'est pas un « droit » - peut peser sur les représentations des intervenants en défense sociale. On s'est fait avoir une première fois ? Fini de rigoler... L'échec est vécu comme une rupture de la confiance et influence par exemple, le psychiatre dont le narcissisme est mis à rude épreuve :

« *Les psychiatres ont aussi leur narcissisme. Et quand on a été roulé dans la farine une première fois, le contre-transfert peut opérer dans un sens négatif. Le psy très mesuré la première fois peut sortir des mots très durs, parce qu'une réalité s'est produite… Le fait d'avoir récidivé, ça crée une réaction dans le chef des thérapeutes, du type « cette fois-ci, fini de rigoler, il va avoir une bonne leçon* » (un psychiatre).

L'impact d'un échec antérieur semble également rendre la CDS plus prudente : « si la Commission a ramassé un échec, elle n'est plus la même, elle est beaucoup plus prudente » (un président de CDS).

Le poids du contexte sécuritaire et la place de la victime : un impact mitigé

Le contexte sécuritaire, régulièrement dénoncé ces dernières années, pèse-t-il sur la prise de décision et la prise de risque qui l'accompagne ? Les réponses sont partagées. Certains estiment qu'il y a « un durcissement très clair, une politique plus sécuritaire depuis six ou sept ans, dans toutes les matières » (un avocat) et que la difficulté, suite aux traces qu'a laissées l' «Affaire Dutroux », c'est « de se garder de l'attitude la plus facile qui serait le tout sécuritaire » (Une présidente de CDS). D'autres, par contre, ont le sentiment que rien n'a véritablement changé : on a « la même approche qu'auparavant » (Un membre du parquet) et je n'ai pas eu ce sentiment qu'il « fallait resserrer la vis » (une avocate).

L'impact du contexte sécuritaire semble cependant plus important lorsqu'il s'agit d'auteurs d'actes d'abus sexuels. Ici, l'unanimité se fait pour constater l'explosion des plaintes face à un regard social qui a fondamentalement changé : « La délinquance sexuelle, la pédophilie, quand j'étais plus jeune, ce n'était pas si grave les enfants qui se faisaient chipoter par ci, par là, même chose pour la prostitution … Il y a eu une évolution sérieuse par rapport à cela en 30 ans… » (Une présidente CDS). Aujourd'hui, le regard est beaucoup plus sévère, ce qui se traduit à la fois par la difficulté à prendre des risques - « le contexte est tel qu'en matière sexuelle, l'effet parapluie est là avec des risques qu'on ne veut plus assumer… » (Un membre du parquet) et par un durcissement légal des conditions de sortie qui rendent la libération aléatoire : « pour les délinquants sexuels, la loi a

changé, les conditions sont différentes de ce qu'elles étaient. On a ajouté tellement de conditions que c'est devenu presque impossible de sortir… » (un président de CDS).

« Le discours ou les intérêts de la victime exercent-ils une pression dans ce contexte ? Pas tant que cela dans le chef de la CDS, sauf de manière indirecte. L'absence de prise de conscience du tort causé à la victime tout comme l'absence de remords peuvent être interprétés comme un facteur de risque de récidive : « Si l'auteur est conscient du tort fait à la victime, c'est un élément qui compte pour évaluer les chances de récidive. S'il n'est pas conscient du tort causé à la victime, il risque de recommencer ». (un président de CDS). Cela mis à part, on écoute les victimes, on essaye de ne pas les contrarier, mais leur rôle ne semble pas majeur.

Par contre, depuis l'introduction des services d'accueil aux victimes dans les parquets, ses représentants semblent plus sollicités et plus sensibles aux demandes des victimes, La pression morale peut ici être plus forte et infléchir la position : « parfois les entretiens sont très difficiles, je promettais qu'il ne sortirait pas… » (Un membre du parquet). Depuis l' «Affaire Dutroux », la pression des victimes est manifestement plus forte sur les acteurs qui, comme le parquet, se situent en amont de la chaîne pénale : « Nous, ça nous remue, on doit répondre aux victimes, ça nous remet en question » (Un membre du parquet). Pour les parquetiers, ce n'est pas toujours simple, dans la mesure où, s'ils se retrouvent en première ligne, ce ne sont pas eux qui ont le pouvoir de décision. Aussi, la seule arme qu'ils aient à leur disposition, dans cas d'une décision de libération à l'essai qu'ils jugeraient problématique, de manière générale ou pour les victimes, c'est la réintégration : « Je n'ai aucun pouvoir, c'est la CDS qui décide, mais si le risque me paraît trop important, je tire… C'est la réintégration. Je suis magistrat depuis 25 ans, mais ça a beaucoup changé depuis Julie et Melissa » (Un membre du parquet).

Le « syndrome de Stockholm » à l'envers : un facteur qui pousse à la prise de risque

Face à cette multitude de facteurs qui alimentent un principe de sélection négative, deux éléments peuvent entamer la résistance de la CDS à réitérer sans fin un « non » à la demande de l'interné. L'état de délabrement des annexes psychiatriques tout d'abord : « Il y a une pression qui vient des très mauvaises conditions de soin dans lesquelles les personnes sont internées. Il y a une énorme pression (sur moi en tout cas) pour ne pas laisser les gens dans cet enfer. C'est quelque chose qui intervient sur la prise de décision » (Un président de CDS).

Un « syndrome de Stockholm » inversé, ensuite, dont témoignent plusieurs intervenants : les membres de la CDS savent que pour l'interné, c'est la libération à l'essai ou rien, qu'il n'y a pas d'alternative. Refuser systématiquement sa demande revient à le condamner à vivre dans des conditions inhumaines pour le restant de sa vie et ce n'est pas facile sur le plan humain : « Parfois, on se voit confrontés à des situations où l'on sait qu'il n'y a pas d'issue. Des gens comparaissent tous les six mois avec les mêmes demandes et c'est toujours non, même pour la plus petite sortie, parce qu'ils en ont déjà eu et que ça s'est mal passé. ... On est obligés de les maintenir dans une structure sans espoir parce qu'on n'a pas d'autre solution, c'est inhumain » (Un avocat). Le « dead end » de l'internement peut créer un sentiment d'empathie, une « dynamique positive » où l'on cherche à

« voir les choses du bon côté » pour sortir d'une situation de « désespérance », quitte à prendre des risques moins calculés : « Parfois, face à cette désespérance, on est tentés de prendre un risque qu'on ne prendrait pas autrement » (Un avocat). On traque alors les éléments d'espoir qui permettraient, même à l'encontre d'autres indicateurs, de prendre le risque de la libération :

« *C'est terrible de devoir à chaque fois s'opposer à une demande. Répondre non, humainement, c'est très difficile... Le « syndrome de Stockholm » peut aussi toucher la Commission* » (Une présidente de CDS)

« *La question, pour la commission, devient de savoir « comment on peut le libérer »… On a envie que la dynamique soit positive et on a tendance à oublier les faits, ce qui s'est passé… Il y a une sorte de dynamique qui s'est installée, une volonté, y compris du corps soignant, de voir les choses du bon côté…* » (Un président de CDS)

Si les critères légaux de la libération à l'essai sont l'amélioration de l'état mental de l'interné et les conditions de sa réintégration sociale, dans les faits le risque de récidive s'érige en critère déterminant d'une mesure d'élargissement. Cette peur de la rechute explique aussi que la décision se prend rarement dans l'immédiat et que la CDS adopte généralement une politique décrite comme « une politique des petits pas ». On avance prudemment, choisissant de donner du temps au temps, pour mieux évaluer la dangerosité de l'interné et son évolution : Notre philosophie, c'est 'allons-y lentement, par petits pas' » (Une présidente CDS). Et ce qui est vrai de manière générale semble l'être ici encore plus pour les internés auteurs d'abus sexuels. Enfin, la crainte de la récidive explique aussi que la libération à l'essai, quand elle est accordée, soit assortie de conditions : il s'agit de minimiser les risques de rechute pendant la période de libération à l'essai en organisant un suivi le plus sûr possible de l'interné pendant la période probatoire. Mais il s'agit aussi de préparer et de mesurer la prise de risque plus importante que constituera, au terme de la période d'essai, une éventuelle libération définitive.

4.4. Les conditions de la libération à l'essai et à leur contrôle : le risque mis à l'épreuve

La libération à l'essai est bien considérée comme une période où la prise de risque que constitue la tentative graduelle de réintégration de l'interné dans la vie sociale est mise à l'épreuve. Elle est dès lors assortie d'un certain nombre de conditions positives et négatives (1), soumises pour l'essentiel à un double contrôle : la « tutelle sociale » (2) et la « tutelle médicale » (3). Cette double tutelle ne permet pas toujours d'éviter une rechute, dont les conséquences ne sont pas minces : la rechute entraîne en effet régulièrement le retour à la case départ pour l'interné, soit la réintégration en annexe psychiatrique (4)

4.4.1. Les conditions de la libération à l'essai : un outil de contrôle du risque de récidive

La loi de défense sociale prévoit de soumettre l'interné libéré à l'essai à une « tutelle médico-sociale, dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de mise en liberté » (art. 20, al. 1). Si le texte

prévoit le principe d'un contrôle médico-social, il ne précise pas les conditions de nature à être imposées à l'interné qui feront l'objet de ce double contrôle. Celles-ci sont laissées à la libre appréciation de la CDS.

Le caractère ouvert du cadre conditionnel posé par la loi a cependant été partiellement recadré pour les internés libérés à l'essai auteurs d'abus sexuels. Introduit par une loi du 28 novembre 2000, l'article 20 al. 2 de la loi de défense sociale précise ici que « la tutelle médicale visée à l'alinéa 1er comprend l'obligation de suivre une guidance ou un traitement dans un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels ». Par ailleurs, l'article 20*bis*, également introduit par la loi du 28 novembre 2000, ajoute que, pour les auteurs d'abus sexuels, la commission peut également prononcer une ou plusieurs interdictions relatives à des activités mettant l'interné libéré à l'essai en contact avec des mineurs (enseignement, mouvements de jeunesse, etc.).

Hormis ces précisions apportées en matière de délinquance sexuelle, le dispositif de libération à l'essai est donc caractérisé par une grande souplesse. Ce cadre « ouvert » doit permettre à la CDS de proposer une mise à l'épreuve « sur mesure » en fonction de l'état de l'interné et dans le but de contrôler le risque social qu'il représente. La philosophie du régime conditionnel associé la libération à l'essai est bien celle-là : mettre l'interné à l'épreuve et contrôler le risque social qu'il représente. La loi est tout à fait claire sur cet objectif prioritaire : la tutelle sociale qu'exerce l'assistant de justice, principal acteur de contrôle de l'interné et de sa trajectoire à ce stade, a pour finalité « de garantir une guidance sociale qui a pour finalité l'évitement de la *récidive* par le suivi et la surveillance de l'observation des conditions » (art.20, al. 7). De même, la loi précise que la réintégration en annexe psychiatrique sera envisagée si « le comportement ou l'état mental (de l'interné) révèle un *danger social*, notamment s'il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées » (art.20, al. 6). Autrement dit, le dispositif conditionnel et son contrôle sont conçus comme un moyen d'évaluer le risque de récidive et tant la « rechute » que le non-respect d'une condition sont envisagés comme signe d'un tel risque.

Dans la pratique, plusieurs conditions de nature différentes peuvent être imposées à l'interné libéré à l'essai. Un certain nombre de conditions classiques sont relatives à l'imposition d'un lieu de résidence et au respect formel de la tutelle médico-sociale prévue par la loi. Outre cela, des « conditions positives » spécifiques peuvent être imposées à l'interné (par exemple, une prise de médication), lesquelles sont vérifiées par l'assistant de justice en charge de la tutelle sociale. De même, des « conditions négatives » ou interdictions sont possibles (par exemple, une interdiction de fréquenter certains lieux), dont le contrôle peut être du ressort de la police. Comme le souligne un assistant de justice, « ce sont des garde-fous imposés par la CDS, des garanties portant sur certains points et liés à la problématique de l'individu ».

4.4.2. La tutelle médicale : entre logique de soin et instrument de contrôle du risque

Comme aux stades antérieurs de la trajectoire de l'interné, le poids du regard médical reste essentiel dans la phase post-décisionnelle de libération à l'essai. Traduction fidèle d'une logique paternaliste

propre au modèle *Welfare*, le terme « tutelle » souligne bien la nature floue d'un contrôle qui se veut bienfaisant. La tutelle médicale oscille dès lors entre soin et contrôle, soulevant des problèmes de nature assez semblables à ceux qu'on peut rencontrer en amont, dans la phase de préparation de la décision de libération à l'essai.

Que recouvre exactement la tutelle médicale ? La loi reste floue et, ici encore, les seules indications données concernent la tutelle médicale relative aux auteurs d'abus sexuels, introduites par la loi du 28 novembre 2000. La loi précise ici qu'il y a « obligation de suivre une guidance ou un traitement dans un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels » ; que le choix de « la personne ou du service compétent » doit être accepté par la Commission ; que la personne ou le service « adresse à la commission ainsi qu'à l'assistant de justice désigné pour assurer la tutelle sociale, dans le mois qui suit la libération à l'essai, et chaque fois que cette personne ou ce service l'estime utile, ou sur l'invitation de la commission et au moins une fois tous les six mois, un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement » art. 20, al. 3 et 4). Que contient le rapport de guidance ? La loi fixe un certain nombre d'éléments minimaux, de nature à informer la CDS de l'existence d'un risque social : « présences effectives de l'intéressé aux consultations proposées, absences injustifiées, cessation unilatérale de la guidance ou du traitement par la personne concernée, difficultés survenues dans la mise en œuvre de la guidance et situations comportant un risque sérieux pour les tiers » art. 20, al. 5).

De ce texte, on peut raisonnablement déduire que, de manière générale, le contrôle sur la guidance médicale de l'interné, toutes pathologies confondues, passe *a minima* par la remise d'un rapport médical à l'assistant de justice et à la CDS. Pour le reste, le flou législatif débouche sur des interprétations très différentes du contenu de ce rapport et des pratiques multiples. D'un côté, il y a les médecins qui renâclent à remettre un rapport de guidance :

« *Un problème est l'absence des rapports trimestriels que le psychiatre chargé de la tutelle médicale doit remettre à la CDS pendant la libération à l'essai. Dans les faits, ce n'est pas fait régulièrement et donc, nous les assistants de justice, on doit demander l'avis des psychiatres, les contacter pour avoir des informations quand on voit que la personne ne va pas bien…* » (une assistante de justice).

Ce contournement d'une obligation légale est parfois expliquée par des problèmes de secrétariat : « Le problème est aussi qu'on doit assurer son propre secrétariat. Il faudrait que le secrétariat de la CDS assure le suivi, qu'il rappelle au psychiatre le rapport à remettre » (Un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai). Mais il renvoie aussi à une question plus fondamentale, qui est la difficulté de combiner la double casquette soin-contrôle, soignant-expert. Sur ce front, deux positions se dessinent en miroir. D'un côté, il y a ceux qui, parmi les psychiatres, privilégient leur identité de soignant. Refusant la confusion des rôles entre soin et expertise, ils invoquent leur déontologie professionnelle, le secret médical et la relation de confiance avec le patient pour limiter le rapport de guidance à un compte-rendu minimal, sauf éventuellement en cas de « danger grave » :

« *Je fais rapport sur le fait qu'il y a eu consultation, c'est tout. Je n'ai pas à faire rapport quant à l'évolution du cas, sur la manière dont la personne se conduit, sauf en cas de danger grave et imminent, auquel cas le secret médical est levé* » (un psychiatre)

« *Quelle est la place de psychiatre qui assure le suivi dans le cadre de cette tutelle ? Il est expert ou il est soignant ? Il y a là deux positions distinctes qui, pour moi, ne sont pas conciliables à l'égard de la même personne. On peut être tantôt expert, tantôt soignant… et avoir une expérience clinique pour faire de l'expertise, c'est bien. Mais on ne peut pas jouer les deux rôles à l'égard du même patient. Techniquement, ce n'est pas gérable et déontologiquement, cette confusion soin-expertise, ça ne va pas* » (une psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai).

« *Quand on me demande des choses, pour moi, la question c'est aussi 'quid par rapport à la loi ?'. Avec ces patients, qui ont souvent un problème dans le rapport à la loi, je dois « être encore plus dans les clous ». Comment rester cohérente par rapport à la loi, ma déontologie, le soin ?* » (une psychiatre d'un établissement accueillant des internés libérés à l'essai).

En face, on trouve les représentants de la CDS qui estiment avoir besoin des informations relatives à l'évolution de l'interné. Ces derniers sont rejoints par certains psychiatres experts, lesquels estiment que si l'on accepte de travailler sous mandat judiciaire, il faut en accepter les conséquences, dont celles, comme le souligne un parquetier, de « rendre des comptes ». Ne pas le faire, c'est se mettre en marge de la loi :

« *Certains médecins disent 'nous, on soigne, on ne fait pas de rapport'. Mais nous, on doit être au courant de l'évolution de l'interné libéré à l'essai ; un rapport qui se contente de dire qu'il est venu aux rendez-vous fixés, ça ne va pas* » (une présidente CDS).

« *Un refus de certains psychiatres de faire des rapports ? Ce serait curieux : si on accepte de faire la guidance, on doit accepter la loi qui les organise. Refuser, c'est poser un acte contraire à la loi* (un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai).

En outre, l'« état de nécessité » fait ici son retour comme justificatif ultime : « *Le secret médical, c'est un vrai problème. S'il y a des évidences de danger, de risque, le lien thérapeutique pour sauvegarder le secret, ce n'est pas un argument, la personne peut mourir… il ne faut pas hésiter* (un psychiatre SPS).

L'ambiguïté fondamentale de la mesure de défense sociale, entre mesure de sûreté et mesure de soin, se prolonge donc au stade de la libération à l'essai. Elle débouche sur des pratiques multiples - « Il y a de tout : des médecins qui disent « secret médical » et d'autres qui font des rapports beaucoup plus détaillés » (un président CDS) - dont la diversité est renforcée par le fait que personne, y compris du côté des CDS, n'est tout à fait au clair avec ses attentes en la matière. Certains magistrats de CDS semblent en effet plus compréhensifs à l'égard du secret médical - « La tutelle médicale doit signaler comment ça se passe, mais pas plus » (Un président de CDS) -, si bien que parfois, les psychiatres ne savent pas trop non plus ce que l'on attend d'eux : « Je travaille avec plusieurs CDS et je m'arrache les cheveux. Je dois essayer de comprendre ce qu'on attend de moi

dans les différentes CDS… Heureusement qu'on a les assistants de justice pour avoir des infos » (une psychiatre d'un établissement accueillant des internés libérés à l'essai). Autrement dit, le clivage sur cette question n'oppose pas nécessairement en bloc médecins d'un côté et monde judiciaire de l'autre. Il traverse plutôt l'ensemble des corps professionnels en fonction des conceptions de chacun sur le soin et le respect du secret professionnel (Cartuyvels, 2002) .

4.4.3. La tutelle sociale : évaluer le risque à l'aveugle ?

En charge de la tutelle sociale, l'assistant de justice est l'acteur pivot du suivi de la libération à l'essai et la courroie de transmission qui fait remonter les informations du terrain vers la CDS. La tutelle se heurte ici à trois difficultés principales. La première est que le contrôle exercé par l'assistant de justice se limite en principe à la vérification des conditions imposées par la CDS, ce dont rend compte le canevas du rapport de tutelle qui reproduit fidèlement le dispositif conditionnel. On touche ici, souligne une assistante de justice, « aux limites de la tutelle exercée par l'AJ ». D'une part, ainsi configuré, le contrôle ne donne pas accès au « contexte de vie qui entoure l'interné » : en défense sociale « on n'en a pas les moyens » (une présidente CDS). Or c'est bien souvent dans ce contexte de vie qu'apparaissent des « signes avant-coureurs » d'une dégradation de la situation porteuse de risques... En outre, comme les visites sont programmées, un interné libéré à l'essai peut « manipuler » l'assistant de justice : « Quelqu'un d'intelligent peut suivre à la lettre le dispositif imposé et, en même temps, faire ses petites affaires sur le côté.... » (un assistant de justice). Bref, sur base du contrôle factuel tel qu'il est prévu, il est souvent difficile pour l'assistant de justice de se faire une idée de la « situation réelle de risques » :

« *Je voudrais revenir sur la difficulté du suivi des personnes libérées à l'essai par l'assistant de Justice. Il est clair que souvent il existe des signes avant-coureurs de problèmes. La perte d'un emploi ou la perte d'un domicile dans le chef du libéré à l'essai, par exemple… Mais le problème avec une personne manipulatrice, c'est qu'elle va occulter les signes avant-coureurs, elle va tenir une façade…Chez elle, par exemple, tout sera nickel… L'AJ est coincé, il est difficile pour lui, dans ce type de cas, de récolter des informations, d'avoir une photo de la situation, des risques… Quels sont les moyens dont dispose l'AJ pour savoir quels sont les véritables risques ? Hormis des faits concrets, on a pas grand-chose pour détecter les risques…Après on se rend compte que le suivi n'a été qu'un écran de fumée…* » (un assistant de Justice).

La seconde difficulté tient à la teneur des rapports de tutelle médicale dont le contenu, on l'a souligné plus haut, sont à « géométrie variable » : « parfois ce sont des rapports très circonstanciés, parfois on se contente de noter les dates de rendez-vous » (Une assistante de justice). Les assistants de justice ne sont pas investis d'un rapport d'autorité à l'égard des médecins et ne sont pas en mesure d'exiger directement un rapport de tutelle médicale plus fouillé. Estiment-ils nécessaire d'en savoir plus ? Ils n'ont guère d'autre choix que de demander à la CDS de solliciter un rapport médical circonstancié. L'assistant de justice apparaît en fait comme le premier réceptacle des tensions qui affectent le corps médical dans sa double mission de soin et de contrôle sur ce terrain : « Sur le terrain, la collaboration est à géométrie variable en fonction des intervenants. Certains psychiatres collaborent, d'autre pas. La communication semble passer plus facilement lorsque la tutelle est

confiée à un centre de santé mentale où une équipe pluridisciplinaire prend en charge l'interné » (une assistante de justice).

Enfin, une troisième difficulté est liée aux relations avec l'acteur policier. Généralement chargée de la vérification de diverses interdictions imposées à l'interné, la police locale est parfois « très peu réactive » (Un assistant de justice). Comme, en outre, il n'y a pas de contact institutionnalisé entre la police et la Maison de Justice, des informations parfois importantes pour l'assistant de justice se perdent.

4.4.4. Contrôler pour… éviter la réintégration

L'article 20 de la loi de défense sociale le prévoit explicitement : en cas de comportement problématique, de dégradation de l'état mental ou de non-respect des conditions, la réaction envisagée est la réintégration, ce qui ramène l'interné libéré à l'essai au point de départ du circuit de l'internement, dans le « mouroir de l'annexe psychiatrique ». Pour les intervenants, le contrôle de l'interné vise aussi à éviter ce retour circulaire : si le problème est détecté assez tôt, il est possible d'intervenir pour éviter ce trajet et, par exemple, faire passer l'interné dans le circuit de prise en charge des malades mentaux « non délinquants », sur base de la loi de 1990 relative à la protection des malades mentaux : « *une tutelle qui amène le libéré à l'essai à accepter l'hospitalisation, pour la CDS, c'est une bonne tutelle* » (une présidente CDS).

Ce basculement de l'interné du système para-pénal de défense sociale vers la filière civile de l'internement sur base de la loi de 1990 n'est aucunement prévu par la loi de défense sociale. Celle-ci n'envisage que la réintégration à l'annexe en cas de problème rencontré pendant la période de libération à l'essai. Le transfert vers la filière civile est néanmoins pratiqué par certains parquets, en marge du prescrit légal, mais pas dans d'autres où le recours à cette pratique en marge de la loi semble impossible :

« *Dans ces cas-là, si vraiment on ne trouve pas de place, je bascule vers le régime de la loi sur la protection des malades mentaux de 1990 pour une mise en observation. Parce que c'est le seul moyen de trouver une place* » (un membre du parquet).

« *Chez nous, il y a une pratique prétorienne en ce sens* » (un membre du parquet)

« *Existe-t-il des tentatives de mise en observation sur base de la loi de 1990 de personnes internées libérées à l'essai ? Chez nous, ça s'est chaque fois terminé par des réintégrations, le statut d'interné prédomine...* » (un psychiatre équipe soin en annexe et membre CDS).

« *Actuellement, quand il n'y a pas de respect des conditions ou refus de soin, c'est l'annexe, il n'y a pas d'autre choix* » (une psychiatre d'un établissement accueillant des internés libérés à l'essai).

Sur ce point, tout le monde est d'accord : l'absence d'articulation et de relais entre les deux régimes, pénal et civil, de prise en charge de la maladie mentale devrait être corrigée par le législateur. Dans nombre de cas, l'étanchéité entre les deux systèmes a pour effet la réintégration de l'interné en

annexe de prison, alors que cela n'apparaît aucunement nécessaire en regard du problème rencontré. Infraction bénigne ou épisode de décompensation psychique mal cadré, les dérapages mis à charge de l'interné soulignent régulièrement un problème qui est d'ordre psychiatrique bien que plus que de dangerosité sociale. Et dans ces cas-là, une mise en observation au civil apparaît plus judicieuse :

« *On recourt trop peu à la loi de 1990 sur la protection des malades mentaux. Il y a une lacune législative dans l'absence d'articulation entre les deux lois, celle sur la protection des malades mentaux et celle sur la défense sociale. Le législateur devrait prévoir un relais entre les deux régimes légaux, en amont comme en aval… Dans le cadre d'une libération à l'essai, si on repassait par une mise en observation au civil, ça permettrait d'éviter une réintégration dans le circuit de la défense sociale* » (un avocat).

« *C'est dommage qu'il n'y ait pas de compatibilité entre les deux lois : prendre une mesure civile de mise en observation pour cas moins graves, cela permettrait d'éviter de recommencer tout à zéro depuis l'annexe, de reprendre toute la machinerie* » (un psychiatre CDS).

4.4.5. La libération définitive : le retour de la science en garantie ?

La loi de défense sociale ne prévoit pas l'obligation de faire précéder la libération définitive par une période de libération à l'essai. Dans les faits, c'est bien le cas et la nouvelle loi de 2007 qui réforme le système de la défense sociale a consacré cette pratique, au motif « qu'elle est particulièrement utile pour permettre un retour progressif, accompagné et sécurisé de l'intéressé dans la société »[68]. De manière générale, les CDS semblent privilégier un délai de cinq ans avant d'envisager une libération définitive. D'où vient ce terme ? Il pourrait s'agir d'une réminiscence du passé, la loi originaire de 1930 prévoyant des périodes d'internement par palier de cinq ans (cinq, dix, quinze) prorogeables. Mais, comme le souligne un président de CDS, c'est un délai qui provient « probablement de l'usage et qui n'est pas systématique ». Au bout de cinq ans, « on a un recul qui nous permet de dire que, s'il n'a pas eu de problèmes, on va le lâcher ».

A ce stade, même après cinq années de mise à l'épreuve, la question fondamentale qui se pose à la CDS avant de prendre sa décision reste celle de la dangerosité. Même en cas de respect des conditions et en l'absence de toute rechute pendant la période d'essai, la libération définitive n'est pas automatique. Le respect des règles par l'interné pendant la période d'essai n'est en effet pas considéré comme un indice suffisant d'élimination du risque :

« *Le patient semble avoir repris le contrôle… mais, est-il toujours dangereux ?... Il s'est « conformé » aux obligations qui lui ont été imposées pendant la libération à l'essai. Mais se conformer doit-il être synonyme de libération ? La conformité par rapport à la guidance, est-ce suffisant ?* » (un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai).

Comment conjurer l'aléa que représente par définition le risque à prendre ? Certes il y a eu la tutelle médico-sociale et l'avis de l'assistant de justice est entendu, un avis qui ne porte pas uniquement sur le respect des conditions, mais sur le travail de fond qui a, malgré tout, pu s'entamer au cours des

68 Exposé des motifs, Doc. Parl., Chambre, 2006-2007, n°51-2841/001, p. 16.

années de libération à l'essai : « C'est un travail nécessaire avant la libération définitive. C'est aussi sur cela que se base notre avis, sur ce travail de fond, pas uniquement sur le respect ou non des conditions » (une assistante de justice). Mais cette approche subjective reste fragile et pour conjurer le risque, le recours à l'expertise est de nouveau de mise. Certes, celle-ci n'est pas systématique et dépend, notamment, de la gravité des faits : « Un gars interné pour avoir volé trois cigarettes, on ne va pas demander d'expertise » (un membre du parquet). Certes encore, l'expertise reste aléatoire en termes de prédiction : « En termes de dangerosité, on ne peut s'exprimer que par rapport à un potentiel. On n'a pas de boule de cristal » (un psychiatre, institution accueillant des internés libérés à l'essai). Néanmoins, elle apparaît toujours comme la meilleure garantie et est largement pratiquée à ce stade de la procédure :

«*Chez nous, avant de libérer à l'essai ou définitivement, le procureur exige systématiquement une nouvelle expertise et on recommence le travail. Cette exigence n'est pas légale* » (un président de CDS).

« *On n'impose pas une nouvelle expertise pour la libération à l'essai, mais bien pour la libération définitive. On le fait sur la base de la loi nouvelle de 2007 qui la prévoit, même si cette loi n'est pas encore d'application* » (un membre du parquet).

Comme le soulignent plusieurs intervenants, cette pratique est « a-légale ». Elle est néanmoins entérinée par la loi de 2007, dont l'application est sur ce point anticipée par les acteurs de terrain. Comme cette loi de 2007 introduit également le principe de l'expertise obligatoire avant toute décision d'internement, on peut en conclure que le régime nouveau de la loi, qui a vocation à juridictionnaliser le régime de la défense sociale, en renforce également l'assise scientifique. Comme si les avancées du discours des droits devaient se payer d'une compensation pour le discours de la science. Entre juges et psychiatres, le pas de danse n'est pas terminé…

Chapitre 2. Ethnographie d'une prison française ordinaire : le soin à la peine

Par Camille Lancelevée

La première partie de ce rapport nous a permis de décrire la façon dont le législateur tentait, depuis plusieurs années, d'appuyer la peine sur le soin, ravivant par là une logique de défense sociale présente de façon diffuse dans les institutions pénitentiaires françaises au XXème siècle. La tentation de réaliser cette « utopie de la triple entente » (Collectif, 2002), que nombre de psychiatres[69] rejettent comme nous l'avons vu dans la deuxième partie est forte ainsi que l'objectif de faire converger des activités professionnelles *a priori* antagoniques (soigner et punir) autour d'une nouvelle forme de « prise en charge » de la dangerosité.[70] La question est maintenant de savoir si cette « utopie » se réalise effectivement dans les établissements pénitentiaires français, au sein desquels des groupes professionnels distincts sont amenés à coopérer. Nous verrons dans cette partie que cette proximité spatiale favorise tout à la fois des modes de coopération, d'articulation, de chevauchement, mais également des tensions, des contradictions, des résistances qui transparaissent plus difficilement lorsque les professionnels travaillent dans des espaces séparés (voir Bessin in Cresson, Druhle et Schweyer, 2003). La prison, en ce sens, catalyse des conflits, questionne des segmentations professionnelles qui restent latents à l'extérieur ou ne sont observables qu'au niveau des discours. Le milieu carcéral constitue ainsi une « situation expérimentale digne des plus rêves de la sociologie » (Castel, préface de Goffman, 1968) et le miroir grossissant de la société qui l'environne. Comment l'attention publique pour le phénomène de la « dangerosité » des personnes présentant des troubles mentaux se traduit-elle en pratique dans l'univers carcéral ? Comment la « dangerosité » transforme-t-elle les pratiques professionnelles et comment ces transformations croisent, contredisent ou redoublent-elles des mutations à l'œuvre dans l'institution carcérale ?

Comme nous l'avons montré dans la première partie, l'administration pénitentiaire française a créé de longue date un dispositif institutionnel pour prendre en charge un problème qui n'est pas nouveau : de tous temps, la prison a accueilli des « aliénés criminels » et aménagé pour cette population circonscrite selon des principes qui mériteraient d'être étudiés finement une structure pénitentiaire spécifique (le centre pénitentiaire de Château-Thierry). Nous n'avons pas non plus enquêté sur le Centre National d'Observation (devenu par décret le du 2 avril 2010 le Centre National d'Evaluation) au sein duquel sont « observés [71] » les détenus considérés comme problématiques et condamnés le plus souvent à de lourdes peines, détenus qui seront orientés[72] vers

69 Mais également nombre de juristes et de magistrats

70 Dangerosité psychiatrique et criminologique étant ici largement confondue par le législateur.

71 Le ministère de la Justice présente ce CNO comme un lieu qui « organise(e) un temps privilégié entre l'administration pénitentiaire et le détenu pour orienter ou adapter la détention en fonction de sa personnalité, son parcours, ses difficultés. La nouvelle appellation du centre lui confère un rôle plus important pour mieux individualiser l'exécution de la peine dans un objectif de prévention accrue de la récidive. »

72 « À la demande du ministre de la Justice, le condamné peut éventuellement être examiné au Centre national d'observation qui est chargé de dresser un bilan de personnalité du détenu et d'émettre une proposition d'affectation (art. D. 81-2 du CPP). Même lorsque le condamné n'est

des établissements pour peines et peuvent attendre leur affectation pendant plusieurs mois au sein du Centre. Celui-ci a depuis le 2 avril 2010 pour nouvelle mission d'accueillir des détenus concernés par le dispositif de la rétention de sûreté pour une évaluation de leur dangerosité. Nous avons par ailleurs, par souci de cohérence, choisi de laisser de côté le cas des Unités pour Malades Difficiles (UMD), qui accueillent les patients considérés comme difficiles au sein des hôpitaux psychiatriques ainsi que certains patients provenant d'établissement pénitentiaires et soumis au régime de l'hospitalisation d'office (§D398 du code de procédure pénale).[73] Ces structures, qui accueillent des personnes étiquetées comme dangereuses (présentant une dangerosité pénitentiaire ou criminologique importante dans le cas du CNE, présentant une dangerosité psychiatrique importante dans le cas des UMD, et une dangerosité hybride dans celui de Château-Thierry) auraient pu nous permettre de réfléchir à la façon dont les institutions pénitentiaires et carcérales étiquettent les comportements qu'elle considère comme les plus déviants. Ces structures, largement sous-étudiées par la sociologie, mériteraient une étude approfondie.

Cependant nous avons fait le choix d'enquêter dans un établissement plus « ordinaire » pour pouvoir étudier la façon dont des problématiques irriguent l'ensemble du dispositif carcéral et non ses institutions les plus exceptionnelles. S'intéresser à des institutions a priori non spécialisées dans le traitement de la « dangerosité » permet de mesurer à quel point les problématiques que la « notion » charrie, pénètrent l'univers carcéral et participent à transformer l'économie générale de la punition. L'établissement pénitentiaire observé est un établissement de grande taille (près de 1600 personnes détenues au 31 décembre 2010) comprenant, sur trois sites (un établissement datant du début du 20ème siècle, un établissement construit dans les années 2000 et un établissement inauguré récemment que nous avons visité mais pas observé), des bâtiments de maison d'arrêt pour hommes et pour femmes, un centre de détention et deux quartiers maison centrale. La population pénale[74] est composée d'une majorité de personnes condamnées pour des peines correctionnelles (près de 900 personnes étaient condamnées à moins de 3 ans de prison au 31 décembre 2010). Près de 15% des personnes écrouées étaient, à cette même date, prévenues.

Les observations ont été réalisées principalement dans les maisons d'arrêt de l'établissement, et tout particulièrement dans l'ancienne prison et celle qui a été construite dans les années 2000, mais également dans le centre de détention de l'établissement. Nous avons visité les quartiers « maison

pas envoyé dans ce centre, le dossier d'orientation est constitué par le chef d'établissement (normalement d'une maison d'arrêt) où se trouve actuellement le condamné (circulaire AP. 2003-03 PMJ4 du 18 avril 2003 relative à la procédure d'orientation et aux décisions d'affectation des condamnés, bulletin officiel des mesures judiciaires BOMJ 2003, n°90, 201). Ce dossier comprend les renseignements afférents à sa situation pénale et pénitentiaire et aux conditions de prise en charge sanitaire, les avis du service d'insertion et de probation et du juge d'application des peines, ainsi que la proposition du directeur d'établissement (art. D. 76 du CPP). Le dossier peut être complété par des éléments d'enquête sur la situation sociale et familiale du condamné (art. D. 79 du CPP). C'est sur la base de ce dossier d'orientation que le directeur régional des services pénitentiaires ou le ministre de la Justice, selon les cas, rend une décision d'affectation. » (Cliquennois, 2009, p.141)

73 voir Livia Velpry, communication « Contrainte, enfermement et soin : la « modernisation » du contrôle en psychiatrie ? Le cas des Unités pour Malades Difficiles » du 1er décembre 2011 au colloque « Acteurs, pratiques et espaces de l'enfermement, circulations et transferts » (Berlin, 1-2-3 décembre 2011)

74 Ces chiffres sont une photographie de la population pénale au 31 décembre 2010 et non une moyenne. Ils ne reflètent donc que partiellement la composition de la population de cet établissement.

• • •

centrale » dans lesquels il nous a cependant été interdit de réaliser des observations. Nous avons observé le fonctionnement du quartier disciplinaire et du quartier d'isolement. Toutes les personnes détenues « accèdent » aux mêmes infrastructures de soin (SMPR et UCSA), que nous avons pu étudier. Le SMPR, localisé sur chacun des trois sites, comprend un secteur de consultation en ambulatoire, un secteur d'hospitalisation de jour. Une UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) est en cours de construction. Qui dit SMPR dit équipe médicale importante (plus de 50 personnes au total). Il s'agit d'une donnée contextuelle importante qui limite la généralisation que l'on peut faire de nos observations : en effet la taille de l'équipe permet à celle-ci de « faire poids » face à l'administration pénitentiaire. « Le SMPR » est d'ailleurs, comme nous le verrons, appréhendé comme un tout.

• • •

Nous avons accédé aux établissements grâce à une autorisation de la direction de l'administration pénitentiaire, et passé les premiers mois de notre terrain à observer le fonctionnement de l'établissement auprès des professions pénitentiaires. Nous avons alors réuni les matériaux suivants:

- Observation de la vie de l'établissement pendant 5 mois (coursives, bureaux des surveillants, fonctionnement des différents quartiers, visites de l'établissement, entretiens informels avec surveillants, avec des membres de la direction et avec des Conseillers d'Insertion et de Probation (CIP))
- Observation d'entretiens individuels et de commissions (entretiens arrivants avec des CIP, N = 10; entretiens arrivants avec des surveillants gradés N = 5; commissions pluridisciplinaires uniques (N = 8), commissions d'application des peines (N = 3), commissions disciplinaires (N = 2), commission du PEP (Projet d'exécution des Peines); entretiens PEP (N = 6)).
- Entretiens avec personnes détenues (hommes = 12; femmes = 8) ayant connu au moins une hospitalisation d'office.
- Entretiens avec des Juges de l'Application des Peines (N=2)

En raison des tensions et conflits que nous présenterons dans cette partie entre SMPR et administration pénitentiaire, les négociations ont été longues et délicates avec le SMPR. Nous avons finalement obtenu l'autorisation de réaliser des entretiens enregistrés avec les professionnels travaillant au SMPR:

Entretiens avec équipe soignante (N = 26; psychologues N=8; psychiatres N=5; infirmiers N=7; éducateurs N=5; secrétaire médicale N=1), entretien avec le chef de service du SMPR, avec le chef de service de l'UCSA participation à réunion SMPR/DSP/ARS (N = 1) et observation - limitée - du service tant dans l'ancien que dans le nouvel établissement.

• • •

Le nombre de personnes détenues souffrant de troubles mentaux est en constante augmentation depuis au moins deux décennies - ou plus exactement car c'est un phénomène très difficile à chiffrer, l'attention publique à ce « problème social » est plus grande aujourd'hui qu'hier.[75] Nous verrons dans une première partie que ce phénomène est central pour l'institution pénitentiaire : il s'articule aux transformations des métiers pénitentiaires et vient renforcer une logique pluridisciplinaire de prise en charge globale et individualisée des personnes détenues (partie 1). De façon concomitante, les établissements pénitentiaires se sont dotés de services psychiatriques depuis les années 1970, dont le fonctionnement est régi par une circulaire datant de 1986.[76] Ces « SMPR[77] » (Services Médico-Psychologiques Régionaux) ne sont *a priori* pas spécialisés en psychiatrie légale ou en criminologie mais constituent le troisième « secteur » de psychiatrie (à côté des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile). C'est-à-dire qu'ils sont considérés par la loi comme la tête avancée de l'hôpital au sein de la prison - et non comme des infirmeries carcérales. Ce positionnement est depuis les origines source de dilemmes pour les équipes, dilemmes qui se cristallisent autour du mandat social des « psy »: doivent-ils contribuer au maintien de l'ordre carcéral ? A l'objectif de lutte contre la récidive ? Dans un contexte contemporain d'injonction au partage d'informations, ces dilemmes sont plus que jamais au cœur d'un conflit de juridiction qui se traduit par une lutte permanente autour des limites et des usages du secret médical (partie 2). Avec ou sans les « psy », l'institution carcérale semble soumise à un phénomène de « psychiatrisation » que nous chercherons à qualifier. Si la prison n'est pas hospitalière pour les personnes présentant des troubles mentaux, elle semble cependant se métamorphoser progressivement en structure asilaire (partie 3).

75 Il est en effet difficile, faute d'études épidémiologiques comparatives et diachroniques d'établir avec certitude cette augmentation, qui questionne aussi la limite de ce que l'on appelle des « troubles mentaux », limite qui a évolué avec le temps. Cette augmentation est cependant confirmée subjectivement par de nombreux professionnels et un faisceau d'indices soutiennent cette hypothèse: diminution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie, prononcé de mois en moins fréquent de l'irresponsabilité pénale - voire même plus grande sévérité à l'égard des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux; évolution de la perception par les juges et les experts des établissements pénitentiaire, qui se sont dotés de services indépendants de médecine et de psychiatrie (Bessin, Lechien, 2000; Brahmy, 2005 ; Bérard, Chantraine, 2008)

76 Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 a en effet créé des « Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire » (SPMP) dans chaque région pénitentiaire. Chaque SPMP est rattaché à un établissement hospitalier public. Il comprend notamment un service médico-psychologique régional (SMPR), service hospitalier de consultations ambulatoires implanté au sein d'un établissement pénitentiaire. Dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR, les actions de dépistage et les soins psychiatriques ambulatoires sont dispensés par un « dispositif de soins psychiatriques » en lien avec le « secteur de psychiatrie générale » de l'hôpital avec lequel la prison a passé une convention.

77 Les équipes pluridisciplinaires composées de psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux et secrétaires médicaux sont plus ou moins étoffées selon les établissements. Nous parlerons dans la suite du texte « d'équipes psy » pour qualifier ces équipes pluridisciplinaires.

1. Quand le trouble mental bouscule l'ordre carcéral

La prison étudiée est donc une prison quelconque, qui contrairement à un établissement comme celui de Château-Thierry n'a pas pour « spécialisation » d'accueillir des personnes détenues présentant de graves troubles mentaux. Et pourtant tout au long du terrain ethnographique, la question de la « maladie mentale » s'est posée presque quotidiennement aux différents acteurs que j'observe au sein de la détention. Loin de constituer un artefact – mon attention est évidemment attirée par l'objet que j'étudie – le problème « des troubles mentaux » fait l'objet d'un souci permanent pour l'institution carcérale et ses acteurs. Nous verrons dans un premier temps que le regard profane des professionnels pénitentiaire tend à assimiler le « trouble mental » au risque d'agression, ce qui pourrait procéder d'une requalification psychiatrique de la violence. Le « trouble mental » renvoie cependant également à une souffrance qu'il s'agit de prendre en charge. Si « l'écoute » semble devenir un registre professionnel valorisé chez les surveillants, c'est peut-être parce qu'elle participe d'une meilleure « gestion prévisionnelle » (Castel, 1981) des risques. Il s'agirait dès lors de « veiller sur » les détenus pour mieux les surveiller. Cette entreprise de prévention semble en effet se généraliser à l'ensemble de l'établissement avec le concept de la « pluridisciplinarité », qui organise le partage des savoirs acquis sur les personnes détenues, dans le but d'offrir une prise en charge globale, dont le « plan d'exécution des peines » semble être le symbole. La réticence des psychiatres à participer aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) est, dans ce contexte, mal acceptée par l'ensemble des professions pénitentiaires.

1.1. Du trouble au danger : une « psychiatrisation » de la violence ?

Dès le premier entretien avec le directeur général du complexe pénitentiaire étudié, la question de la « maladie mentale » est thématisée comme un trouble à l'ordre carcéral. « *Nous avons beaucoup de troubles du comportement ici* » affirme-t-il, avançant pour preuve les quelques 500 placements en hospitalisation d'office[78] réalisés au cours de l'année précédente. « Troubles mentaux », « troubles du comportement », « trouble de la personnalité » sont posés comme des équivalents, et pour résoudre le « *problème de coopération avec le médical* », le directeur a développé une instance, la « commission violence », qui « *se réunit après chaque pic de violence et tente de repérer les ruptures de comportement* ». Le nom de cette commission, dont je n'entendrai cependant plus parler au cours de mon terrain, est révélatrice de l'assimilation réalisée fréquemment en prison (et au-delà) entre troubles mentaux et violence. Le premier « désordre » que créerait la maladie mentale serait donc de la violence. Cette

78 L'hospitalisation d'office suivant le paragraphe D398 du Code de Procédure Pénale est prévue pour les personnes détenues dont l'état serait incompatible avec le maintien en détention. En pratique, elle est cependant aussi utilisée comme une hospitalisation classique, et se réalise aussi avec le consentement des personnes détenues. Elle n'est donc pas un bon indicateur des « troubles du comportement » puisque des personnes souffrant par exemple de graves troubles anxieux ou dépressifs sont également susceptibles d'être hospitalisés. Les chiffres sont en fait différents: environ 200 hospitalisations d'office ont été réalisées en 2010 et au total près de 2200 jours d'hospitalisation.

violence, partiellement fantasmatique, suscite une certaine peur, que viennent cristalliser les récits d'agressions de surveillants.

1.1.1. La nébuleuse des troubles mentaux

Si la catégorie « *personne détenue présentant des troubles mentaux* » n'existe évidemment pas de façon formelle en prison, elle est cependant souvent mobilisée par les professionnels pénitentiaires que je rencontre. Les « fous » représentent une catégorie indigène aux frontières floues, qui recoupe par endroit la catégorie des « vulnérables » et s'oppose, souvent, à une catégorie également peu clairement délimitée, celle des « toxicomanes », qui peut renvoyer tant aux personnes consommant des substances illégales qu'à des personnes détenues prenant, sur prescription ou non, des substances médicamenteuses (Fernandez, 2010). Soucieux de me « présenter » les « vrais fous » du bâtiment dont il a la charge, un surveillant gradé m'entraîne ainsi dans les coursives après m'avoir prévenue : « *ici, on a beaucoup beaucoup de toxicos. Mais des vrais fous, je dirais qu'on en a cinq. (Face à ma moue interrogative) : Comment on le repère un fou ? Il est toujours seul, toujours isolé* ». Cette définition interactionnelle, qui renvoie à l'idée goffmanienne que le malade mental serait celui qui perturbe les inscriptions sociales de la personne, « *remet en cause les règles de l'interaction, et s'avère donc (destructeur) du pacte social habituel de l'interaction* » (Goffman, 1973 cité par Velpry 2008). Parmi ces 5 personnes détenues considérées comme « vraiment » folles, je rencontre ainsi Monsieur B., incarcéré depuis plusieurs mois pour des faits d'exhibition sexuelle. Assis à même le sol dans sa cellule, il dessine des entrelacs complexes sur des feuilles blanches, au milieu d'une montagne d'immondices, de barquettes de nourritures accumulées depuis plusieurs semaines. L'odeur est putride, des mouches volent dans la cellule. Un autre détenu se trouve dans un état d'incurie totale, à tel point que les cellules environnantes ne sont pas occupées. Deux autres ont le regard absent et présentent des signes évidents de débilité. Le dernier, Monsieur H., n'est jamais sorti de sa cellule. Il passe son temps allongé dans le noir, et se lève seulement lorsque les surveillants le lui demandent.

Si ces cinq cas font l'unanimité (je retrouverai leur nom dans différentes commissions, et d'un air entendu, les professionnels en présence laisseront entendre qu'ils sont « bien » fous : « ah ! Monsieur B. ! »), la dénomination n'est pas toujours aussi évidente. Pour certains, c'est « *la toxicomanie qui leur donnent des problèmes psychiatriques* », tandis que d'autres affirment « *et puis il y en a qui ont bien compris le système, et c'est du chantage* ». Les « troubles mentaux » ne constituent donc pas une catégorie pénitentiaire partagée, mais sont plutôt l'objet de débats sans cesse renouvelés (sur l'authenticité du trouble ou la « normalité » du comportement). Ils suscitent en tous cas de nombreuses interrogations. Ainsi, lors d'une formation de personnels de surveillance amenés à travailler dans les services médicaux (UCSA et SMPR) de la nouvelle prison du complexe pénitentiaire, les surveillants doivent « *définir ce qu'est un « détenu malade » et associer à cette définition l'émotion qu'ils ressentent* ». L'un des groupes explique : « *on a mis des « détenus qui arrivent avec un coup de folie ». Et l'émotion là : incompréhension* ». Le formateur questionne : « *incompréhension, mais… peur ?* ». Le groupe : « *non non, pas peur, surtout incompréhension. Et curiosité aussi, parce qu'on n'est pas formés comme les personnels médicaux* ».

Cette « incompréhension » est fréquemment invoquée par les surveillants, qui doivent s'accommoder des transformations de l'institution carcérale et gérer des situations inhabituelles pour des personnels non formés à la psychiatrie. Ainsi à propos à Monsieur B. (Présenté ci-dessus), le surveillant gradé conclut la visite par ce questionnement : *« alors personne ne sait si c'est nous qui devons nettoyer la cellule ou le médical. L'auxi ne veut pas le faire, je comprends bien, mais nous on n'est pas aide soignant. Mais enfin, de toutes façons, la question c'est : qu'est-ce qu'il fait là ce Monsieur ? Je suis sûr qu'il n'a même pas conscience d'être en prison ».* Même impuissance lors de l'« entretien arrivant » d'un septuagénaire qui vient d'éventrer sa femme, alors que le lieutenant qui l'interroge découvre qu'il a commis son acte *« sous l'influence de petits hommes qui sont entrés chez lui sur des mouches volantes ».* Etonnée par la situation - à laquelle j'assiste pantoise - je lui demande : *« mais cet homme, il est incarcéré en préventive, mais il va être jugé irresponsable, non ? ».* Il me répond, désabusé : *« oh si vous saviez, on en a qui sont bien plus fous, et qui sont quand même condamnés, donc non, c'est pas sûr du tout ».*

L'une des épreuves du concours de lieutenant portait en 2010 sur la question de « la dépénalisation des troubles mentaux », signe que l'institution s'interroge - et interroge ses personnels - sur une situation qui questionne le sens de la punition et contribue à déstabiliser l'ordre carcéral. Il semble en effet que l'on ne retienne de la « maladie mentale » que la partie la plus visible (comportements irrationnels, « offenses sociales »), celle qui trouble l'ordre carcéral. En effet, *« en prison, il n'y a d'autre événement possible que le trouble, ce qui perturbe l'ordre interne ou externe, le but poursuivi n'étant pas une quelconque création sociale ou matérielle, mais la conservation de la structure »* (Chauvenet et al., 2008, 20). Autour du trouble mental se cristallisent ainsi des récits d'agression, véritables histoires à dormir debout.

1.1.2. L'agression imprévisible : quand le trouble devient danger

Lorsqu'on invite les surveillants à parler des « troubles mentaux », quelques récits reviennent régulièrement à propos de ces « détenus agités, les schizophrènes, les psychotiques » qui, par leurs « troubles du comportement » suscitent de « l'inquiétude, peur, trouille » et une méfiance permanente : *« le radar, il est en mode… rouge ! Il fonctionne à fond*[79] *! ».* Ainsi, l'année précédent mon terrain, un collègue a *« échappé de peu »* à un coup mortel lorsqu'un détenu *« en crise »* lui *« a sauté dessus avec une lame artisanale ».* Cette histoire m'est racontée avec moult détails en différentes circonstances par divers surveillants. Ce mode de récit, qui insiste souvent sur le caractère héroïque du surveillant qui aurait réussi une prise de judo à plaquer le détenu au sol, semble chercher à exorciser la peur que ces événements « imprévisibles » suscitent.

Lors de la troisième semaine du terrain ethnographique, une agression similaire entraîne une grève inopinée : un détenu revenu en apparence calme d'une hospitalisation d'office, a lancé de l'huile bouillante sur le surveillant qui venait ouvrir la porte de la cellule pour un départ en promenade. *« La brûlure n'est pas grave »* m'explique l'une des directrices de l'établissement *« mais l'équipe est sous le choc, surtout que le surveillant n'était pas du genre provocateur… et le détenu non plus d'ailleurs ».* Plus que l'événement, c'est son caractère imprévisible qui effraie ici, ainsi que l'arbitraire de l'événement :

79 Expressions utilisées par les personnels pénitentiaires présents lors de la formation « UCSA-SMPR » présentée ci-dessus.

« *la peur en prison (est) liée au fait qu'on ne peut y fuir les situations de dangers* » (Chauvenet et al., 2008, 85). Ce genre d'incidents graves est rare mais contribue à augmenter le sentiment que maladie mentale et violence seraient corrélées (Phelan, Link, 1998) et alimente ainsi une certaine méfiance à l'encontre des « fous ». Cette méfiance n'est pas éloignée de celle qui existe à l'extérieur des prisons, où « *le thème de la maladie mentale est presque exclusivement abordé de façon négative et les personnes ayant une pathologie psychiatrique sont le plus souvent présentées comme violentes, que ce soit dans les informations ou dans les émissions de divertissement ou de fiction* » (Velpry, Lovell, 2008).

Ces situations renouvellent l'incompréhension, mêlée de colère, des personnels pénitentiaires face au phénomène d'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison. Ainsi, devant le piquet de grève, une surveillante m'explique : « *est-ce que c'est vraiment à nous de gérer ce genre de types ? C'est un fou, c'est clair. Mais c'est pas marqué hôpital psychiatrique ici, c'est marqué prison* ». Avec environ 7% de détenus schizophrènes, plus de 22% de détenus souffrant de trouble dépressifs graves et plus de 35% de détenus souffrant au moins d'un trouble mental et jugés gravement malades (Falissard et al., 2006), l'analogie réalisée par cette surveillante prend sens. Cette analogie est d'ailleurs filée tout au long de mon terrain, par des surveillants qui comparent parfois leur travail à celui d'infirmiers en psychiatrie. Dans l'un des bureaux de la détention, un échange prend ainsi forme :

Surveillant 1 : « *Des fois je compare avec mon beau-frère qui est infirmier en psychiatrie, ça ressemble des fois ! Sauf que nous on n'est pas formés pour ça !* » ***Surveillant 2 :*** « *Oui, puis faut voir le nombre de cas psy ici ! Pfff ! Quand on nous fait : « lui c'est ouverture de cellule avec un gradé et deux surveillants, c'est un profil psy », ben on est là « ok, d'accord… mais nous on n'est pas psy ! C'est pas notre boulot. Franchement on se demande quoi !* ***Surveillant 1 :*** *de toutes façons, notre boulot des fois, faut pas trop y penser. Personne ne fait ça par vocation, c'est pas possible !*

Le désarroi est important, tout autant que la peur, peur de l'imprévisible, du trouble qui, dans un univers pathogène comme la prison pourrait dégénérer en décompensation violente. Avec le « trouble mental », les trois figures de la contagion, « *la maladie, le vice et la rébellion* » semblent ainsi se superposer (Salle, 2010). Un surveillant présent à la formation ironise ainsi à ce sujet : « *heureusement que la maladie mentale est pas contagieuse, sinon on serait tous fous !* » Mais un autre enchaîne aussitôt : « *non mais tu crois quoi ? On a tous un brin !* », rappelant par l'humour que la prison rend fou… y compris ses personnels.

1.2. Sollicitude et prévention des risques

Mais la présence de « profils psy », de « fous », ou de « personnes détenues présentant des troubles mentaux » suscite également, au-delà de la peur et de la méfiance, une empathie certaine, qui se manifeste par un « souci des détenus » et par la volonté de mieux écouter leurs souffrances. Ce souci converge avec les transformations du métier de surveillant, mais laisse transparaître une certaine ambiguïté : en effet, l'écoute est aussi un instrument du métier de surveillant. « Veiller sur » est donc également une façon de mieux « surveiller » (Quessada, 2010).

1.2.1. Le souci des détenus

Lors de la formation présentée plus haut et destinée aux surveillants amenés à travailler dans les services de soin de la nouvelle prison du complexe carcéral que j'observe, une surveillante se fait la porte-parole de ses collègues face au formateur (psychologue du SMPR) et explique : « *On se sent exclus en fait* ». Le formateur : « *Oui, mais c'est parce qu'il y a un secret professionnel ?!* ». Elle répond : « *Ok, mais c'est frustrant en tant que surveillant. Parce qu'on n'est pas que des surveillants, on peut aussi faire autre chose, écouter, etc.* ». Une collègue la relaie : « *Oui, c'est vrai. Des fois on signale un type qui va pas bien. On a discuté avec lui pendant des heures déjà, et puis après aucun retour. On sait pas comment il va. Le SMPR nous renvoie pas l'ascenseur* ». Tout le monde ne partage pas ce « souci des autres », ici détenus (Paperman, Laugier, 2006), et certains surveillants en formation se disent ainsi « blasés ». Mais le formateur cherche à les convaincre que « *derrière cette indifférence, qui n'est pas une émotion, c'est une protection, une façon de ne pas ressentir d'émotion, mais si vous creusez, vous êtes sans doute touchés, non ?* ». Une surveillante du premier groupe renchérit : « *oui, il y a un sentiment d'impuissance. Parce que le détenu malade, c'est aussi le mal-être, qui doit être soigné* ».

Ces surveillantes revendiquent ici une participation au soin, non pas tant à la « cure » médicale, puisqu'elle admettent par ailleurs « *ne rien y connaître à la maladie mentale* », qu'à une certaine forme de « care », entendu ici comme les pratiques fondées sur une disposition éthique ou morale qui permettent de venir en aide à des personnes considérées comme vulnérables, ou encore, comme l'explique Joan Tronto, « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (Tronto, 2009 : 143). Participer au *care* c'est prendre en charge une partie de la souffrance de personnes détenues, activité qui relèverait d'une disposition personnelle ou d'une compétence relationnelle individuelle. L'activité d'écoute est ici considérée comme un dispositif improvisé, une « *pratique dont on pourrait penser qu'elle relève largement de qualités ordinaires auxquelles s'appliqueraient une sorte de sens commun. A la différence de la clinique médicale ou psychiatrique, qui suppose des savoirs et des compétences spécifiques, écouter est un acte, et peut-être une attitude, qui sont de l'ordre du quotidien et qui, au fond, peuvent être mis en œuvre par tout un chacun* ». (Fassin, 2004, 71). Mais la volonté de se former pour mieux comprendre ces troubles mentaux existe.

Cette attitude est sans aucun doute liée à une plus grande attention envers les troubles mentaux et les taux élevés de suicide en prison (Chantraine, Cliquennois, 2010), et participe d'un mouvement compassionnel plus général qui se traduit par une « *sensibilité au malheur, une valorisation des sentiments, une passion pour l'intime, une attention portée à l'autre, une recherche de proximité comme gage d'authenticité de la relation* » traduits tant « *dans les politiques publiques (que) dans les actions privées* » (Fassin, 2006). La plus grande visibilité des troubles mentaux suscite le besoin et le désir de mieux comprendre, de savoir plus et d'être soutenus dans une activité professionnelle difficile. Mais les transformations du métier de surveillant expliquent sans doute également comme cette disposition à l'écoute peut se trouver valorisée dans le discours des personnels de surveillance.

1.2.2. L'écoute, une compétence professionnelle ?

L'écoute constitue depuis longtemps l'une des caractéristiques essentielles du métier de surveillant de prison. Comme le montrent Georges Benguigui, Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic, dans une étude maintenant classique sur les surveillants de prison, l'idée d'une sous-culture surveillante « anti-détenus » et « anti-réinsertion » relève du mythe : derrière un discours de façade réactif et défensif, prêché par quelques convaincus et chargé surtout d'assurer la cohésion du groupe professionnel, le discours privé des surveillants est bien plus nuancé, construit et complexe. « *Les surveillants pensent systématiquement que leurs collègues ont une attitude plus hostile aux détenus et plus opposée à l'idée de réinsertion qu'eux-mêmes.* » (Benguigui et al., 1994). Cependant, pour les trois auteurs, « *la menace que représente le groupe des détenus assure la cohésion et alimente un discours commun, quand rien d'autre en prison ne l'autorise. Elle organise une solidarité défensive, nécessaire à l'affrontement du danger.* » Il nous semble que ce « discours commun » trouve, avec la question de la souffrance (corrélée à la maladie mentale), une nouvelle base, que la « prison autorise » voire même favorise. L'attention à la souffrance et l'écoute des personnes détenues devient une compétence professionnelle mise en avant et valorisée par l'administration.

Depuis 1987, la mission des personnels de surveillance est double (assurer la garde mais aussi participer à la réinsertion des personnes détenues) ; depuis 1998, cette profession s'est largement féminisée (Malochet, 2005) et les niveaux de diplôme se sont élevés. De plus, dans un contexte de dénonciation des conditions de détention (au début des années 2000), les procédures de contrôle de l'activité des surveillants se sont renforcées (nouveaux logiciels, instances de contrôle nationales) et la formation de ces professionnels a évolué : ainsi, les surveillants sont sensibilisés à la question du suicide, grande préoccupation de l'institution carcérale et le Ministère de la Justice met en avant l'importance de « l'écoute » dans ses campagnes de recrutement.[80] Si les surveillants ne se sont pas transformés en « éducateurs » (et si toutes les femmes ne sont pas naturellement dotée d'un sens du contact et de la communication, voir Malochet, 2005), on peut tout de même noter que ce registre de l'écoute est sans doute plus valorisée au sein de la profession qu'elle ne l'était précédemment et vient peut-être éroder un peu plus le « *mythe de l'existence d'une culture surveillante, antidétenus et antiréinsertion* » (Benguigui et al., 1994).

L'écoute devient dès lors une part du travail des personnels de surveillance. Le gradé de l'un des bâtiments de la prison m'explique ainsi avec une fierté mêlée de désillusion : « *notre bureau, c'est le bureau des pleurs. Les détenus, ils défilent avec leurs soucis, leurs problèmes, on les écoute. « Alors qu'est-ce que je peux faire pour vous aujourd'hui ?*[81] »». L'idée que la prison produit de la souffrance est une évidence pour tout le monde, et nombre de surveillants condamnent cet aspect pathogène (même si beaucoup continuent d'estimer qu'il est souhaitable et nécessaire). Ainsi lors de cette même

80 Voir sur le site du ministère de la Justice: http://www.metiers.justice.gouv.fr/presentation-des-metiers-10070/les-metiers-de-ladministration-penitentiaire-10072/personnels-de-surveillance-11803.html Cette compétence n'est évidemment pas la seule, et fait notoire, les personnels de surveillance participent depuis la loi pénitentiaire de 2009 à la « lutte contre la récidive ».

81 Il faudrait bien sûr analyser ce propos, qui est autant destiné à une enquêtrice dont on suppose une « sympathie pro-détenus » qu'à la description fidèle de son activité. Il a cependant le mérite d'indiquer la hiérarchie de valeurs prescrites au métier de surveillant.

formation, un jeune surveillant raconte le premier suicide qu'il a « décroché ». *« Après ça a été plusieurs nuits sans sommeil. Pourquoi j'ai pas vu venir, est-ce que c'est ma faute. Parce que quoi qu'on dise, c'est un homme quoi. C'est un choc de voir un homme se suicider.*[82] » Le sentiment de culpabilité exprimé par ce surveillant traduit bien l'assimilation de ce nouvel objectif professionnel : écouter, savoir repérer des signes de souffrance fait partie de l'accomplissement de la mission de surveillance.

Les modèles professionnels semblent faire de l'écoute l'une des compétences professionnelles attendues des surveillants, mais l'enjeu du *« processus de socialisation professionnelle (consiste dans) l'apprentissage de la gestion des décalages entre des normes apprises (les « modèles professionnels »), d'un côté, et des comportements observés (les « réalités professionnelles »), de l'autre.* » (Malochet, 2004). L'écoute pourrait dès lors relever d'un « savoir-faire » professionnel. Pour cette profession soumise au *« face à face direct sans objectif »* (contrairement au médecin qui soigne, au prof qui enseigne, etc.), l'écoute pourrait être l'une des « *médiations* » mises en œuvre pour sortir de la *« relation en miroir »* (Chauvenet et al. 2008). L'écoute participerait ainsi du professionnalisme des surveillants.

1.2.3. « Veiller sur » pour surveiller

Mais l'écoute est parfois mise en œuvre de façon procédurale, sans que l'empathie soit exprimée : ainsi un surveillant gradé reçoit un détenu qui a été signalé par un collègue d'étage. Primo-arrivant, le détenu semble « suicidaire » m'explique-t-il. Il le reçoit pour faire le point et s'exprime de façon très formelle : « *bon, je vous reçois parce qu'on m'a signalé que vous n'alliez pas très bien. Je tenais donc à vous informer que j'en avais référé au service psychiatrique, qui viendra vous voir très bientôt* ». Le détenu tente alors de s'expliquer de façon confuse. Il est visiblement mal à l'aise : « *oui, mais c'est que… j'aime pas trop moi quand on me regarde un peu trop… c'est rapport à mon père… enfin quand j'étais petit, bon, il était violent et il me regardait de travers* ». Sa voix est haut perchée, son débit est cahoteux. Le premier surveillant l'interrompt : « *Oui, bon, mais ici, il faut changer d'attitude. Les surveillants sont là pour vous épauler, hein, si vous avez un problème, mais il faut tenir, hein. Très honnêtement, vous voulez que je vous dise : vous avez un profil de mule. Vous savez ce que c'est une mule ?* » Il lui explique qu'une mule est un détenu qui fait entre de la drogue ou tout autre produit interdit, et lui demande de façon expresse d'en référer immédiatement aux surveillants s'il se trouve dans une telle situation. *« Il ne faut pas vous laisser instrumentaliser ».* Cette question semble être la préoccupation principale du surveillant qui ne laisse finalement pas vraiment le détenu s'épancher sur ses maux. L'homme réussit quand même à nous expliquer qu'il est en cure de Subutex, que sa toxicomanie a un lien avec des relations familiales très conflictuelles, son père l'a chassé de chez lui. Le surveillant s'impatiente ostensiblement et finit par l'interrompre : « *écoutez, au jour d'aujourd'hui, je vois que vous n'allez pas bien, je l'ai notifié au service responsable, et ils vont faire le nécessaire. Vous comprenez bien, là je prends le temps de vous écouter, mais ça ne sera pas toujours comme ça. Il y a 400 hommes ici, alors si vous avez besoin de parler, il faut aller voir le SPIP ou la psy. ».*

82 Pour la rigueur de la restitution: un surveillant s'exclame au fond de la salle: « ça fait toujours un de moins », rappelant que l'antagonisme surveillants / détenus a de beaux jours devant lui.

Cet échange est révélateur de l'ambiguïté de l'activité d'écoute : l'écoute ne relève pas ici d'une disposition personnelle du surveillant ou de ses qualités d'empathie, mais plutôt d'une compétence professionnelle qu'il s'agit de mettre en œuvre pour mieux remplir son travail de surveillance - et empêcher qu'un détenu vulnérable ne se retrouve impliqué dans un trafic de stupéfiants. L'entretien relève de la mise en garde autant que du conseil bien intentionné. Et si les « *surveillants sont là pour vous épauler* », ce soutien vise tant à protéger un détenu faible qu'à empêcher des activités interdites en détention. Les détenus sont d'ailleurs généralement plutôt méfiants envers la sollicitude des surveillants ou des personnels de l'administration pénitentiaire.

Ainsi, si la plupart des personnes détenues qu'elle rencontre acceptent de se confier, la psychologue du projet d'exécution des peines (PEP) rencontre parfois des difficultés, liées à son statut de salariée de l'administration pénitentiaire. En entretien, un détenu lui explique ainsi : « *Moi je me prends la tête quand je vous vois, parce que vous répétez… je fais le tri, est-ce que je peux dire, est-ce que je peux pas… ?* » Il commence à vider son sac : « *Moi, je suis là pour 300 000 euros, j'ai pas le droit aux perm' alors qu'un connard de pointeur a le droit de sortir, vous comprenez la logique ?* » Mais s'arrête net : « *Vous faites de l'espionnage vous en fait. J'suis méfiant. Vous avez plein d'infos, mais vous dites rien. De toutes façons, le PEP, ça a été créé pour que l'administration ait plein d'informations.* » Cette méfiance extrême renvoie à l'idée foucaldienne que les « techniques de savoir » s'articulent souvent à des « stratégies de pouvoir » (cf. *La Volonté de Savoir*, Foucault, 1976). L'écoute pourrait ainsi participer d'une revitalisation du panoptique : abandonnant l'idée de tout voir, l'administration pénitentiaire chercherait à tout entendre, à sonder les âmes pour mieux surveiller les corps.

La création en 2000 du « parcours d'exécution des peines » et le recrutement d'un psychologue PEP dans chaque établissement pour peine (centre de détention et maison centrale) s'inscrit dans ce mouvement. En effet, si le parcours d'exécution des peines vise à « *donner plus de sens à la peine privative de liberté* » en guidant le détenu dans son parcours de peine, il permet[83] par ailleurs de « *définir les modalités de prise en charge et d'observation permettant une meilleure connaissance du détenu, (et d')améliorer dès lors l'efficacité des actions visant à sa réinsertion et accroître la sécurité des établissements* », mais surtout « *d'améliorer l'individualisation judiciaire et administrative de la peine en proposant au juge ou à l'autorité administrative compétente des éléments objectifs d'appréciation du comportement de chaque détenu sur lesquels ils peuvent asseoir leur décision.* » En somme, le PEP s'inscrit dans un travail de repérage des risques : il s'agit par la meilleure connaissance du détenu d'améliorer la sécurité des prisons, et d'aider les juges d'application des peines à rendre des décisions plus sûres. Il n'est pas étonnant dès lors que des psychologues, dont on espère qu'ils seront à même de sonder l'âme des détenus, soient embauchés pour réaliser ce travail.

Entre veille bienveillante et surveillance, entre protection et contrôle, l'action des surveillants (mais également des conseillers d'insertion et de probation et des psychologues PEP) semble ainsi viser à maintenir l'ordre présent, mais également à anticiper des comportements futurs. L'écoute est donc

83 Cf. circ. NOR : JUSE0040058C du 21 juillet 2000

prise dans des enjeux de temporalités qui dépassent le présent pour s'intéresser au futur, c'est-à-dire, en milieu carcéral, à la sortie et au risque de récidive.

1.3. *Savoir pour mieux prévoir*

Si l'écoute se développe parce que le corps professionnel des surveillants a évolué et que les dispositions ont changé, elle s'inscrit dans un registre compassionnel qu'il serait naïf de considérer comme antinomique avec le travail de surveillance et de contrôle. Au contraire – et c'est tout l'ambiguïté des pratiques de *care* qui transparaît ici (Garrau, Le Goff, 2010) – l'écoute est aussi l'occasion d'accumuler un savoir sur les personnes détenues, savoir qui vise à mieux prévoir leur comportement futur. Ce savoir est au principe de nouvelles initiatives de l'administration pénitentiaire, qui s'inscrivent dans le nouvel objectif de « pluridisciplinarité ».

1.3.1. La « pluridisciplinarité » : pour une surveillance partagée

L'idée d'une prise en charge globale des personnes détenues n'est pas nouvelle : ainsi avec la création en 2000 du parcours d'exécution des peines, l'administration pénitentiaire a créé des commissions PEP, qui réunissent différents professionnels - psychologue PEP, mais aussi conseillers d'insertion et de probation, surveillants, etc. - chargés de discuter du déroulement de la peine des personnes condamnées. Le concept de « pluridisciplinarité » s'inscrit dans la succession de cette commission : il s'agit, par la pluridisciplinarité, de définir les bornes d'un territoire professionnel commun, au sein duquel l'information serait capitalisée. Ce nouveau terme apparaît en deux endroits de la loi pénitentiaire[84] de 2009 : d'une part, est prévue une « *période d'observation pluridisciplinaire permettant de faire le bilan de la personnalité du détenu* » et d'autre part, la loi crée les « commissions pluridisciplinaires unique[85] », chargées « *d'examiner le parcours d'exécution de la peine pour chaque personne détenue condamnée* ».

La « *période d'observation pluridisciplinaire* » se traduit localement par la création de « *quartiers pré-arrivants* » et par l'organisation d'entretiens arrivants formalisés et soumis à une labellisation (Chauvenet, Rambourg, 2010). La personne détenue rencontre donc dans les premiers jours de son incarcération un représentant de chacun des corps professionnels : personnels pénitentiaires, conseillers d'insertion et de probation, services médicaux, responsables locaux de l'enseignement, responsable du travail. Elle doit alors décliner, face aux différents interlocuteurs, des informations concernant son statut social, familial, professionnel, pénal, mais également médical. Pour chaque professionnel, l'objectif est différent : il s'agit de proposer du travail et de repérer les qualifications, d'identifier un interlocuteur « *à contacter en cas de problème* », d'organiser le suivi des problèmes de santé, etc.

Ainsi, les lieutenants chargés de réaliser les entretiens s'appuient sur deux documents : une grille dite « d'évaluation du potentiel de dangerosité » et une grille « d'évaluation du potentiel

84 Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

85 Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) prévue par le décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 en application de la loi pénitentiaire.

suicidaire ». Les deux documents s'intéressent, dans une démarche actuarielle, aux « risques » ou aux « facteurs » qui pourraient annoncer la potentialité que survienne un incident (agression entre détenus, agression sur les personnels, suicide, etc.). Mais ces formulaires ne sont en fait pas au centre de l'attention : ils resteront pour la plupart rangés dans les dossiers de chacun des services (comme me l'explique un lieutenant pénitentiaire : *« les formulaires ils sont imprimés et stockés en détention, mais franchement ils servent juste à sortir le parapluie pour les 2% de cas qui posent problème en prison »*). Mais ils contribuent à importer dans les pratiques les outils et la logique de la « nouvelle pénologie » (Feeley, Simon, 1992) et une « culture du risque » caractéristique du mode de gouvernement « post-disciplinaire » de la prison (Chantraine, 2006).

Une partie de ces informations seront échangées lors de la « commission pluridisciplinaire unique » qui réunit toutes les semaines l'ensemble des services de l'établissement (membre de la direction, directeurs de bâtiment, et représentant de « l'école », du « travail » et du « social[86] ») pour décider de l'affectation des personnes nouvellement arrivées dans l'établissement et organiser la surveillance spéciale des personnes repérées comme présentant une certaine vulnérabilité. Les échanges qui ont cours lors de cette commission permettent de repérer les préoccupations de l'institution. Si parfois la discussion peut tourner autour de l'histoire de vie de la personne détenue, les échanges[87] se concentrent sur trois éléments : le parcours pénal de la personne détenue (est-elle déjà connue des services ?), son état psychologique ou son « caractère » (décrit de façon dichotomique : auto-agressif ? Hétéro-agressif ?) et son « affectation en bâtiment » (l'aile, la coursive et la cellule), qui fait l'objet d'une discussion entre le/la représentant des bâtiments et le/la directrice présent/e à la CPU. Cette discussion se déroule devant un écran sur lequel est projetée la page « GIDE » (logiciel commun à l'administration pénitentiaire) de la personne écrouée, complétée sommairement par un secrétaire de séance (surveillant).

1.3.2. Vulnérable ou dangereux ? Une catégorisation dichotomique du trouble mental

Dans ces commissions, le profil pénal est mentionné rapidement, ainsi que les diverses demandes de travail formulées par la personne, mais c'est l'état psychologique de la personne détenue qui est au cœur des échanges, dirigés par le représentant de la direction qui demande pour chaque nouveau cas : *« bon, et alors comme il va ce Monsieur ?[88] »*, *« Et cette Dame, elle est comment ? »*. Les informations disponibles sont alors données principalement par le/la représentant/e des conseillers d'insertion et de probation, qui s'appuient sur les synthèses réalisées par leurs collègues, et par les surveillants du quartier arrivant. Les mêmes mots reviennent régulièrement : « vulnérable », « choc carcéral », « primo-arrivant », « c'est un habitué, RAS », « passé psychiatrique », « profil psy », « il a déjà fait une TS », « elle s'est auto-mutilée ». La consommation d'antidépresseurs, de médicaments, de

86 Lors des six CPU observées, aucun représentant des services médicaux n'était présent, à l'exception d'une CPU organisée en centre de détention.

87 Ces échanges sont pressés par le temps: plus de 30 dossiers sont traités chaque semaine dans la maison d'arrêt du complexe pénitentiaire étudié.

88 Pour respecter l'anonymat des personnes concernées, les initiales attribuées au cas présentés ci-dessous sont fictives

produits de substitution, le profil toxicomaniaque de la personne (alcool, drogues) sont également mentionnés lorsque des informations ont été données à ce propos. Pour les personnes déjà connues des services, l'information repose sur la connaissance que les acteurs présents ont de la personne (« ah oui, il a été hospitalisé il y a un an », « je me rappelle, il n'arrêtait pas de s'auto-mutiler »).

Les informations considérées comme pertinentes traduisent la préoccupation centrale que constitue le suicide. Elle est déjà présente en amont dans les « entretiens arrivants » ainsi que l'illustre cet échange, entre une femme « primo-arrivante » (environ 50 ans, en détention préventive pour conduite en état alcoolique) et une Conseillère d'Insertion et de Probation (CIP) :

« Vous avez été suivie par un psy pour la dépression ?
- Oui, ben oui, pendant un certain temps, mais c'était bon ça, c'était fini.
- Et des tentatives de suicide, vous en avez fait ?
- Non, non non.
- Et vous y pensez au suicide ??
- Non !! »

Il s'agit de *prévenir* les suicides et les agressions, c'est-à-dire d'estimer « la probabilité qu'un événement funeste survienne pour tenter de le faire tendre vers zéro » (Peretti-Watel, 2009). En ce sens, les entretiens arrivants et la Commission Pluridisciplinaire Unique participent d'une « mise en risque » (Chantraine, Cliquennois, 2010, 62) du suicide. Comme le montrent Chantraine et Cliquennois : *« la prise de conscience d'une sursuicidité carcérale en prison exprimée dans la première réglementation de 1967 accompagne sur cette question la formation de savoirs essentiellement statistiques qui resteront prédominants jusqu'à aujourd'hui »*. La commission pluridisciplinaire unique cherche ainsi à profiler les personnes détenues et à les classer dans des catégories qui détermineront le niveau de « surveillance spécifique » (catégorie 1 ou 2 en fonction du niveau de gravité du risque) qui devra leur être appliqué. Mais à côté du suicide, c'est la probabilité d'un comportement agressif qui est posée et avec elle celle de l'affectation (cellule simple ou doublée). Cette question donne aux commissions l'apparence d'un casse-tête sans fin, car elles viennent complexifier encore un système d'affectation déjà délicat dans un établissement surpeuplé comme l'est la maison d'arrêt observée. En effet, comme me l'explique le gradé de l'un des bâtiments : « *on essaie de ne jamais mettre ensemble les courtes peines et les longues, les correctionnelles et les criminelles, les pointeurs et les autres. Autant dire que c'est un vrai casse-tête* ». Décidées en l'absence de la personne détenue concernée, ces catégorisations et affectations se basent donc sur les informations dont disposent les participants à la commission, qui constitue un dispositif de « gestion prévisionnelle » (Castel, 1981).

Certains « cas » sont tranchés rapidement : à propos de « Monsieur C. », le CIP précise ainsi : « *nombreuses HO, schizophrène. Rupture de traitement pendant la garde à vue. Vulnérable. Catégorie 2, et doublé*[89] *si possible* ». A propos de « Madame F. », une surveillante lit ses notes *: « pas de tendance*

89 Placé en cellule double.

suicidaire, mais c'est une primaire, il faut la protéger, elle est un peu choquée par son arrivée. Elle a peur de la détention ». La directrice tranche : « *on la double et il faudrait lui trouver un travail pour l'occuper* ». Mais d'autres font l'objet d'un petit débat : à propos de « Mademoiselle G. » que la surveillante présente comme « *fragile, choquée, vulnérable, mais pas vraiment suicidaire, elle comprend bien ce qui se passe* », tandis que la CIP présente un tableau différent « *elle fait quand même des bouffées délirantes, je ne sais pas trop quoi en penser* », la directrice demande : « *oui, mais c'est auto- ou hétéro-agressif ? Parce que bon… elle a tué quelqu'un cette petite dame !* ». En l'absence de réponse univoque, elle tranche dans le sens d'une surveillance intense (catégorie 2) et d'un placement en cellule seule. Dans certains cas plus rares, c'est un placement à l'isolement qui est décidé : ainsi, un détenu « *hospitalisé d'office plusieurs fois* » et dont « *l'âge mental ne dépasse pas 5 ans* » selon les dires d'un surveillant, est placé au quartier isolement par mesure de sûreté.

En l'absence de représentant du SMPR, le directeur présent ne peut s'appuyer sur une « expertise » psychiatrique et doit se contenter de la liste que le service lui a transmise (indiquant simplement les niveaux de surveillance recommandés pour les personnes détenues) et des commentaires des représentants des différents services. La discussion tient parfois de l'interprétation profane : « *pour Monsieur P., le SMPR dit maintien ++++* ». Le surveillant présent commente : « *ah bon ? il avait l'air bien, mais bon je ne suis pas médecin !* ». Sur un autre cas, un CIP explique : « *alors Monsieur T. Il est délirant, genre paranoïaque. Il vient de partir en HO. Mais je ne sais pas si c'est le traitement, mais il est complètement agressif. Comme s'il avait un comportement de psychotique. Enfin quand je l'ai vu, il était en crise, pas bien du tout* ». La directrice conclut « *bon il faudra le revoir quand il reviendra, mais on le place au bâtiment B* ».

Les recommandations du SMPR font généralement office de décision : ainsi pour un détenu, le SMPR a indiqué sur la liste des « surveillances spécifiques » : « à ne pas laisser seul ». Le surveillant est embêté : « *son codétenu est parti au QD (quartier disciplinaire). On fait quoi ?* ». La directrice répond : « *on le change de cellule pour la nuit. Même s'il dit qu'il se sent bien. On ne prend pas de risque, il est en catégorie 1* ». Mais les recommandations sont considérées comme « *pas très qualitatives* » et une responsable de bâtiment m'explique : « *ils ont sans doute de grosses réticences à nous en dire plus, mais c'est pas très pratique pour nous* ». Les avis du SMPR sont cependant parfois remis en question (notamment lorsque le nombre de « surveillances spécifiques » est tel que les personnels pénitentiaires commencent à se plaindre de la durée de leurs rondes de nuit). Ainsi pour Monsieur D., la directrice décide, sur un ton sec : « *Bon. Personne n'a d'élément nouveau ? Il ne pose pas problème ? Bah moi je le repasse en catégorie 1. On le notifie au SMPR, ils auront jusqu'à lundi pour s'y opposer s'ils ne sont pas d'accord. Vous notifiez hein, Monsieur D. ?* » Mais l'ensemble des participants de la CPU s'accorde pour regretter l'absence des « psy ». Cette situation laisse une directrice perplexe : « *on peut quand même donner des informations concernant l'état psychique d'une personne sans trahir le secret médical, surtout lorsque c'est pour le bien-être du détenu* ».

Le trouble mental est donc systématiquement interprété en terme de risque (d'agression ou de suicide) et vient complexifier un système d'affectation pourtant déjà alambiqué (tout particulièrement en maison d'arrêt). Contrairement aux annexes psychiatriques belges, le trouble mental en tant que tel n'est pas un

principe de différenciation des espaces, mais il constitue bien l'un des éléments déterminant l'affectation des personnes détenues. Les discussions autour de l'état psychologique des personnes détenues occupent une bonne partie de ces réunions, si bien que l'absence de représentant du SMPR est considérée comme une aberration. En effet, on suppose que le savoir psychiatrique pourrait donner la clef à ces questionnements en apparence insolubles qui se posent à la commission pluridisciplinaire unique.

1.3.3. Faire sans le « savoir psy » : une gageure pour les Juges de l'Application des Peines

Cet avis est partagé par les Juges de l'Application des Peines, compétents pour prononcer des mesures d'aménagement de peines (placement à l'extérieur, semi-liberté, réduction, fractionnement ou suspension de peines, libération conditionnelle et placement sous surveillance électronique). Que ce soit en Commission d'Application des Peines (CAP) ou en audience, les Juges de l'Application des Peines font presque systématiquement référence au « suivi SMPR », c'est-à-dire aux soins entrepris par les personnes détenues à propos desquels ils doivent statuer. Avoir un « suivi SMPR » témoigne des efforts entrepris par les personnes détenues pour se réinsérer. Ainsi, à propos de Madame N. qui demande une permission de sortir, sa conseillère d'insertion et de probation explique : « *Madame N., c'est simple, elle fait tout : du FLE, elle travaille à la buanderie, elle va au SMPR. C'est une détenue modèle* ». « Aller au SMPR, être suivi par le SMPR » signale donc de la part du détenu la volonté de se soigner, c'est-à-dire de s'en sortir. Même si certains « suivis » sont placés sous caution. Une JAP rétorque ainsi à propos d'un jeune homme incarcéré pour usage de stupéfiants : « *non mais lui, il va au SMPR comme je vais au supermarché, non ? C'est bien de prendre un traitement de substitution, mais il faudrait aussi arrêter tout court* », suspectant un usage opportuniste des soins, comme ce qui permet d'accéder aux produits de substitution. Pour d'autres, le « suivi SMPR » est considéré comme inauthentique, destiné seulement à convaincre la JAP des efforts entrepris au cours de l'incarcération. Bref, si l'absence de « suivi SMPR » peut rendre difficile l'obtention d'une mesure d'aménagement de peine (ou de l'ensemble de ses crédits de réduction de peine), le fait d'y aller ne garantit pas le prononcé de la mesure.

Pour certains détenus, le suivi semble être une condition *sine qua none* pour obtenir une mesure d'aménagement de peine : « *Mais Monsieur J., il est là pour une histoire d'attouchements non ? Et il n'est pas suivi au SMPR ? C'est mauvais ça. Pourquoi il n'est pas suivi ?* ». Pour d'autres, le suivi paraît au contraire superflu : ainsi un CIP parle de « *Monsieur L. (qui) a fait des démarches partout. Il est sur liste d'attente pour le travail, pour l'école, et aussi pour le SMPR, parce qu'il n'y a pas de place.* » La JAP rétorque : « *mais il n'a pas besoin de suivi lui, c'est un vol !* ». Ces deux derniers extraits témoignent du rôle que la JAP considère être celui du SMPR : il s'agit de soigner en priorité certaines catégories de détenus, celles dont le délit ou le crime semble corrélé avec l'existence d'un trouble mental ou du comportement, et tout particulièrement les auteurs d'agression sexuelle. Nous verrons plus loin que ce point est au cœur de l'incompréhension entre JAP et SMPR.

Pour toute information en provenance du SMPR, le JAP dispose de cet élément lapidaire « suivi SMPR ». Le SMPR ne fournit qu'une attestation type indiquant que « le chef de service du Service

médico-psychologique régional des établissements pénitentiaires atteste que : Monsieur/Madame *X* a fait une demande de suivi auprès de notre service et qu'un premier rendez-vous lui a été donné le *Date* ». La psychologue PEP m'explique, agacée par ce qu'elle estime être un comportement absurde du SMPR : « *Ils envoient systématiquement les mêmes certificats, indiquant le premier rendez-vous du détenu et ne précisant ni la fréquence des rendez-vous, ni si ces rendez-vous se poursuivent, ni la personne rencontrée au SMPR (Educatrice ? Assistante sociale ? Psychiatre ? Psychologue ?), ni la qualité des consultations et l'avancée du travail thérapeutique mené. Bref, aucune des informations qui pourraient intéresser la pénitentiaire.* » Cette situation est tout à fait inhabituelle pour des JAP habitués à lire des justificatifs détaillés et apportant un faisceau d'indices sur le comportement de la personne détenue (extrait du fichier GIDE de la personne détenue, comptes-rendus d'incidents, etc.). Une JAP m'explique ainsi : « *nous ce qu'il nous faudrait, c'est quelque-chose sur la qualité des soins : percevez-vous une amélioration ? Avant on avait la fréquence des soins, mais ça s'est raidit, maintenant on n'a plus qu'un document qui ne nous sert à rien. Ce sont des éléments qualitatifs qui peuvent nous aider à rendre des jugements plus justes. Sans ça, on est tributaire d'expertises bâclées faute de temps et d'argent, et de nos impressions. Mais c'est un peu léger, les impressions, quand il s'agit de laisser sortir quelqu'un* ». Les JAP ne disposent en fait d'une expertise que dans les cas prévus par la loi, et doivent souvent se contenter d'expertises courtes et peu approfondies dans un contexte de pénurie de moyens.

L'idée centrale est dès lors que la position de repli des « psy » serait une entrave au bon exercice du travail des professions pénitentiaires. « Les « psy » nous mettent des bâtons dans les roues », me dira une directrice de l'établissement, sous-entendant qu'une coopération respectueuse du secret médical serait bénéfique au bon fonctionnement de l'établissement. Car cette coopération est possible selon la psychologue PEP, qui articule elle aussi des contraintes déontologiques et le travail collectif dans la pluridisciplinarité : « *pour moi c'est simple. Je n'ai pas à divulguer les informations que me donnent les détenus lors des entretiens. Je ne donne que les informations essentielles pour leur suivi pénitentiaire et pas plus.* » Comment fixe-t-elle la limite ? « *Le secret commence lorsque je n'écris pas. Tout ce qui est écrit appartient à l'administration, tout ce qui se passe à l'oral peut rester entre le détenu et moi. Je ne répète que ce que l'AP a besoin de savoir* ». Un territoire commun à tous ces professionnels existerait donc, au-delà des bornes du secret médical, que les « psy » du SMPR ne voudraient pas fouler. Nous allons voir dans la partie suivante que la situation est plus complexe qu'il n'y paraît.

1.3.4. Créer un corps d'experts pénitentiaires ?

Les annexes psychiatriques belges ont développé, à côté[90] des « services des soins de santé en prison » (SSSP) chargés de la prise en charge psychiatrique et médicale, des « services psycho-sociaux » (SPP) qui fournissent à l'établissement des expertises sur les personnes détenues (voir supra - présentation des institutions belges). En Allemagne dans le Land de Berlin, à côté de l'équipe soignante, un service d'expertise interne a également été développé (le PsychD - Psychologischer Dienst ou service de psychologie).

90 Cela ne signifie pas que la question du secret médical est réglée une bonne fois pour toutes dans ces dispositifs institutionnels comme le montre bien la partie ethnographique belge de ce rapport.

• • •

Si les acteurs pénitentiaires et judiciaires rencontrés sur le terrain ne sont généralement pas familier de ce genre de solutions institutionnelles, ils réagissent tous avec beaucoup d'enthousiasme à l'idée de créer un service d'expertise interne. Une directrice de l'établissement réagit ainsi à cette idée : « *mais oui, bien sûr, c'est ça qu'il nous faudrait. Enfin qu'on ait un vrai regard psychiatrique sur les détenus et des psychiatres qui ont le droit de nous parler* ». Même adhésion d'une juge de l'application des peines : « *oui, c'est vrai qu'en France, ce type de solution fait cruellement défaut. On a des experts, mais pas de l'établissement donc ils ne connaissent pas forcément très bien les détenus… et puis il faut avouer qu'on les paie mal, en retard, enfin c'est pas des conditions motivantes pour eux* ».

Présenté à l'équipe du SMPR de l'établissement, le dispositif institutionnel allemand ne soulève pas le même enthousiasme du côté des équipes soignantes. Choquée par l'idée que les patients puissent demander la levée du secret médical pour que les thérapeutes informent les experts de la qualité des soins menés, une psychologue (11 ans d'ancienneté dans l'établissement) intervient en ces termes : « *ça fait froid dans le dos ce que vous racontez. C'est sûr que c'est un peu ce qu'on nous demande ici, mais moi, personnellement, ça me choque* ». Une psychiatre (plus de 15 ans d'ancienneté) me dit, à l'issue de la réunion : « *moi je n'ai rien contre les experts, c'est bien qu'il y ait des experts. Mais moi je ne suis pas payée par la justice ! Moi mon seul et unique client, c'est le patient… enfin le patient et la sécurité sociale, mais pas la prison, et pas la justice.* ». Seul un psychiatre (2 ans d'ancienneté) me dira par la suite en entretien : « *ce serait une idée en fait. Avoir des médecins pénitentiaires, des gens qui sauront où ils vont. Pourquoi pas oui, avoir une fonction plus expertale, mais alors il faudrait que ce soit clairement distingué : les soins ici, l'expertise là. C'est quand c'est ambigu qu'il y a de la dérive.* »

L'idée est cependant admise de part et d'autre que le savoir des psychiatres (et des psychologues) pourrait cependant aider - que l'on réprouve ou non cette aide - l'administration pénitentiaire et la justice dans leurs missions respectives. Le secret se retrouve ici confronté à une morale commune, « *à l'intérêt commun de la société ou de ses représentants (la prévention de la contamination, celle des risques d'évasion et du danger potentiel qu'elle représente)* ». (Bessin, Lechien, 2000, 191).

• • •

Que l'augmentation du nombre de personnes détenues présentant des troubles mentaux soit avérée ou non, cette thématique est cependant omniprésente dans un établissement pénitentiaire non spécialisé comme celui que nous explorons. Ces troubles mentaux suscitent comme à l'extérieur de la prison peur et méfiance, attisées par des récits d'incident violents, irrationnels et imprévisibles. Les troubles mentaux participent à faire de la prison un univers « dangereux ». Ces troubles sont aussi le signe d'autant de souffrances, que l'administration tente tant bien que mal de prendre en charge, aidée en cela par des personnels de surveillance plus disposés à « l'écoute » des personnes détenues - ou en tous cas prêts à valoriser cette part de leur exercice professionnel. Cette écoute est également un élément central dans le dispositif de « savoir » que la prison met en place pour mieux « prévoir » les incidents, c'est-à-dire tout particulièrement les suicides et les agressions. La maladie mentale, en ce qu'on la considère difficilement compréhensible pour des profanes, crée ici un trouble : comment prévoir le comportement d'une personne détenue ? Etre sûr que ses symptômes ne donneront pas lieu à une explosion de violence ? Le raisonnement, basé sur une vision profane de

ce qu'est la maladie mentale, donne lieu à un déploiement d'outils de mesure qui s'inscrivent dans une gestion prévisionnelle des risques. Ces outils semblent s'inscrire dans « *le principe de la peur* » et renforcer « *l'un des paradoxes de la prison* » « *lié au fait que, organisée pour faire face à l'imprévu et au danger que représentent les détenus, elle entretient en fait l'un et l'autre* » (Chauvenet et al., 2008, 71). Dans ce contexte, le savoir psychiatrique, c'est-à-dire celui que détiennent les professionnels du SMPR, apparaît comme la clef de tous les savoirs.

2. Quand l'injonction au partage d'informations questionne le mandat des psychiatres

Nous avons vu dans la première partie que si la question de la « maladie mentale » était relue à la lumière des troubles et incidents qu'elle pouvait produire, alors le savoir psychiatrique devenait un savoir incontournable et indispensable pour répondre aux questions que se posent l'institution autour des risques de suicide et d'agression et les Juges de l'Application des Peines autour des efforts fournis en détention et du caractère criminogène de la personnalité des détenus. L'absence presque systématique des psychiatres en commission pluridisciplinaire unique et l'attestation laconique fournie aux JAP en Commission d'application des peines et en audience sont dès lors incomprise et suscitent une certaine hostilité vis à vis du Service Médico-Psychologique Régional. Nous verrons dans un premier temps que le reproche concerne l'application extensive que le SMPR fait du secret médical, présentée comme condition *sine qua none* d'exercice du soin en milieu pénitentiaire, et perçue par l'administration pénitentiaire et ses professionnels comme une preuve de manichéisme de la part du service psychiatrique; les aménagements locaux autour du secret médical semblent bien prouver qu'un espace de travail commun pourrait être trouvé. Il en va en fait dans le discours des praticiens d'une protection de l'autonomie de leur profession dans un univers qui menace à un double titre ces professionnels, en leur demandant de participer à l'ordre pénitentiaire et à la lutte contre la récidive.

2.1. Le secret médical : une protection contre le « sale boulot » de punir ?

Dans la réforme des soins en milieu pénitentiaire (1986 puis 1994)[91] et dans sa mise en œuvre, la rhétorique d'un certain « choc des cultures » a prévalu (Bessin, Lechien, 2000, 183). C'est que, comme le rappellent les deux auteurs, se joue en prison comme dans tout univers social ce qu'Everett Hughes appelle « *le drame social du travail* » qui met en présence « *des catégories de personnes définissant la situation selon des perspectives fondamentales différentes* » (Hughes, 1996). Peut-on cependant résumer l'épineuse question du partage d'informations entre service psychiatrique et professions pénitentiaires et judiciaires à une division morale du travail ? Le secret médical ne serait-il protégé que parce qu'il « *renforce le prestige social du médecin, alors que le secret pénal du surveillant n'aide pas à valoriser son « sale boulot ».* (Bessin, Lechien, 2000, 208) ? Les soignants avancent plutôt une certaine antinomie fondamentale entre le principe du secret et celui de la surveillance, qui menacerait sans cesse leur activité de soin. Malgré ces deux discours tranchés, force est de constater qu'un ordre se négocie difficilement entre soignants et personnels pénitentiaires.

2.1.1. Des praticiens manichéens ?

91 Loi du 18 janvier 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus.

Le SMPR pratique à l'égard des Commissions Pluridisciplinaire Unique une politique de la chaise vide et refuse de donner aux Juges de l'Application des Peines des informations substantielles sur la nature ou la dynamique des soins entrepris avec les personnes détenues. Suscitant une forte incompréhension, ces deux positionnements tranchés sont considérés par mes différents interlocuteurs pénitentiaires comme une marque de mépris à l'égard du travail réalisé en détention. Comme me l'explique une Conseillère d'Insertion et de Probation, mobilisant l'idée d'un « choc des cultures » : « *en fait, on ne travaille pas vraiment avec le SMPR, ils sont vraiment dans leur coin, ils refusent les contacts avec tout ce qui est pénitentiaire. Ils se considèrent vraiment comme à l'hôpital quoi* ».

Ravi d'accueillir une sociologue qui lui permettra peut-être de comprendre « *pourquoi c'est la guerre avec le SMPR* », le directeur de l'établissement dans lequel je réalise mon terrain d'observation m'accueille par un discours qui deviendra une rengaine sur le terrain : « *notre problème ici, c'est la coopération avec le SMPR. Les « psy » ne nous disent rien. Secret médical ! Secret défense ! Interdit d'entrer. Ils se mettent dans une posture de défense, comme si notre boulot, c'était de violer le secret médical, non mais ! C'est un peu facile de nous prendre pour les méchants.* » L'idée d'un conflit à peine larvé est avancée par un intervenant extérieur, enseignant dans l'établissement : « *ne me parlez pas du SMPR, je ne vais pas être politiquement correct. Je ne comprendrai jamais ce qu'ils font là bas. Ils sont dans un fonctionnement totalement autarcique, ils ne travaillent pas avec nous et quand on ose leur donner une information, ils nous regardent de haut l'air de dire : « mais vous n'y connaissez rien vous. » Alors autant vous dire qu'avec la pénitentiaire, ils sont carrément en guerre… ».* Une véritable guerre opposerait donc « la » pénitentiaire et « le » SMPR, ce deuxième camp se protégeant des empiètements extérieurs grâce à une arme légale : le secret médical.

Dans les coursives, on conteste parfois l'autorité de ces professionnels qui « *croient en savoir plus que nous, mais c'est nous qui vivons avec les détenus toute la journée, c'est nous qu'ils viennent voir quand ils ont des soucis* », on moque ces « psy » arque-boutés sur des « *secrets de Polichinelle* ». On ne comprend pas pourquoi ces professionnels semblent refuser, y compris lorsqu'ils sont dans les bâtiments, le moindre contact avec les personnels pénitentiaires. « *Parfois, ils ne nous disent même pas bonjour* » m'explique un surveillant chargé ce jour d'activer les portes d'entrée en détention et jouant de ce pouvoir pour sanctionner les « blouses blanches » par une attente plus longue. Cette attitude de repli est jugée altière et donne aux surveillants le sentiment que derrière le « *soi-disant secret médical* », une posture de mépris se dessinerait. Ainsi un surveillant me dit : « *mais y'a pas que le secret médical, y'a aussi que pour les médecins, les surveillants c'est de la merde. Moi j'ai bossé pendant deux ans au SMPR de (telle prison), c'était comme ça en tous cas* ». Cette posture de mépris renverrait donc les surveillants à un groupe homogène suspecté d'un seul geste de vouloir nuire aux personnes détenues et nivellerait leur travail vers le bas.

Les « psy » feraient donc la preuve d'une « *approche simpliste (qui) génère schématiquement une problématique des « bons et des méchants* ». (Bessin, Lechien, 2000, 184). Cette idée, largement partagé au sein de l'univers carcéral – y compris par certains « psy » – comporte sans doute une part de vérité : il est pour tous difficile de travailler dans une institution frappée régulièrement d'opprobre, tous les moyens sont bons pour blanchir son identité, et ne pas participer à la sale entreprise de

« punir ». Le secret médical marquerait ainsi la limite entre « tâches nobles » et « sale boulot », protègerait l'identité professionnelle des « psy » de la corruption carcérale et mettrait en évidence la « domination symbolique » des « équipes psy ». Le secret médical participerait donc de la « *division morale du travail horizontale* » entre métiers nobles et non-nobles en prison (Benguigui et al., 1994). Cette idée nous semble cependant réductrice, en ce qu'elle dissimule des enjeux professionnels sur le sens du travail psychiatrique en prison.

2.1.2. Le secret et la surveillance : une antinomie essentielle ?

Du côté des « psy », on emploie de la même façon régulièrement l'expression englobante de « la Pénitentiaire », incarnée par des personnels pénitentiaires dont on critique une certaine propension à l'indiscrétion, oubliant parfois que la « surveillance » est mise en œuvre de façon plus ou moins intrusive, avec plus ou moins de respect. Le discours dominant est celui d'une antinomie essentielle entre secret et surveillance qui compliquerait la tâche des soignants. Etablir une relation de « soin » basée sur une confiance réciproque serait une gageure, pour les personnes détenues, mais également pour les professions « psy » présentes dans les établissements pénitentiaires. Pour « *protéger un espace de soin* », c'est-à-dire, comme le diront la plupart de mes enquêté-es, « *un espace de confiance* », les « psy » apprennent donc, bien plus qu'à l'extérieur ou à l'hôpital, à cacher les informations qu'ils détiennent sur les personnes détenues, bien aidés en cela par l'outil légal du secret médical.

Rejoignant l'idée Simmelienne que le secret et la confiance sont au principe des relations interpersonnelles les « psy » considèrent que le principe de surveillance généralisée est néfaste aux relations. Comme l'explique Simmel, c'est parce que j'accepte de ne pas tout savoir de l'autre que je développe une relation avec lui : « *les relations humaines se départagent sur la question du savoir réciproque : tout ce qui n'est pas dissimulé peut être connu, et tout ce qui n'est pas révélé ne doit pas non plus être connu* ». (p26)). Dans un univers carcéral marqué par le soupçon et la surveillance, cela ne va pas de soi : car même si les prisons contemporaines ne ressemblent plus point par point à l'idéal-type goffmanien d'une « institution totale », elles continuent d'exercer une emprise sur les personnes recluses, emprise dont le fondement est justement « *la dissolution entre domaine privé et sphère publique* » (Lhuilier, 2001).[92] La prison est un lieu de contention, mais surtout de surveillance. Le contrôle est omniprésent, les « *regards s'immiscent dans les territoires du moi les plus secrets et l'enfermement carcéral modifie et peut contribuer à briser les relations les plus personnelles.* » (Lancelevée 2011).

Cette question est au cœur des réflexions de l'équipe du SMPR. Dans une réunion de service, on parle ainsi d'une femme détenue qui a demandé à changer de psychiatre, « *parce qu'elle pense que (Untel) répète ce qu'elle lui dit* ». La psychologue qui la suit en parallèle confirme : « *c'est pas évident avec elle, il faut être très vigilant et bien lui expliquer notre posture. Elle avait commencé à me parler, mais là elle s'est braquée.* » Il s'agit donc par le secret médical de préserver l'intimité des personnes détenues, quitte à ne pas révéler des informations peut-être centrales sur le déroulement de la peine ou le

92 Ou comme le disent Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien: « A travers le partage du secret, c'est la qualification de ce qui est intime qui est sujet à examen. Or, le tracé entre public et privé pose justement problème en prison ». (Bessin, Lechien, 2000, 191)

parcours pénal. L'enjeu est en effet, pour les praticiens que je rencontre – et qui ont sur cette question un discours unanime – de protéger la relation de soin des risques d'instrumentalisation. Une relation de soin authentique ne peut en effet naître que d'une relation basée sur une confiance réciproque : « *c'est sûr que si le détenu pense que je vais répéter ce qu'il me raconte à la juge, il va adapter son discours pour obtenir ses RPS (réductions de peine supplémentaire). Et ça pour moi, ça relève de l'évidence, je ne comprends pas pourquoi on continue de nous demander des infos ! C'est… c'est fou !* ».

Bref, pour les « psy », le « secret médical » ne serait pas qu'un cadre légal[93] dont l'entorse « *est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » (comme ils aiment à le rappeler en toutes circonstances) mais également la condition même de possibilité de leur activité de soin dans un milieu *a priori* hostile comme la prison. Il serait naïf de considérer ici que ces questions ne se posent qu'en prison (elles existent également dans d'autres institutions de la vie sociale, monde du travail). Mais dans une institution qui fait de la surveillance sa mission centrale, la question devient incontournable : « *l'intention de dissimuler prend une tout autre intensité dès qu'elle est confrontée à l'intention de dévoiler.* » (Simmel, 1908). Le secret médical délimiterait donc l'espace de soin comme le rempart d'une citadelle assiégée.

2.1.3. Un ordre difficilement négocié (Strauss, 1992)

La pratique du soin psychiatrique en prison repose en fait comme l'on bien montré Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien au début des années 2000 sur une coopération quotidienne avec les professions pénitentiaires. Exerçant dans une unité de soin à l'écart de la détention,[94] les « psy » se déplacent rarement dans la détention et fournissent aux surveillants la liste des patients à aller chercher dans les bâtiments. Chargé de l'accueil et de la gestion de la salle d'attente, un surveillant est affecté dans le service et exerce un contrôle visuel sur les interactions qui s'y déroulent. Par ailleurs, absents des bâtiments et n'étant pas présents la nuit dans la prison, les « psy » doivent nécessairement s'appuyer sur la surveillance des gardiens pour repérer les comportements étranges, inadaptés, peut-être symptomatiques d'un trouble ou d'une souffrance, mais également pour observer les personnes détenues considérées comme « suicidaires ». Bref si les cultures paraissent s'opposer, « la » pénitentiaire et « le » SMPR travaillent nécessairement ensemble.

Si l'on s'en tenait à la définition du code de déontologie qui dans son article 4 précise que le « *secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* », on pourrait considérer que tous les aménagements cités ci-dessus sont des entorses à la loi. Mais ces écarts rappellent surtout que cette règle du secret médical n'est pas univoque mais objet d'interprétation et d'aménagement.

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

94 Cela est tout particulièrement vrai dans la prison la plus moderne des deux établissements dans lesquels j'ai réalisé mon terrain de recherche. Cette dimension architecturale mériterait à elle seule une analyse, mais remarquons au passage que les établissements les plus récents ont tendance à éloigner un peu plus les espaces socio-éducatifs et de soin, comme pour marquer la spécialisation de chacun dans son « cœur de métier ».

Une marge de manœuvre est même clairement laissée aux soignants par le code de procédure pénale qui dans son article D.378 indique par exemple que c'est au psychiatre *« d'apprécier l'opportunité de participer à la commission d'application des peines »*. Mais au cours des cinq mois de présence dans l'établissement j'assiste une seule fois à une commission pluridisciplinaire unique en présence d'une psychiatre. Les informations données ne révèlent certes pas les pathologies dont souffrent les personnes détenues mais la psychiatre présente donne des informations relevant de la vie personnelle et intime des personnes détenues : *« pour Monsieur D., le SMPR voudrait qu'on maintienne la catégorie 2, pas parce qu'il y a un risque suicidaire, mais parce qu'il fait des cocktails qui peuvent être risqués. Il faut surveiller sa consommation toxicomaniaque »*. Cette distinction « pas suicidaire mais risque d'overdose » donne au lieutenant présent l'idée de *« distinguer les catégories suicidaires et ces cas là, parce que c'est pas la même chose ! »*. Le lieutenant suggère ici que des catégories plus fines permettraient d'améliorer le travail des surveillants pénitentiaires, qui en plus de surveiller « *pourrait savoir quoi surveiller* ». Pour un autre « patient », la psychiatre explique à la commission réunie que *« la copine de Monsieur B. vient de le quitter »* et qu'il *« est donc effondré »*. La représentante du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation confirme l'information que lui a également confié la personne détenue, et valide l'idée de le placer en catégorie 2 *« par précaution »*. A propos d'un autre détenu, la psychiatre explique : *« ce n'est pas moi qui le suit, mais il faut le maintenir dit ma collègue, parce qu'il est fragile, fatigué, et surtout pas vraiment dans la démarche de soin. Il nie toutes les problématiques comme si tout allait bien »*. Dans quelle mesure ces informations relèvent-elles du secret médical ? Peuvent-elles aider les personnels pénitentiaires à mieux « veiller sur » les détenus ou leur donnent-elles au contraire des indices pour affiner leur « surveillance » ? Sont-elles des indicateurs qui pourront être repris dans les rapports remis au JAP et influer sur les décisions prises par ce dernier ?

A ma connaissance, la présence de cette psychiatre en commission pluridisciplinaire unique relève de l'exception dans l'établissement observé, les interactions - souvent par courriers interposées - sont souvent plus formelles et distanciées, comme par exemple ce courrier, que je lis dans le bureau des surveillants de l'un des bâtiments : *« je soussigné Docteur…, psychiatre au SMPR, certifie que l'état de santé de Monsieur X ne lui permet pas d'être doublé en cellule »*. Rien n'est précisé des motivations qui poussent ce psychiatre à prendre cette décision. Pourquoi tant de distance ? Pourquoi près de 30 après l'installation des premiers SMPR en prison, le secret médical est-il toujours au cœur d'un conflit professionnel en apparence insoluble, pourquoi les pratiques ne se sont-elles pas routinisées, stabilisées autour d'un partage de territoires entre professionnels ? Les psychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs rencontrés mettent en avant dans leur réponse la figure tutélaire de leur chef de service et notamment de celui qui est parti à la retraite depuis quelques années en laissant une ligne directrice claire, une véritable politique de secteur.

2.2. Derrière le secret médical, un conflit de juridiction ?

Par « conflit de juridiction », Andrew Abbott entend le conflit entre différentes professions autour du monopole de définition de leurs territoires d'activité. La question centrale est donc celle de l'autonomie professionnelle (Abbott, 2003). Cette « indépendance » des « psy » est posée comme la vertu cardinale de leur activité en prison et dessine une véritable politique de secteur, sédimentée par un contrôle interne au SMPR, matérialisée dans des textes, et cristallisée dans une expression à visée performative : « *nous soignons des patients, pas des détenus* », expression systématiquement utilisée par les personnels du SMPR que je rencontre.

2.2.1. Une politique de secteur

Dans les entretiens réalisés auprès des différents professionnels du SMPR des établissements observés, la question de la délicate coopération avec « la » Pénitentiaire ou « les » surveillants est systématiquement abordée, même si chacun apporte des nuances : la guerre devient conflit personnel contre « *tel surveillant, qui a un comportement vraiment intolérable* », le conflit est parfois un agacement général contre l'environnement de travail dont on critique la rigidité. Certains – et notamment les infirmier-e-s qui fréquentent les surveillant-e-s au quotidien dans les coursives – questionnent la loi du silence qui pèse sur eux : « *C'est vrai que des fois je trouve ça un peu ridicule de ne pas du tout parler avec les surveillants alors qu'on passe la journée avec eux…* ». Cette règle informelle n'est bien sûr pas partout appliquée avec la même rigueur, et je croise régulièrement des infirmières qui fument, cependant sans trop s'attarder, une cigarette avec un groupe de surveillants. Mais certains espaces et tout particulièrement ceux qui sont sous le regard de l'équipe sont soumis à un contrôle informel : « *moi on m'a déjà reprise parce que je rigolais avec un surveillant à la porte du SMPR. Si si, je vous jure. C'est… bon je comprends, c'est une question d'image, par rapport aux détenus, tout ça, mais… c'est peut-être un peu… « too much » comme on dit* », m'explique une infirmière qui travaille dans la partie « hospitalisation de jour » du SMPR. Une collègue justifie cette position rigide : « *c'est que… oui, on commence par se raconter nos souvenirs de vacances et puis hop, ça finit par dériver sur tel détenu et puis hop on donne une info qu'on aurait pas du donner, et alors là… on vous tombe dessus* ». Dans la partie « hospitalisation de jour », la porte du bureau des infirmier-e-s est toujours fermée; les couloirs du SMPR « ambulatoire » sont silencieux et ne sont pas le lieu de conversations informelles. L'équipe a donc adopté un certain nombre de manières de faire qui permettent d'éviter au maximum que de l'information ne « fuite ».

Ce contrôle est relativement régulé et semble en première apparence imposé par le haut, de façon hiérarchique. Les réunions de service, auxquelles nous n'avons pour l'instant pu participer que très occasionnellement, semblent ainsi être le lieu où se réaffirment ces principes de distance et cette loi du silence.

Si nous pouvons parler d'une « politique de service », c'est parce que ce principe d'indépendance est réaffirmé dans les documents que le service fournit à l'administration pénitentiaire et aux Juges de l'Application des Peines. Ainsi, on peut lire, au verso des documents envoyés par le SMPR que « *le*

secret médical s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Il ne peut être « partagé » à propos d'un patient, que seulement entre les soignants qui le prennent en charge. » Le document mentionne les obligations légales codifiées par divers textes - code de déontologie médicale, code de santé publique, code pénal et fait un effort de pédagogie en expliquant différents cas de jurisprudence : ainsi le texte explique ainsi que « *même la personne inculpée ne peut lever le secret médical de son médecin traitant, la concernant, pour l'autoriser à témoigner devant la Cour d'Assises (Cass., Crim 22 décembre 1966); car « le malade serait toujours contraint d'autoriser la levée du secret si cette dernière était admise, sous peine de voir un refus interprété en sa défaveur* » ». Il incite les juges à « *fonder leur intime conviction sur d'autres critères, autorisés par la loi* ». Le ton se fait aussi plus menaçant : « *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent - article L.1110-4 du code de santé publique - est puni d'un an d'emprisonnement et de quinze mille euros d'amende (loi du 4 mars 2002)* ». En entretien, plusieurs interlocuteurs me renverront d'ailleurs à ce document pour m'expliquer leur posture : « *c'est assez bien expliqué au dos de nos certificats.* »

Cette posture est par ailleurs défendue dans d'autres sphères – médiatique et politique – par le chef de service du SMPR, et plus encore par son prédécesseur, qui a pris position dans le débat public sur la question des limites de la coopération entre psychiatres et magistrats ou sur l'importance du « consentement au soin » dans la relation thérapeutique en milieu pénitentiaire. Ce psychiatre a participé à la création du SMPR de l'établissement que j'observe et a exercé des responsabilités au sein de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire : il a donc suivi de près l'évolution de l'institution pénitentiaire. Le chef de service actuel participe toujours aux activités de l'association, qui, dans un courrier[95] à ses adhérents de mars 2011 rappelle les professionnels de santé exerçant en prison à leurs obligations déontologiques (indépendance, secret professionnel, consentement du patient et assistance à personne en péril) face à la mise en place de la Commission Pluridisciplinaire Unique (voir supra 1.3.1). Ce courrier rappelle que la participation à ces commissions ne « *revêt aucun caractère obligatoire* » pour les équipes soignantes qui peuvent décider « *d'y aller ou non* ». Il enjoint enfin les équipes à « *garder (leur) objectif prioritaire : le soin à la personne* ».

Cette politique de service est donc d'abord territoriale : il s'agit de borner, par le secret médical, un espace réservé au soin et aux soignants au sein duquel il est interdit de pénétrer. Mais au-delà du territoire, ce sont les contenus du travail qui semblent menacés par l'environnement pénitentiaire.

2.2.2. Des patients, pas des détenus

Les « psy » que j'ai rencontrés parlent systématiquement de « patients », et non de « détenus ». Cette dénomination pourrait apparaître cosmétique : les patients sont évidemment également des personnes détenues et personne ne l'ignore complètement. Cependant parler de « patients », c'est, pour les praticiens rencontrés, une façon d'élargir le cadre de la relation : « *nous, ce qui nous intéresse,*

95 Courrier de mars 2011 cosigné par le Dr Patrick Serre, président de l'A.P.S.E.P (Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison), le Dr Catherine Paulet, présidente de l'A.S.P.M.P (Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire) et du Dr Emeline Chaigne, présidente du S..P.E.E.P (Syndicat des Praticiens Exerçant En Prison).

c'est la personne, son histoire avant et j'allais dire… au-delà de la prison. Alors bien sûr ils nous parlent surtout de leur quotidien en prison, mais nous c'est des patients qu'on voit, pas des détenus » (psychologue depuis 6 ans dans l'établissement). C'est également une façon de ne pas prendre part au quotidien pénitentiaire : « *Je sais que j'ai des collègues qui interviennent beaucoup : « lui, faut le doubler; lui il faut qu'il soit seul etc. ». Moi j'estime que c'est pas mon rôle. C'est leurs oignons, c'est un truc pénitentiaire ça. Donc je vais dire au patient ce que j'en pense : « vous devriez demander… peut-être que ce serait mieux si vous changiez de cellule » mais je le laisse faire ses démarches* » (psychiatre depuis 2 ans dans l'établissement).

Ainsi, le chef de service d'un autre SMPR explique que le psychiatre peut – et doit – dans certaines circonstances, concourir au maintien de l'ordre ou d'une certaine sérénité au sein de l'établissement pénitentiaire, en acceptant de prendre en charge des personnes détenues dont le comportement serait inadapté à l'univers sans pour autant faire l'objet d'un trouble ou d'une souffrance mentale : « *Tout à fait d'accord pour accueillir un détenu qui est grillé là où il est parce qu'il est entré dans une relation sado-masochique tellement ouverte qu'il n'y a plus de possibilité d'en sortir, ou bien tout simplement en relâchant sa cocotte-minute; si on la met à côté du feu la tension va retomber et on sera thérapeutiques par cette mutation-là.* » Cette participation, toujours limitée, suscite des dilemmes professionnels plus ou moins importants au sein des équipes psychiatriques. Appelés régulièrement à se prononcer sur le maintien des personnes condamnées au quartier disciplinaire, les psychiatres interviewés se positionnent différemment. Certains sont d'avis que « *sur la punition on n'a rien à dire. On peut réprouver personnellement, mais c'est pas notre boulot, c'est celui de la Pénitentiaire. Nous, on doit se prononcer sur le risque de suicide, c'est tout* », d'autres admettent que « *c'est vraiment une question difficile… Moi, quand certains détenus simulent, même si je le sens, je ne prends pas de risque. Oh puis de toutes façons c'est une punition tellement archaïque je veux dire !* ». Pour un psychiatre, dans l'établissement depuis deux ans, « *c'est simple, c'est soit il y a un problème et dans ce cas, c'est hospitalisation d'office, soit il n'y a pas de problème et c'est QD. Le reste, ça ne me regarde pas* ». En pratique, les psychiatres sont donc confrontés à des dilemmes permanents : à quelle condition faut-il sortir une personne du quartier disciplinaire ? La punition disciplinaire peut-elle être thérapeutique ? Ces questionnements rappellent d'ailleurs ceux qui se posent aux experts psychiatres au moment du procès, qui peuvent parfois se questionner sur l'aspect thérapeutique et éducatif de la sanction pénale. Mais d'autres questions relèvent plus directement de l'ordre carcéral : doit-on prescrire à un détenu même lorsque les surveillants signalent un trafic de médicaments ? Les prescriptions d'anxiolytiques n'ont-elles par pour effet de rendre plus supportable le quotidien et ainsi de contribuer à légitimer l'ordre carcéral ? Comme le résume une psychiatre (depuis plus de 15 ans dans l'établissement) : « *on est là pour soigner des gens, dont le principal trouble psychiatrique, c'est la carcéralité* ». On comprend dès lors que les enjeux soient difficilement solubles et que malgré leur réflexivité, ces professionnels n'échappent pas, en pratique, à de multiples questionnements moraux, dont les réponses pratiques forment une « économie morale » du soin (Fernandez, Lézé, 2011).

Ces dilemmes sont anciens, puisque dès les années 1970, J. Fortineau s'interrogeait (Fortineau 1977, cité par Manzarena, Senon, 2004) : « *s'il existe une pathologie de l'incarcération, est-il du ressort des*

psychiatres des hôpitaux de l'assumer ? La tâche des psychiatres des hôpitaux serait-elle d'adapter le prisonnier à la prison ? La création de la psychiatrie carcérale est-elle une façon d'entériner la pénurie de crédits pour la santé mentale ? Cette psychiatrie spéciale à laquelle nous sommes conviés à coopérer sous le regard d'une presse qui a tendance à ne voir en nous que des gardiens de l'ordre, des fliciatres, ne risque-t-elle pas de ternir notre image (…). Les psychiatres des hôpitaux qui ont mis plus de 120 ans à sortir de leurs asiles vont-ils aller maintenant en prison ? ». Sans doute ces dilemmes, qui ressuscitent des questionnements autour du rôle social des psychiatres, tant critiqué par les théoriciens de l'antipsychiatrie dans les années 1960 et 1970 (Szasz, 1961 ; Basaglia, 1970 ; Cooper, 1970 ; Foucault, 1972 ; etc.), expliquent également pourquoi la psychiatrie en milieu carcéral peut[96] avoir du mal à recruter de nouveaux praticiens : « *nombre de psychiatres refusent d'exercer leur spécialité en milieu carcéral, cette expérience étant vécue par certains comme un retour à la fonction disciplinaire de l'asile. Ce climat n'est pas propice à l'instauration d'un véritable dialogue entre l'administration pénitentiaire et les organisations professionnelles de psychiatres sur la place de la psychiatrie en prison* ». (Le Bianic, Malochet, Fernandez, Lézé, 2010).

Prendre ses distances avec l'ordre pénitentiaire (auquel ils participent évidemment, même sans le vouloir), pourrait donc être pour les psychiatres une façon de prévenir les critiques sur le rôle social des psychiatres. Si cette posture est vraisemblablement la plus répandue, j'ai cependant rencontré sur le terrain un certain nombre de praticiens qui prennent ces questions à bras le corps et ne se contentent pas d'un discours lisse et cohérent qui préserverait leur intégrité professionnelle. Ainsi un psychiatre (présent dans l'établissement depuis 2 ans) m'explique : « *Je trouve qu'un psychiatre devrait... enfin c'est un boulot nettement plus politique qu'un autre... (...) mais moi j'aime bien cette gymnastique, me poser des vraies questions.* »

2.2.3. Des souffrances, pas des crimes

Parler de « patients » plutôt que de « détenus » est également une façon pour l'équipe du SMPR de réaffirmer le mandat de la psychiatrie en prison : il s'agit de prendre en charge des maladies et des souffrances mentales et non de participer à la lutte contre la récidive en travaillant exclusivement sur le passage à l'acte criminel. La psychiatrie « en milieu pénitentiaire » ne saurait être une « psychiatrie carcérale ». Mes interlocuteurs s'accordent à penser qu'ils ne doivent pas mener un travail d'expertise à destination du juge et se réfèrent pour certains à la loi pénitentiaire[97] et pour d'autres aux arguments avancés au recto du certificat du SMPR qui débute par ces mots : « *en France, ce ne sont pas les médecins soignants, en milieu carcéral ou en milieu libre, et leurs collaborateurs, qui éclairent les décisions des magistrats, mais des experts nommés par eux* ». Mais dans quelle mesure les

96 La prison étudiée ne rencontre cependant pas ce genre de difficultés, les lettres de candidatures de psychologues, d'infirmiers, et d'internes en psychiatre s'accumulent sur le bureau du chef de service du SMPR. Sans doute cela tient-il au fait que l'établissement est proche d'un centre hospitalo-universitaire et comporte une équipe hospitalière importante. A quelques rares exceptions près, tous les praticiens et infirmiers interrogés disent être venus travailler en prison de leur plein gré et non par défaut. Un responsable de l'Agence Régionale de la Santé de la région étudiée confirme cependant que le recrutement est plus difficile dans les petits établissements qui ne disposent pas d'une équipe complète, et dans lesquels les psychiatres, psychologues ou infirmiers sont amenés à travailler à temps partiel.

97 Qui précise dans son article 48: « Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale. » Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

questions du passage à l'acte criminel et de la récidive sont-ils au cœur des entretiens thérapeutiques ? Faute d'avoir observé les consultations, il est difficile de répondre à cette question de façon univoque, d'autant plus que les orientations thérapeutiques et les formations suivies (spécialisées ou non en psychiatrie légale, en psycho-criminologie) sont diverses et offrent certainement autant de façon d'aborder la question du passage à l'acte criminel. Certains signes témoignent cependant d'un souci, qui s'est formalisé au fil du temps, de spécialisation du SMPR autour de certains types de populations : les toxicomanes tout d'abord avec la création d'une antenne dite CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), les auteurs de violence sexuelle ensuite, avec l'ouverture d'un CRISAVS (Centre de Ressources Interdisciplinaire pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle).

Certains psychologues se disent ainsi spécialisés dans la prise en charge de certains « troubles » : *« moi, je suis vraiment venue en prison parce que j'avais travaillé sur la question des violences sexuelles, et c'était vraiment ça que je voulais faire… pas de la fascination du tout, hein, mais c'est ça qui m'intéressait professionnellement quoi »* m'explique ainsi une psychologue dans l'établissement depuis 3 ans, qui met en place un suivi « composite » d'orientation plutôt psycho-dynamique, mais avec également des suivis de groupe (de personnes sorties de prison) *« où là on utilise des outils qui relèvent plutôt du cognitivo-comportemental, mais c'est plus mon collègue qui est spécialisé là dessus »*. D'autres *« travaille(nt) sur les addictions depuis… 10 ans »* et ont développé localement une association chargée d'accueillir à la sortie les personnes toxicomaniaques et dans une situation de grande précarité.

Si un chef de service résumait avec ironie les évolutions du système pénitentiaire par cette phrase : *« on était le médecin des fous, on devient maintenant le médecin des délinquants »*, les psychiatres et psychologues que je rencontre dans les établissements visités ont en fait pour la plupart pris acte de cette réalité. Les équipes s'adaptent à des transformations de l'institution qu'elles ne maîtrisent pas et notamment en ce qui concerne l'augmentation du nombre de personnes condamnées pour violences sexuelles. C'est d'ailleurs ce que nous explique le chef de service d'un autre établissement, qui accueille une forte proportion *« d'infracteurs sexuels graves »* : *« Q. Est-ce que cela change quelque chose dans le travail du psychiatre ? Oui, oui cela m'oblige à être, disons un peu plus formé, formé, bien-sûr, aux problématiques psycho-comportementales sexuelles »*. Il indique ici que la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'accommode des transformations de la prison, son milieu d'exercice. C'est ce que nous montre également un autre chef de service lorsqu'il considère que le milieu carcéral induit nécessairement la priorisation de certains publics : *« le pivot est l'accès aux soins, c'est à partir de là qu'on peut voir une évolution favorable. Cela ne veut pas dire, d'ailleurs, dans l'accès aux soins, que certains publics ne vont pas être priorisés, par exemple les publics qui souffrent d'addiction, par exemple les publics qui sont auteurs d'infraction à caractère sexuel et tous les publics qui, peu ou prou, sont soumis à de l'incitation aux soins dans la prison, qui va ouvrir sur une obligation de soins à l'extérieur de la prison. »*

• • •

Par ailleurs, les incitations indirectes à se soigner sont fortes pour les nombreux détenus[98] qui risquent, à l'issue de leur peine, de se voir imposer une « injonction de soin » - une obligation judiciaire à se soigner. Et cela a des conséquences sur ce qui se passe en prison. Ainsi, dans le cas du suivi socio-judiciaire, mesure concernant l'après prison, il est clairement stipulé depuis 2007 que « le condamné est informé qu'il peut commencer son traitement pendant sa période de détention. (…) En cas de refus, il risque de se voir refuser le bénéfice de réductions de peines supplémentaires ». Cela n'est bien sûr pas sans conséquences sur la patientèle des équipes « psy » exerçant en prison, c'est-à-dire qu'on leur impose incidemment une population circonscrite par les délits ou crimes commis.

Seuls certains psychiatres m'expliquent ne s'occuper que « *des vrais maladies mentales, comme à l'extérieur* » - addictions ou troubles du comportement et troubles mentaux n'étant bien sûr pas exclusifs les uns des autres. En fait, les cas où ces différentes dimensions sont mélangées sont apparemment les plus fréquents, comme le montre bien l'étude épidémiologique menée sous la direction de Bruno Falissard en 2004 (Falissard (dir.), 2004).

Dans quelle mesure les évolutions de l'institution carcérale et de la morphologie sociale et pénale de la population incarcérée transforme-t-elle les contenus thérapeutiques des praticiens ? Cette question resterait à étudier plus précisément sur la base du matériau recueilli. Il est cependant évident qu'elle soulève de réels dilemmes dans la pratique. Au-delà du territoire professionnel, c'est donc l'autonomie de définition des contenus du travail qui est questionnée en milieu carcéral. Mais derrière ce conflit de juridiction, la question est finalement celle des transformations d'une institution qui se transforme par certains aspects en « hôpital-prison ».

• • •

Le secret médical est donc au cœur de conflits que l'on ne peut pas complètement épuiser avec les outils de l'interactionnisme : en effet, si le secret médical renforce une certaine division morale du travail, et préserve la noble tâche de soigner du sale boulot de punir, il est également un outil politique, destiné à préserver l'autonomie des professionnels « psy » face aux dilemmes que pose leur exercice en milieu pénitentiaire. Le phénomène n'est pas nouveau et sans doute est-il consubstantiel à l'exercice du soin dans un univers de punition. Il en va ainsi de la défense d'une certaine conception du métier et d'un questionnement sur la dimension de contrôle social qu'il implique. Cependant dans un contexte où ces dilemmes sont ravivés par les transformations du dispositif pénitentiaire (ouverture des UHSA, création des centres socio-médico-judiciaires de sûreté), l'injonction à partager des informations que porte en germe le principe de la pluridisciplinarité vient renforcer les tensions autour du secret médical. Préserver le monopole des territoires d'activités face à des définitions concurrentes de leur travail, voilà l'enjeu que « cache le secret médical ». Or pour préserver ce monopole, les « psy » semblent disposer de moins en moins

98 Le champ d'application de l'injonction de soin ne cesse de s'étendre : s'adressant d'abord aux « auteurs d'infractions et de crimes sexuels », elle concerne, depuis 2004 les atteintes criminelles à la vie, les enlèvements et séquestrations, les actes de torture et de barbarie, la destruction volontaire de biens par explosifs ou incendie.

« d'alliés » (Abbott, 2003). La « psychiatrisation de l'univers carcéral » pourrait ainsi se jouer plutôt contre les « psy ».

3. Quand la prison devient asile ?

Si la maladie mentale vient troubler l'ordre carcéral et remettre en question le fonctionnement de l'institution comme nous l'avons vu dans une première partie, l'arrivée d'équipes soignantes étoffées ne semble pas avoir permis de résorber ce trouble, mais semble au contraire créer des tensions fortes et quotidiennes qui se cristallisent autour du partage d'informations et du secret médical comme nous l'avons montré dans la seconde partie. Ces tensions rappellent combien l'exercice du soin est traversé de dilemmes professionnels qui renvoient à un questionnement autour du travail de psychiatre et aux modalités de sa participation à l'ordre carcéral, judiciaire et social. Difficile[99] de vérifier empiriquement si la présence d'équipes soignantes en prison a vraiment eu pour conséquence de faciliter l'incarcération des personnes présentant des troubles mentaux sous prétexte que celles-ci pourraient y être soignées. Cependant, qu'il participe ou non d'une construction sociale (Lenoir, 1999), le « problème des troubles mentaux » est bien thématisé et présent en milieu carcéral, et des dynamiques participent de la transformation de la prison en un lieu de soin. Nous verrons dans un premier temps qu'une certaine « psychiatrisation » de l'univers carcéral, que l'on pourrait considérer, à l'instar de la « médicalisation » comme un « processus par lequel des problèmes non-médicaux sont finalement définis et traités comme des problèmes médicaux » (Conrad, 1992, traduction libre). Ce phénomène pourrait bien relever d'un transfert de responsabilités en direction de l'équipe soignante, qui en participant à la prévention de certains risques, concourrait peut-être à préserver l'image de l'institution. En ce sens, on pourrait, avec Marc Renneville, considérer que la prison n'est pas « malade de ses fous » mais bien « guérie par ses fous » (Renneville, 2004). Les transformations récentes et à venir de l'interface entre prison et hôpital semblent valider cette hypothèse : si les hospitalisations d'office étaient pour l'équipe soignante un moyen de reprendre la main sur le temps et sur l'espace des soins, le constat de leur relatif échec contribue à légitimer une nouvelle solution institutionnelle, les UHSA, qui entérinent l'idée que l'enceinte sécurisée de la prison peut devenir un lieu de soin.

3.1. Une « psychiatrisation » de l'univers carcéral ?

3.1.1. Le psychologique, substitut d'un social en crise ?

Nous avons montré plus haut comment l'institution, troublée par la maladie mentale ou plutôt par des représentations profanes autour de la maladie mentale, considérait avec suspicion les usages du secret médical faits par le SMPR de l'établissement. Pourtant une psychologue du SMPR (présente depuis 4 ans) s'interroge lors d'une discussion informelle : *« je ne comprends pas trop pourquoi le SMPR est suspecté de cacher des informations. Ils fantasment dans l'administration ! Ils croient que le SMPR sait tout et connaît tout le monde avec certitude. Mais bon, d'une part, ils nous disent pas tout, et puis parfois, c'est mieux de pas savoir »*. Cette interrogation, qu'il faut bien évidemment nuancer car les psychiatres, psychologues et infirmiers en connaissent évidemment plus sur les pathologies qui peuvent

99 En effet, l'enquête épidémiologique dirigée par Bruno Falissard en 2004 est unique et ne permet pas de comparaison diachronique. La comparaison est d'autant plus difficile que les catégories nosographiques employées ont également évolué avec le temps.

prévaloir en prison, perçoivent des symptômes, peuvent s'appuyer sur une nosologie médicale pour décrire des comportements voire, parfois, pour anticiper des décompensations psychiques. Ce que cette psychologue pointe du doigt concerne la façon dont des profanes peuvent se représenter le savoir psychiatrique comme un savoir prédictif et certain sur tous les individus. Sans doute cela tient-il en première instance au fait que ce savoir est caché par le secret médical : « *le secret place la personne dans une situation d'exception, il agit comme un charme (…) ce charme croît dans la mesure où le secret que l'on détient en exclusivité est important et vaste.* » (Simmel, 1908, 44)

Mais le « charme » des « psy » relève sans doute partiellement du « fantasme », pour reprendre les termes de cette psychologue. Sans doute cela tient-il à la nature de la psychiatrie, « *discipline (qui) s'est toujours caractérisée, et se caractérise toujours, par le fait qu'elle est à la fois une médecine comme une autre et autre chose que la médecine du fait de la spécificité de son objet : l'esprit humain, que nos sociétés considèrent comme le lieu de la vérité de l'homme* ». (Ehrenberg, 2004, 82). Or dans une institution qui cherche à contrôler au mieux les individus dont elle a la charge, et donc une proportion toujours plus grande d'individus présentant des troubles mentaux graves, ce savoir constitue une véritable mine d'or. A partir du moment où il serait question de souffrance psychique, les « psy » disposeraient de fait d'un quasi-monopole sur la définition des problèmes rencontrés (comme le décrivait Eliot Freidson pour la profession médicale et la maladie, (Freidson, 1988)). Or, comme nous le verrons ci-après avec les signalements, de nombreux comportements et réactions sont lues à la lumière de la souffrance psychique. Cela n'est pas propre à la prison, puisque, comme l'explique Alain Ehrenberg, la « santé mentale » est aujourd'hui « *l'horizon de l'individualisme contemporain, comme le paradis ou l'enfer étaient celui du Moyen-Age* » (Ehrenberg, 2004, 78).

La tentation de « psychologiser » les comportements est donc forte, comme le regrette une psychiatre (plus de 15 ans d'ancienneté dans l'établissement) : « *nous on soigne des malades… on soigne pas tout le monde, les voleurs, les gens qui vivent simplement un peu en marge, qui volent par nécessité, eux… enfin sauf si par ailleurs ils sont malades, mais sinon, c'est pas notre domaine* ». Alors que je lui suggère que l'administration aimerait peut-être étendre ce domaine, elle répond : « *dans ce cas là, tout… tout est anormal, tout meurtrier… mais bon, on va psychiatriser loin hein ! Si on va jusqu'au bout de la logique, dès qu'il y a mort d'homme, c'est psychiatrique !* ». On demanderait ainsi à la psychiatrie d'intervenir hors de son champ de compétence, idée qui revient fréquemment dans les entretiens : « *après tout* - me dit une psychologue (4 ans d'ancienneté) - *si on peut être là aussi pour tous ces jeunes paumés, si on peut les aider à s'y retrouver un peu, c'est déjà ça* ». Cette idée renvoie à l'une des « *lignes de fuites* » que Robert Castel repérait en 1981 dans les évolutions contemporaines du champ psychiatrique : le fait que l'extension de la culture psychologique déboucherait « *sur ce no man's land où les frontières entre le psychologique et le social se brouillent parce qu'une sociabilité programmée par des techniques psychologiques et relationnelles joue le rôle de substitut d'un social en crise* » (Castel, 1981, 197). Il s'agirait encore « *d'étendre le psychologique à tous, sans référence au pathologique* » pour venir « *colmater les failles du social et recouvrir les espaces désertés par une autre conception de la pratique personnelle et collective* ». Or dans un univers justement marqué par l'absence d'espace public (Chauvenet et al. 2008), cette compétence devient centrale. Elle permet peut-être d'oublier que

l'institution crée de l'anomie et du trouble, car, comme le rappellent Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic et Corinne Rostaing, « *faute d'activité et d'échanges, les personnes incarcérées voient leur vie quotidienne envahie par la subjectivité, par les émotions et par l'imagination.* » (Chauvenet et al. 2008, 44)

Sans doute peut-on lire le recrutement de psychologues PEP (psychologues salariés de l'administration pénitentiaire chargés de l'élaboration du Projet d'Exécution des Peines, voir supra) mais également de « psychologues des coursives » (psychologues des personnels pénitentiaires - voir Rostaing, 2006) comme une tentative pour l'administration de développer cette compétence, mais également de mieux la maîtriser, instaurant des « *relations thérapeutiques (…) intégrées à cet « entraînement intensif à la liberté »* » qui selon Gilles Chantraine, caractérise la prison « post-disciplinaire » (Chantraine, 2006, 287). Face aux équipes soignantes du SMPR, l'administration dispose également d'un moyen efficace pour orienter le travail de soin, le « signalement ».

3.1.2. Les « signalements », un transfert de responsabilité ?

Systématisé depuis quelques années (certains surveillants parlent de 6 ans, d'autres d'une dizaine d'années), le « signalement par fax » est aujourd'hui la règle dans l'établissement observé. Un surveillant travaillant au greffe de l'établissement m'explique ainsi l'origine du système : « *en fait, il y a dû y avoir des loupés, des médecins qui ont dit : « ah non, on n'a pas reçu le message » (…) Donc c'est comme le CEL, c'est parce que certains courriers n'arrivaient pas aux destinataires. Le CEL,*[100] *c'est pour améliorer le lien entre les services, mais c'est sûr que c'est un peu lourd comme système* ». Considéré comme fastidieux, ce système est cependant incorporé dans les pratiques des surveillants. Un premier surveillant m'explique ainsi : « *on fait systématiquement un signalement quand un détenu change de comportement. On n'est pas médecins, donc on se couvre.* » Je demande pourquoi il faxe ses courriers plutôt que d'appeler le SMPR : « *le récépissé, c'est la preuve que nous on a bien fait notre boulot* ». Bien faire le boulot, c'est-à-dire bien repérer les changements de comportement, qui ne seront cependant pas pris en charge par l'équipe de surveillants, mais délégués au service psychiatrique. Une Conseillère d'Insertion et de Probation (2 ans d'ancienneté) m'explique ainsi être très rarement appelée pour un détenu qui se sent mal : « *en général, le surveillant d'étage a déjà observé que la personne n'allait pas bien, et a fait un signalement. Après c'est le SMPR qui prend en charge, pas nous* ». Ces signalements procèdent donc d'un transfert de compétence et de responsabilités. Déplorant ce système, l'un des chefs de service rencontrés indique ainsi : « *c'est un système pervers, destiné à mettre l'administration à l'abri de sa responsabilité… même pas pénale parce qu'on est très rarement poursuivis en réalité mais sa responsabilité morale. On arrive à cette espère de chose épouvantable qui est que chacun ne*

100 Courrier Electronique de Liaison. Outil informatique développé au sein des établissements pénitentiaires pour centraliser l'information concernant les personnes détenues. Sur ce livret de suivi individuel sont indiquées l'ensemble des requêtes des personnes détenues ainsi que les réponses apportées par les surveillants, identifiés par leur nom. Participant d'une meilleure « traçabilité » (Chauvenet et Rambourg, 2010) de l'activité pénitentiaire, cet outil est considéré comme un « fichier tentaculaire » qui porte atteinte aux droits des personnes détenues (OIP dans une plainte déposée à la CNIL en juillet 2010). Elle procède certainement d'une meilleure « gestion prévisionnelle des risques » (Castel, 1981)

songe qu'à borner son territoire et on travaille avant tout à définir ce qui n'est pas du domaine du travail commun ».

Les signalements contraignent le SMPR à réagir, si bien que le service, qui reçoit plus d'une dizaine de fax par jour, a organisé un roulement dans la maison d'arrêt du complexe carcéral : des consultations d'urgence ont ainsi lieu chaque après-midi auxquelles participent psychiatres et psychologues. Ces signalements mériteraient une étude approfondie, mais voici quelques-uns des messages que l'on peut y lire :

Une directrice signale : « le détenu déclare qu'il fait des rêves de mort et tient des propos incohérents »
Une autre explique : « le détenu déclare dans un courrier être au bord du gouffre »
Un surveillant : « le détenu déclare ouvertement ses pensées suicidaires »

Les signalements sont réalisés sur « une fiche de signalement » qui propose par ailleurs les items suivants :

Le détenu :
- A fait une tentative de suicide
- Déclare ouvertement ses pensées suicidaires
- S'est auto-mutilé
- A des troubles de comportement (propos incohérents, entend des voix)
- A appris une mauvaise nouvelle (décès d'un proche, rupture des visites au parloir)
- Autre (par exemple on lit dans cette catégorie : « sauf avis contraire de votre part, le détenu C. sera doublé en cellule à compter de ce soir » ou encore « Le détenu B. se déclare gréviste de la faim » ou encore « la CPU du 7/7/11 a décidé le retrait du dispositif de surveillance spécifique du détenu D. Veuillez me faire savoir avant ce soir si vous vous opposez à une telle mesure ».)

A propos de ces signalement, une psychiatre (plus de 15 ans d'ancienneté) m'explique que les personnes détenues sont systématiquement vues, *« même si 9 sur 10 sont de fausses alertes »*. Selon elle, *« ce ne sont pas toujours les détenus les plus demandeurs qui sont le plus en souffrance ».* Nos observations confirment que certains détenus, présentant de toutes évidence les symptômes de maladies mentales graves – doublés de problèmes difficiles à gérer hors de l'espace hospitalier (l'incurie notamment) – ne sont de fait pas au cœur de l'attention de l'équipe médicale. Il ne s'agit sans doute pas ici d'une « politique d'abandon[101] » consciente et assumée mais plutôt d'un effet pervers évident de ce système de signalement. Outil efficace pour astreindre le service psychiatrique à intervenir sur les troubles et les personnes qui sont considérés comme problématiques pour les surveillants, ce système participe du travail de repérage et d'écoute des surveillants mais contribue également à charger la file active du SMPR de situations de détresse qui ne relèvent (selon eux) pas forcément du soin psychiatrique et les poussent à agir sur les troubles les plus visibles, au détriment des souffrances silencieuses.

101 La Cour Européenne a condamné, dans sa décision G. c. France rendue le 23 février 2012 une « politique d'abandon » à l'égard des « détenus atteints de troubles mentaux » qui subiraient en prison des « traitements inhumains et dégradants ».

Ces signalements imposent donc aux équipes soignantes des urgences définies par l'institution carcérale et donc les temporalités de l'institution, rappelant que le temps est au centre d'une « relation de pouvoir » (Bessin, 1999). Si l'on ajoute les « listes de surveillance spéciale » (personnes placées sous observation avec augmentation de la fréquence des rondes de nuit) et les « listes de personnes placées au QD/QI[102] » que les psychiatres doivent rencontrer régulièrement, on comprend que l'administration s'est donné les moyens de faire fonctionner le SMPR au rythme de ses préoccupations.

A ces contraintes temporelles, il faut ajouter les nombreuses contraintes spatiales qui compliquent grandement la pratique des soins (Milly, 2003) : les dispositifs de sécurité sont nombreux (les détenus des différents bâtiments ne peuvent se croiser, les hommes et les femmes ne peuvent être en même temps dans le SMPR, la salle d'attente est limitée à 8 personnes même quand l'équipe soignante est au complet, etc.). Les services SMPR sont par ailleurs localisés toujours plus loin des bâtiments de détention dans les prisons contemporaines : dans le complexe étudié, le service se trouve au sein de la détention dans la prison la plus ancienne, à 200 mètres de la détention dans la prison construite au début des années 2000, et à près de 400 mètres dans la prison la plus récente. Aux mètres s'ajoutent évidemment des portes, sas et portiques qui ralentissent l'accès physique au SMPR.

Une certaine nostalgie est exprimée en direction des anciennes prisons, qui permettaient aux soignants d'accéder rapidement à leurs patients - à l'instar d'une structure hospitalière. Mais paradoxalement tous les praticiens s'accordent à refuser que la prison ne devienne un hôpital. Un psychiatre (présent dans l'établissement depuis 4 ans) m'explique : « *moi je demande pas... et je veux surtout pas que le surveillant se prenne pour un infirmier psy... On n'est pas dans un hôpital psychiatrique... à la limite, on est juste dans un lieu d'habitat collectif. Donc le surveillant, il est comme, le concierge. Mais il doit pas être plus ni moins !* ». L'idée est présente dans le discours de l'un des chefs de service rencontrés : il faut « *essayer de faire comme si c'étaient des patients non hospitalisés, qui habitaient chez eux, et qui se déplaçaient... comme pour aller au CMP (Centre médico-psychologique – secteur général)* ». On retrouve l'ambition initiale des SMPR, qui se sont pensés et se pensent toujours comme un troisième secteur, certes matérialisé par une institution, mais une institution qui ne doit pas être pensée comme une institution de soin.[103] Comme me le dit une psychiatre (depuis 15 ans dans l'établissement) : « *Non y'a pas à collaborer avec l'administration pénitentiaire. Ils se prennent pour des structures… je pense qu'ils rentrent dans cette logique de devenir des structures d'enfermement des malades mentaux. Mais si on commence à aller dans le même sens, c'est la fin de tout* ». Nous retrouvons l'idée qu'il devrait y avoir une équivalence entre le soin proposé dehors et le soin proposé dedans, mais que la

102 Personnes placées au Quartier Disciplinaire ou à l'isolement (Quartier Isolement): dans le premier cas suite à un incident et dans le second pour protéger les surveillants, les codétenus d'une personne considérée comme hétéro-agressive ou le détenu lui-même (personne connue, handicapée, affaire retentissante) mais également pour sanctionner un comportement que l'administration juge intolérable

103 C'est une idée congruente avec les plans des nouvelles prisons, construites sur un schéma pavillonnaire, qui séparent progressivement les lieux de « vie » des détenus et les lieux d'activités, sur le modèle du village.

prison n'est pas un hôpital. Pourtant les indices convergent vers une certaine carcéralisation des soins psychiatriques.

3.2. *Une carcéralisation des « soins psychiatriques » ?*

Face à ces contraintes, les équipes psychiatriques disposent de deux moyens pour reprendre la main sur l'espace et le temps de leur activité : d'une part, elle peuvent demander l'hospitalisation des personnes détenues dans le secteur « hospitalier » du SMPR; d'autre part, elles peuvent demander l'hospitalisation d'office des personnes détenues. Ces deux solutions connaissent de vraies limites, qui ont fini par rendre acceptable l'idée d'une unité hospitalière sécurisée dédiée aux soins psychiatriques.

3.2.1. Des moyens limités pour reprendre la main sur le temps et l'espace de soin

Face à une personne en grande souffrance, l'équipe du SMPR peut donc, si elle estime que le suivi est trop lâche en milieu carcéral, demander le transfert de leur patient vers le « SMPR hospit ». Le législateur semble préconiser cette idée puisqu'il préconise (en l'occurrence le Sénat dans un rapport de 2010) d'incarcérer les personnes jugées coupables mais avec une responsabilité atténuée du fait de troubles mentaux dans des établissements pénitentiaires comprenant un SMPR,[104] actant le fait que les SMPR occupent une position paradoxale d'infirmerie carcérale.

Il s'agit en fait à proprement parler d'une coursive de prison, gardée par des personnels pénitentiaires, mais dans laquelle une équipe soignante étoffée (infirmiers, éducateurs, psychologues et psychiatres) assure un encadrement thérapeutique de jour. La nuit la coursive est donc soumise au même rythme que le reste de la détention, même si les rondes sont plus fréquentes. Disposant d'une dizaine de cellules qui ne sont pas doublées, le service, qui peut accueillir des personnes détenues de toute la région, est vite saturé. Comme le service n'est pas considéré comme appartenant à l'hôpital (même si l'équipe est, elle, hospitalière et garde la main sur le déroulement des activités journalières des patients hébergés), les soignants ne peuvent pratiquer de soins sous contrainte aux personnes détenues et n'accueillent donc que des personnes qui consentent aux soins. Par ailleurs, la structure est relativement vétuste, ce qui a donné l'occasion à la direction inter-régionale des services pénitentiaires d'opposer son veto au transfert de certains détenus, qui selon elle présentaient un risque d'évasion trop important : la dangerosité pénitentiaire l'emportant ainsi sur la dangerosité psychiatrique (i.e. le risque que les symptômes de maladie mentale ne débouchent sur un acte auto- ou hétéro-agressif).

104 C'est ce que propose le Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale par le groupe de travail sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions » par M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontès, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, 5 mai 2010.

Pour certaines pathologies (et notamment les troubles psychotiques - schizophrénie, bouffées délirantes, psychoses chroniques - lorsque les patients sont dans le déni de leurs troubles), la seule solution est donc celle de l'hospitalisation d'office, dans les CHS (Centres hospitaliers spécialisés) du secteur général. Mais les psychiatres du SMPR m'expliquent envoyer également « des personnes qui ont besoin de se mettre au vert », « des troubles thymiques, des grands dépressifs », bref, des personnes « qui présentent des troubles mentaux incompatibles avec leur maintien en détention » (art. D398 du Code de Procédure Pénale) mais qui ne posent pas nécessairement, du fait de ces troubles, un problème d'ordre intérieur aux équipes pénitentiaires – et qui consentent à être hospitalisés.

Les patients sont généralement hospitalisés dans leur secteur d'origine, ou, par défaut, dans le CHS le plus proche de l'établissement pénitentiaire. Les équipes recourent relativement fréquemment à cette solution,[105] rejoignant ici la tendance nationale : il y avait 687 hospitalisations d'office en provenance de prison (en vertu du §D398 du code de procédure pénale) en 1998, 1547 en 2003 et 1845 en 2005 (Le Bianic, Malochet, Fernandez, Lézé, 2009). Ils déplorent cependant les difficultés de mise en œuvre et le temps que peut prendre une hospitalisation d'office, pourtant fréquemment décidée en situation d'urgence. La demande d'hospitalisation doit en effet être avalisée par la Préfecture et l'Agence Régionale de Santé doit prendre contact avec l'établissement hospitalier d'accueil. Le chef de service du SMPR me raconte le cas d'un refus d'hospitalisation : *« c'est un cas unique, mais c'est quand même grave. C'est du déni de soin, on avait demandé l'hospitalisation d'office, et le patient n'a pas été extrait. J'ai écrit au contrôleur des lieux de privation de liberté, parce que pour moi on est dans la non-assistance à personne en danger ici. »* Outre la lenteur de ce circuit décisionnel (les hospitalisations d'office peuvent intervenir près de 5 jours après la demande du psychiatre), des difficultés de communication existent : le SMPR n'est par exemple pas informé au moment où le patient est extrait de la prison, et ne peut donc pas entrer en contact avec les équipes soignantes qui vont l'accueillir; il arrive fréquemment que celles-ci reçoivent la fiche pénale du patient avant de recevoir la lettre d'hospitalisation de leur confrère, ce qui peut susciter certaines craintes autour de la dangerosité criminologique du patient.

Sensibles à ces questions d'ordre organisationnel, les psychiatres du SMPR ont développé un poste dédié de « psychiatre de liaison », qui se rend dans les hôpitaux du secteur pour rassurer les équipes hospitalières et négocier la prise en charge des patients dans de bonnes conditions (c'est-à-dire pour éviter le recours systématique à la chambre d'isolement). Mais tous savent bien que les équipes hospitalières sont réticentes et accueillent avec beaucoup de suspicion ces patients que l'on suppose dangereux parce qu'ils viennent de prison. L'étiquette carcérale est forte alors même que les troubles qui entraînent une hospitalisation sont d'ordre psychiatrique et souvent similaires à ceux que les équipes peuvent prendre en charge habituellement. *« C'est surtout la crainte de l'agression »* m'explique un psychiatre que je rencontre dans l'un de ces Centres Hospitalier Spécialisé, qui m'avoue ne placer les détenus que dans la chambre d'isolement :[106] *« le seul qu'on n'a pas placé en*

105 Environ 200 hospitalisations d'office et 2200 jours d'hospitalisation en 2010 pour l'ensemble du complexe pénitentiaire.

106 La chambre que je visite est nue, le lit, qui dispose de sangles, et les toilettes sont scellés, la fenêtre est recouverte d'une plaque de métal

chambre d'isolement, c'était un Monsieur qui souffrait de troubles dépressifs graves. Là on s'est rendu compte que c'était totalement contre-effectif. On l'a sorti de la chambre. Mais il était incarcéré pour le meurtre de sa femme et ça ressemblait vraiment à un crime passionnel, enfin il n'y avait pas de récidive à craindre, ce n'était pas quelqu'un de violent ». Sans doute faudrait-il ici étudier de plus près les conditions d'hospitalisation et les entretiens que nous avons réalisés avec des personnes détenues qui ont connu une hospitalisation d'office pourraient nous permettre de préciser ces données : en effet, il y a fort à parier qu'au-delà du délit ou du crime commis, l'origine sociale (en ce qu'elle s'exprime par l'hexis corporelle, par le niveau de langage, etc.) peut influer sur les conditions d'hospitalisation.

Quoiqu'il en soit, les durées d'hébergement sont courtes, en moyenne de 10 jours. Or comme me l'explique la psychiatre de liaison : « *on ne soigne pas en moins de 8 jours, on soigne en 6 semaines au moins ! Dont les détenus reviennent toujours mal, mais complètement sédatés* ». Dans les cas de crise grave, dans lesquelles le trouble mental peut faire craindre des actes violents, l'hospitalisation en Unité pour Malade Difficile est envisageable : elle est en pratique très rarement mise en œuvre car les établissements pénitentiaires observés se trouvent à plusieurs centaines de kilomètres de la prochaine UMD. Les hospitalisations d'office se déroulent donc dans des conditions difficiles, si bien qu'elles finissent par être redoutées par de nombreux patients : un surveillant me raconte ainsi le cas d'un détenu qui avait conservé sur lui quelques lames et menaçait de se trancher la carotide si l'ambulance, qui l'attendait devant la prison, l'emmenait à l'hôpital : « *il gueulait : « c'est pire que la prison là-bas », et bon ça a été chaud, on a réussi à intervenir par surprise et à le plaquer au sol, mais avec son chantage, il aurait pu se tuer. De toutes façons, maintenant on ne dit plus aux détenus où ils vont quand on les emmène pour partir en HO. Sinon ils ne viennent pas.* » Les personnes détenues que j'ai rencontrées relatent des expériences souvent éprouvantes en hospitalisation d'office et le psychiatre rencontré au Centre Hospitaliser Spécialisé m'explique : « *il y a des gens qui à peine arrivés demandent à repartir. Bon c'est la chambre d'isolement, le fait qu'ils ne peuvent pas fumer comme ils voudraient. Mais parfois c'est aussi que c'était de la simulation. Ils vont pas si mal que ça ! Et comme ils voient que c'est pas forcément rigolo l'hôpital, ils demandent à repartir en prison* ». Ces propos relèvent sans doute d'une certaine forme de rationalisation secondaire (on renvoie les gens parce qu'ils ne sont pas malades) mais laissent également entrevoir l'image que ce psychiatre se fait des personnes détenues : des manipulateurs qui chercheraient par tous les moyens à sortir de prison. L'hôpital déjouerait ces simulateurs en les plaçant en chambre d'isolement.

Les conditions d'hospitalisation sont variables et le travail de la psychiatre de liaison a, selon les dires du chef de service du SMPR « *permis d'avancer avec les collègues du milieu hospitalier* ». Mais on peut reprendre ici le constat que dressaient Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien à la fin des années 1990 : « *ce va-et-vient que tout le monde déplore, semble-t-il, mais dont les effets rejaillissent sur les SMPR, révèle une carence dans les structures, rien n'étant plus prévu pour ces personnes... si ce n'est la prison. C'est en effet aux personnels des SMPR de gérer une situation impossible, où peuvent se mêler des sentiments de trahison, de déconsidération et d'impuissance, les problèmes causés par le malade exposant les services*

percée de petits trous qui laissent filtrer la lumière du jour. Les murs et le lit sont blancs. Une grosse horloge rouge donne l'heure à la seconde près.

psychiatriques à des confrontations problématiques avec les autres logiques institutionnelles. » (Bessin, Lechien, 2000, 241).

Bref, si les hospitalisations d'office pouvaient permettre aux équipes du SMPR de reprendre la main sur le temps et l'espace de soin, c'est-à-dire d'extraire, au sens propre comme au figuré, les patients de l'environnement carcéral, elles sont en fait elles aussi, par un « *réflexe de défense sociale* » des équipes hospitalières (Bessin, Lechien, 2000, 240) contaminées par la logique carcérale. Les UHSA, unités sécurisées dédiées aux troubles mentaux s'imposent dès lors comme une solution, non dénuée d'ambiguïtés.

3.2.2. Les UHSA par défaut ?

La difficile mise en œuvre de ces hospitalisations participe de la légitimation de la solution institutionnelle que constituent les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.[107] Ces unités assureront l'hospitalisation avec ou sans consentement de personnes incarcérées dans un milieu hospitalier dont le périmètre extérieur sera sécurisé par l'administration pénitentiaire. 17 unités et 705 places sont prévues dans le programme de construction, la première UHSA a ouvert à Lyon (60 places) en mai 2010, la seconde en janvier 2012 à Toulouse (40 places) et en mars 2012 celle de Nancy (40 places). L'établissement observé sera également doté d'une UHSA de 60 places, dont le permis de construire aurait été validé.

Le projet d'UHSA a d'abord suscité des réserves importantes de la part des praticiens que je rencontre sur le terrain, car « *cette nouvelle structure porte en elle (…) un effet pervers souvent dénoncé : le renforcement de l'offre de soins en santé mentale risque en effet de justifier et d'accroître la pénalisation des crimes et délits commis par des individus souffrant de troubles psychiques* ». (Le Bianic, Malochet, Fernandez, Lézé, 2009). Mais au moment où je réalise mon terrain, cette unité semble être acceptée par les équipes. Le chef de service du SMPR m'explique ainsi : « *maintenant, on attend l'ouverture de l'UHSA, ça va nous redonner un peu de marge d'action* ». Nombre d'infirmiers, de psychologues et de psychiatres me diront également attendre avec impatience que cette unité soit enfin inaugurée. Elle semble en effet permettre pour certains une évolution de carrière, ainsi une psychologue m'explique : « *c'est devenu quand même très contraignant de travailler (dans l'un des établissements du complexe pénitentiaire), c'est épuisant à force. L'UHSA, enfin il faut voir comment ce sera, mais ce sera une unité hospitalière déjà. On sera plus indépendants* ». Une secrétaire médicale m'avoue aussi : « *j'attends l'UHSA. J'ai fait le tour de ce qui se faisait en SMPR, j'ai vu les limites, bon ça va, maintenant, je veux revenir vers quelque chose de plus « service hospitalier »* »

Sans doute le mauvais déroulement des hospitalisations d'office a-t-il contribué à convaincre les équipes. Mais la campagne de communication conjointe de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS, ministère de la Santé) et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP,

107 Prévues par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice NOR: JUSX0200117L et codifiées par la Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

ministère de la Justice) semble par ailleurs porter ses fruits. L'argument avancé par ces deux instances est celui d'une symétrisation de l'accès aux soins en prison et à l'extérieur. Comme l'indiquent deux responsables rencontrés à la Direction de l'Administration Pénitentiaire :

« DAP 1. Il s'agit en très gros, très schématiquement, d'avoir trois niveaux de soins en psy. Le premier étant une prise en charge, par les UCSA, des soins en santé mentale, en ambulatoire. Appelons-le comme cela. Le deuxième niveau, c'est ce qui correspond, aujourd'hui, au SMPR, peu ou prou. On arrive à ce niveau-là avec un soin un peu plus…
DAP 2. Plus intense et avec une hospitalisation de jour.
DAP 1. Et le troisième, ce sont les UHSA.
DAP 2. C'est-à-dire qu'on trouve au sein du parcours carcéral les trois possibilités qui existent à l'extérieur, prises en charge en ambulatoire, avec des types de prises en charge variés, c'est-à-dire des consultations, des prises en charge en psychothérapie et des centres d'activités thérapeutiques également, si nécessaire. Le deuxième point est l'hospitalisation de jour qu'on trouve à l'extérieur, qui est maintenant réalisée dans les SMPR avec des prises en charge un peu plus cadrées en matière d'activités thérapeutiques. Le troisième niveau est l'hospitalisation sous contrainte ou avec consentement dans les UHSA, qui n'existait pas jusqu'alors puisque jusqu'alors c'était le D-398, uniquement des hospitalisations sous contrainte. Donc, c'est une ouverture en matière de soins.
DAP 1. Et, justement, que tout cela s'articule de la façon la plus fluide possible pour une personne détenue x ; qu'on puisse passer d'un niveau à l'autre en fonction de son état. »

L'idée progresse dès lors, au nom de la difficulté de soigner les personnes détenues en milieu libre et de l'urgence humanitaire qui en découle, que la prison (car les UHSA seront une structure hybride)[108] pourrait devenir un lieu de soin voire même un hôpital. Irréfutable - qui s'opposerait à une amélioration de l'accès aux soins ? - cette solution institutionnelle confirme donc le mouvement de carcéralisation des soins psychiatriques en milieu carcéral. Il faut remarquer que l'argument employé (celui d'un meilleur accès aux soins) était déjà celui qui avait conduit à la loi de 1986 et de 1994 offrant aux personnes détenues un soin « équivalent » à celui proposé à l'extérieur. Le paradoxe de cette réforme a été souligné de maintes fois : ainsi certains se demandent si les réformes de santé et « *l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus* » ne sont finalement qu'un « *supplément d'âme* » pour une institution carcérale à la recherche de nouvelles justifications (Fargès, 2007). Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien avait bien souligné cet « *inquiétant impensé de la prison* », le fait que « *l'on ne sait plus si elle est destinée à produire de la peine ou du soin* » (Bessin, Lechien, 2000, 238). Avec les UHSA, cet « inquiétant impensé » semble retourner contre lui le beau principe qui faisait la fierté du « modèle français » : l'accès aux soins ne vient plus décloisonner l'univers carcéral, ce sont les soins qui se retrouvent emprisonnés.

• • •

108 A l'instar des Unités Hospitalières de Soins Intensifs déjà implantées sur l'ensemble du territoire.

Dans une décision rendue en février 2012, la Cour Européenne des Droits de l'Homme rappelait la France à l'ordre pour ses conditions de détention. L'affaire en jugement est celle de Monsieur G., « *atteint d'une psychose chronique de type schizophrénique générant des troubles hallucinatoires et délirants* », qui avait été jugé responsable et condamné à 10 ans de prison pour avoir mis le feu à son matelas en cellule et entraîné la mort de son codétenu, avant d'être finalement jugé irresponsable en appel. La Cour Européenne a jugé que « *ces quatre années d'incarcération non assorties de traitement de longue durée sont constitutives d'un traitement inhumain et dégradant* » (voir G. c/ France, 23 février 2012, req. N°27244/09). En effet, comme le note encore la CEDH : « *son maintien en détention, sans encadrement médical actuellement approprié [a constitué] une épreuve particulièrement pénible et l'a soumis à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention* ».

Il faut noter ici avec l'un des commentateurs[109] du texte que la CEDH ne remet pas en cause le principe de l'incarcération des personnes souffrant de troubles mentaux graves, mais bien les conditions matérielles dans lesquelles se déroule l'incarcération, dans une problématique d'accès aux soins psychiatriques. Cette problématique semble s'être progressivement imposée et avec elle l'idée que la prison doit pouvoir soigner aussi bien que l'hôpital. Avec ces transformations institutionnelles, les personnes détenues sont donc clairement considérés comme une population à part, qui doit donc être prise en charge dans des institutions séparées. Institution alternative, l'UHSA ressemble donc fort, dans son principe, à une annexe psychiatrique belge, à cela près – et la nuance est de taille – que l'entrée en UHSA ne peut transformer une peine pénale en mesure administrative illimitée dans le temps.

109 libertescheries.blogspot.com/2012/02/detenus-atteints-de-troubles-mentaux-la.html?spref=tw (article de Roseline Letteron). Consulté le 1er mars 2012.

Conclusion

De la défense sociale en Belgique et en France: des évolutions en miroir

Vu de France le « modèle belge de la défense sociale » semble présenter une grande cohérence interne. Cependant, tout comme le système pénal et pénitentiaire français, il est traversé de contradictions qui questionnent la légitimité d'un système spécifique de prise en charge de la déviance, se distinguant à bien des égards du modèle classique de réaction sociale à la déviance. Loin de pratiquer les concepts habituels de responsabilité morale et de culpabilité, de légalité et proportionnalité, le système belge de défense sociale se fonde sur les principes positivistes de responsabilité sociale et de dangerosité comme critères et mesures de la réaction sociale. Il débouche sur un régime d'internement de sûreté à durée indéterminée, oscillant entre soin et contrôle, dont la dangerosité ou le risque que représente « l'aliéné criminel » pour lui-même ou pour autrui est le moteur constant. Ceci se vérifie tant à l'entrée en annexe psychiatrique et à l'affectation de l'interné dans l'espace carcéral de l'internement, que dans la circulation des personnes à l'intérieur des institutions ou au stade de sa sortie du système. Certes, la dimension du soin est présente et on peut même considérer qu'elle s'est améliorée au cours des dernières années. Il n'en reste pas moins que la dimension de soin semble inféodée à la logique de contrôle, ceci tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs : à l'intérieur, la surpopulation des annexes tend à privilégier une dimension d'ordre et de sécurité, ce que renforce le recours à l'annexe comme réponse disciplinaire à des comportements jugés incompatibles avec la détention en régime commun. Par ailleurs, à l'intérieur des murs toujours, l'évolution des types d'expertises, notamment dans les institutions soumises au régime de la séparation entre soin et expertise, favorise une approche évaluative en termes de risques objectivés pour la sécurité publique. A l'extérieur, dans le cadre de la libération à l'essai, le soin et son encadrement sont également perçus d'abord comme des facteurs de réduction du risque de rechute ou de récidive. Associé à la dangerosité, la question de la récidive est l'autre grand déterminant du régime de sûreté mis en place et de son fonctionnement. A cet égard, les choses n'ont pas fondamentalement changé en un siècle, l'obsession pour la récidive étant déjà au fondement du système de défense sociale tel qu'il se mettra en place à travers diverses lois de sûreté à la fin du XIXe siècle.

En France, la dynamique de long cours semble inverse ou du moins divergente. Un système dichotomique a prévalu pendant le XXème siècle, au nom duquel une personne jugée irresponsable pénalement était réintégrée à un système de prise en charge civil et hospitalier (quoique sous un régime exceptionnel, celui de l'hospitalisation d'office pour les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui) tandis qu'une personne jugée responsable pouvait être incarcérée en prison. Cependant, l'institution carcérale s'est peu à peu métamorphosée, au nom du droit légitime des personnes détenues à accéder à des soins de qualité. Ce principe de décloisonnement a permis à des équipes soignantes étoffées de venir remplacer des infirmeries carcérales débordées par une situation épidémiologique déplorable. Portée par un courant d'humanisation de la prison, cette

transformation a longtemps été lue comme un signe d'ouverture de l'univers carcéral, et l'entrée de l'hôpital public et de ses équipes a été synonyme d'amélioration de l'accès aux soins. Il faut cependant articuler cette « entrée du soin » aux transformations législatives qui ont marqué la France dans les années 1980 et 1990 : augmentation de la durée des peines d'incarcération qui ont contribué à dégrader l'état de santé physique et psychique des populations incarcérées, mais également dédoublement du principe d'irresponsabilité et possibilité (selon l'article 122.1 al.2) d'incarcérer - pour des durées de plus en plus longues - des personnes présentant des troubles mentaux. Dans ce contexte sécuritaire, la lettre semble s'être retournée contre l'esprit des lois de 1988 et de 1994, et on assiste aujourd'hui à des formes toujours plus sécurisées de prise en charge médicale, tant somatique (la création des UHSI - Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales en témoignent) que psychiatrique (avec la création récente des UHSA). Ces structures, justifiées par des arguments d'ordre organisationnel et sécuritaire (la difficulté d'organiser des extractions médicales, « l'échec » des hospitalisations d'office) mettent en évidence cet impensé de la réforme des soins que Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien avaient suggéré : le fait que l'entrée de l'hôpital pourrait non pas signer l'ouverture de la prison, mais bien plutôt l'incarcération des soins. Le sentiment de « filiarisation » de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en est l'une des marques. Le revers de la médaille de l'amélioration de l'accès aux soins pourrait donc bien être le fait que la prison finit par être le dernier endroit où l'on accepte de soigner certaines populations, et tout particulièrement celles dont on estime qu'elles présentent une certaine dangerosité. En ce sens, on pourrait bien assister en France, au développement d'une forme hybride de défense sociale, intégrée à la « filière » pénitentiaire. Rendez-vous dans 10 ans pour mesurer la stabilisation d'un système en pleine mutation.

Les « flous » de la dangerosité

Dans un compromis sécuritaire, la défense sociale belge oscille entre soin et peine, sécurité et thérapie : lacunaire en droit – les principales garanties du modèle pénal sont sacrifiées au nom de la logique du soin et de sa temporalité imprévisible à l'avance - le modèle est également incapable de soigner vraiment, le soin étant à son tour inféodé à la logique de sûreté. Le « flou » du système est sans doute ce qui a présidé à la réforme récente – mais toujours pas entrée en vigueur - de 2007, laquelle se traduit par un idéal de clarification : après la scission du soin et de l'expertise, voici la séparation du régime des « aliénés délinquants » de celui des « récidivistes » et des « délinquants sexuels » ainsi que la juridictionalisation du régime de la défense sociale avec le remplacement de la Commission de Défense Sociale par le Tribunal d'Application des Peines. Le « retour du droit » que soulignent ces évolutions est censé clarifier les processus de désignation des personnes concernées, comme les conditions et les processus de décision qui les affectent. C'est au fond par un travail sur les catégories et les dispositifs que l'on a fait le choix, en Belgique, de répondre à un déficit de légitimité portant sur la logique d'action même du système. En France là aussi, le processus semble inverse puisqu'on assiste dans les dernières productions législatives à un brouillage des catégories habituelles : la catégorie pourtant floue de « dangerosité » se banalise dans les textes législatifs tout comme dans les documents administratifs ; « dangerosité psychiatrique » et « dangerosité

criminologique » finissent par devenir synonyme, sans doute parce que les « troubles du comportement » - nosologie qui suscite une forte polémique - et le groupe artificiellement homogénéisé des « auteurs d'infractions ou de crimes sexuels » sont au cœur de l'attention publique. Ces catégories, à cheval entre le pénal et le psychiatrique, semblent donc autoriser par métonymie une certaine forme de criminalisation du malade mental. Le législateur valide ainsi dans ses dernières productions - et tout particulièrement la création de la rétention de sûreté en février 2008 - l'idée que la peine peut venir s'appuyer voire se fonder sur le soin. En témoigne, comme nous l'avons montré, la multiplication des mesures de suivi socio-médico-pénal.

Une prise en charge entre soin et peine

Ces hésitations entre soin et peine infiltrent les pratiques des professionnels travaillant dans ces univers. Leurs dilemmes moraux et pratiques ne sont évidemment pas nouveaux, mais semblent cependant s'accuser sous le coup de ces transformations institutionnelles. Il faut souligner ici l'importance des méthodes ethnographiques pour saisir, observer et décrire ces enjeux. Ces dilemmes pratiques ne sont pas l'apanage des professions « à pratique prudentielle » marquées par une forte réflexivité sur leur activité (Champy, 2010) (personnels d'encadrement, magistrats, psychiatres) mais concernent tous les groupes professionnels : ainsi, loin de réaliser mécaniquement leur tâche, les surveillants sont pris entre une écoute empathique et un contrôle intrusif. En France comme en Belgique, les tensions sont fortes autour de la surveillance des corps : une politique de préservation de la vie se met en place, qui est à la fois hiérarchisée et ambiguë et relève tant de la sollicitude que du contrôle. Ce dilemme traverse tous les groupes professionnels : ainsi les psychiatres s'interrogent sur la légitimité d'un partage d'informations qui en compromettant le secret médical pourrait participer au maintien de l'ordre carcéral – que leur présence concoure cependant déjà à légitimer ; les juges se questionnent sur la place à accorder aux efforts entrepris pour se soigner. Sont-ils le signe d'une sur-adaptation à l'institution et à ses contraintes, la preuve que les personnes détenues sont malades ou au contraire qu'elles sont soignées ?

La circulation des personnes permet d'organiser les espaces de réclusion : au sein de l'annexe psychiatrique de Forest, véritable « prison dans la prison », la différenciation de l'espace s'appuie sur des principes psychiatriques et disciplinaires : les personnes accèdent au dernier étage tant parce que leurs troubles psychiatriques sont arasés que parce leur comportement est discipliné. Les principes d'affectation sont plus implicites en France, mais l'utilisation des cellules du quartier disciplinaire, du quartier d'isolement, de l'hospitalisation de jour en SMPR et bientôt des UHSA peut et pourra également répondre tant au souci de gérer des troubles mentaux que de gérer des comportements gênants pour la détention. Cette circulation des personnes permet également de résoudre partiellement certains dilemmes professionnels : ainsi, la libération à l'essai d'un établissement de défense sociale peut donner le sentiment aux professionnels que la personne est libérée, même si l'on continue par ailleurs dehors à quadriller ses mouvements. De même en France, les mesures de suivi socio-thérapeutique et l'injonction de soin rendent compatibles la liberté (c'est-à-dire une moindre emprise de l'institution sur les corps) et le contrôle. Nous avons par ailleurs vu à

quel point faire circuler des personnes permettait aux services psychiatriques de reprendre la main sur leur destinée (l'hospitalisation d'office pouvant être lue comme une tentative de libérer le soin de la contrainte pénitentiaire), mais pouvait avoir des effets pervers (c'est la difficile mise en œuvre des HO D398 qui rend possible en France la mise en place des UHSA et la validation d'une logique d'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux).

Si l'on pourrait conclure cyniquement avec Marc Renneville sur l'idée que la prison est « guérie par ses fous » c'est-à-dire qu'elle retrouve une certaine légitimité dans cette forme de traitement qui n'est ni du soin ni de la peine, il nous semble cependant qu'il n'en va pas ici d'une « certaine conception de la prison, pour laquelle il resterait permis, en notre début de nouveau siècle, de penser la sécurité sans réinsertion, la médicalisation sans thérapie et la punition sans humanisme ». (Renneville, 2004, p.655). Nos observations valident plutôt l'idée que prison - et système de défense sociale – sont traversés par des logiques emboîtées, dans lesquels la sécurité joue contre (et tout contre) la thérapie, la médicalisation progresse envers et contre la réinsertion.

Les psychiatres au cœur de la tension

En France comme en Belgique, il semble que le savoir psychiatrique est considéré comme un savoir-clé, qui permettrait si ce n'est de les résoudre, au moins de comprendre les questions que soulève la prise en charge de personnes détenues présentant des troubles mentaux. En France, il s'agit ainsi d'impliquer les professionnels du SMPR dans la vie de l'établissement et de les intégrer à un territoire pluridisciplinaire en pleine expansion. Les pressions pèsent cependant également sur le secret médical dans les annexes psychiatriques belges, qui ont pourtant développé des services d'expertise interne à l'institution. Mais c'est évidemment au moment de la sortie que ce savoir paraît incontournable. En France, la question des expertises post-sentencielles mériterait un travail similaire à celui qui a pu être entrepris par plusieurs équipes de recherche autour de l'expertise pré-sentencielle (Cartuyvels, Sicot, 2009 ; Bensa, Fernandez, Lézé, 2010 ; Protais, 2011). Nous avons cependant observé que la pénurie de moyens, qui se traduit par des expertises souvent courtes et lapidaires laisse les juges de l'application des peines perplexes et augmente le sentiment d'incompréhension face au silence des psychiatres travaillant au SMPR. En Belgique, l'expertise psychiatrique est déterminante dans le processus de décision, le psychiatre exerçant à la fois un rôle de « conseil », de « traducteur » et, bien souvent, informellement, de « décideur » dans un dispositif où la science est appelée en garantie d'une décision à risque. La tentation est de reporter sur le psychiatre et son savoir le poids de la décision, fût-elle collégialement prise. C'est dans ce cadre de réduction des risques pour autrui mais aussi pour soi qu'il faut comprendre les débats émergeant autour du type de savoir expert à mobiliser.

En France, cette attente est évidemment présente mais il n'est pas encore certain que ce sont les psychiatres qui y répondront. Si la psychiatrie est poussée à occuper un espace dans le domaine « psycho-criminologique » et à s'appuyer sur des outils plus formalisés tels que les outils de mesure actuarielle des risques, une résistance certaine contre la transformation « asilaire » de l'institution

carcérale se fait jour. L'idée que la psychiatrie pourrait participer à cette entreprise est loin d'être acceptée. Ces évolutions institutionnelles doivent cependant être lues au regard des transformations de la profession et de l'institution psychiatrique. Dans quelle mesure le développement encore timide de formations spécifiques en « psychiatrie criminelle » et en « psycho-criminologie » finiront-elles par rendre acceptable voire souhaitable le « nouveau » mandat qui est proposé à la psychiatrie? L'enjeu est ici celui de la formation, au cœur de l'autonomie professionnelle des psychiatres.

Quand la préoccupation de l'avenir parasite le présent ?

En Belgique, la création de services d'expertise spécifiques renforce une tendance, encore embryonnaire dans bien des cas, à recourir à des instruments probabilistes, un savoir de type actuariel qui vient concurrencer le savoir clinique traditionnel. Supposé plus objectif, ce savoir qui prend appui sur des échelles de risques permet aussi un transfert de responsabilité réifié. A cet égard, son principal effet pourrait être, moins que d'assurer une plus grande efficacité de l'évaluation, d'alléger le poids du jugement. Car, en définitive, il faut toujours décider et le savoir absolu est, en la matière comme dans d'autres, une chimère.

En France, la préoccupation toujours plus grande pour la catégorie de « dangerosité » est à replacer dans le cadre d'une réponse politique aux illégalismes en termes de temporalisation : loin de céder au présentisme, la dangerosité invite à prendre en compte des éléments du passé pour anticiper l'avenir en agissant présentement en fonction de ces éléments. Comme le dit Robert Castel : « La « dangerosité » est cette notion mystérieuse, qualité immanente à un sujet, mais dont l'existence reste aléatoire, puisque la preuve objective n'en est jamais donnée que dans l'après-coup de sa réalisation. Ainsi n'y a-t-il déjà à proprement parler que des imputations de dangerosité, et le diagnostic qui l'établit est le résultat d'un calcul de probabilité intuitif dissimulé sous un jugement substantialiste. « Il est dangereux » signifie en fait : « Les chances sont - plus ou moins - fortes qu'existe une corrélation entre tels symptômes actuels et tel acte à venir. » En termes de logique, le diagnostic de dangerosité rabat la catégorie du possible sur celle du réel, sous prétexte que le possible est - plus ou moins - probable » (Castel, 1981, 147). En somme la dangerosité autoriserait une emprise toujours plus grande de l'institution sur les individus sous des formes plus ou moins diffuse. Projet d'exécution des peines, pluridisciplinarité et prises en charge pluridisciplinaires pourraient être ainsi lues comme une transformation du contrôle, une volonté d'accumuler du savoir sur le temps long pour mieux prévoir. Mais l'accumulation de savoir, entre sollicitude et contrôle, entre attention et surveillance, pourrait bien devenir l'objectif ultime, repoussant à l'infini les frontières de l'institution.

Liste des sigles

AFC - Association française de criminologie

ARS - Agence régionale de santé

ASPMP - Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

CAP - Commission d'application des peines

CDS - Commission de défense sociale

CEDH - Cour européenne des droits de l'homme

CEL - Cahier électronique de liaison

CHS - Centre hospitalier spécialisé

CIP - Conseiller d'insertion et de probation

CMP - Centre médico-psychologique

CMPR - Centre médico-psychologique régional

CNE - Centre national d'évaluation

CNO - Centre national d'observation

CPU - Commission pluridisciplinaire unique

CRISAVS - Centre de Ressources Interdisciplinaire pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle

CSAPA - Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSMJS – Centre socio-médico-judiciaire de sûreté

DAP - Direction de l'administration pénitentiaire

DES - Diplôme d'études spécialisées

DGOS - Direction générale de l'organisation des soins

DGS - Direction générale de la santé

DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DSP – Dispositif de soins psychiatriques

EDS – Etablissement de défense sociale

ENAP - Ecole nationale de l'administration pénitentiaire

HAS - Haute autorité de santé

HO - Hospitalisation d'office

IGAS - Inspection générale des affaires sociales

JAP - Juge de l'application des peines

MAG - Méthode de l'analyse en groupe

PEP - Projet / parcours d'exécution de peine

QD - Quartier disciplinaire

QI - Quartier d'isolement

SMPR – Service médico-psychologique régional

SPP - Service psycho-social

SSSP - Service des soins de santé en prison

TAP - Tribunal d'application des peines

TS - Tentative de suicide

UCSA - Unité de consultation et de soins ambulants

UHSA – Unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI – Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UMD - Unité pour malades difficiles

Bibliographie

Abbott A.D., 1988, The system of professions: an essay on the division of expert labor, Chicago, The University of Chicago Press.

Achin C., Ouardi S. et Rennes J., 2009, « Âge, intersectionnalité, rapports de pouvoir », Mouvements, vol. 59, n° 3, p. 91-101

Arborio A-M. et Fournier P., 2005, L'observation directe : L'enquête et ses méthodes, Paris, Armand Colin.

Artières P., 2004, Gouverner, Enfermer, Paris, Presses de Sciences Po.

Baratta A., Halleguen O. et Morali A., 2011, « L'expertise post-sentencielle : vers une révolution méthodologique ? Nouvelles recommandations concernant l'évaluation des auteurs de violence sexuelle », La Revue de Médecine Légale, vol. 2, n° 1, p. 17–21.

Baron-Laforet S. et Brahmy B., 1998, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire ». Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, Paris, Elsevier, n° 37, p. 1-9

Basaglia F., L'Institution en négation, 1970, Paris, Éditions du Seuil.

Beaurepaire De C., Kottler C. et Bénézech M., 2004, Les Dangerosités: de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie, Paris, John Libbey Eurotext.

Becker P. et Wetzell R.F., 2006, Criminals and their scientists: the history of criminology in international perspective, New York, Cambridge University Press.

Benguigui G., Chauvenet A. et Orlic F., 1994, Le monde des surveillants de prison, Paris, Presses universitaires de France.

Bensa A., Lézé S., Fernandez F. et Leroy A., 2010, Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatriques et styles de pratique, Paris, Mission de recherche Droit et Justice.

Bérard J. et Chantraine G., 2008, 80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire, Paris, Editions Amsterdam.

Bessin M. et Lechien M-H., 2000, Soignants et malades incarcérés: conditions, pratiques et usages des soins en prison, Paris, Mission de recherche Droit et Justice.

Bessin M., 1999, « Le temps, une question de pouvoir », Mouvements, vol. 2, p. 47–54.

Bessin M., 2003, « Conflits et ajustements professionnels dans la prise en charge sanitaire des détenus », Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, G. Cresson, M. Drulhe et F.-X. Schweyer éd., Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique.

Bessin M., Lechien M-H. et Zelem M.C, 1997, « Soigner en prison: principes et sens pratique des acteurs de la réforme », Revue Française des Affaires Sociales, p. 111-117

Bessin M., Lechien M-H., Zelem M-C et Cambon L., 1997, Soigner en prison. Logiques et pratiques des acteurs de la réforme des soins en milieu pénitentiaire. Etude pilote sur deux sites, rapport de recherche au GIP Mission de recherche « Droit et Justice ».

Boussard V., Loriol M. et Caroly S., 2006, « Catégorisation des usagers et rhétorique professionnelle: le cas des policiers sur la voie publique », Sociologie du travail, vol. 48, n° 2, p. 209–225.

Brahmy B., 2005, « Psychiatrie et prison », Etudes, vol. 402, n° 6, p. 751–760.

Brandon I. et Cartuyvels Y., 2005, Judiciaire et thérapeutique: quelles articulations,

Bruel A., 1998, « Evolution actuelle de la Justice des mineurs : sa place dans la cité », J. Bourquin et G. Fiche éd. Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière », n° Numéro 1, p. 109–117.

Cartuyvels Y., Champetier B. et Wyvekens A., 2010, « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. », Déviance et Société, vol. Vol. 34, n° 4, p. 615–645.

Cartuyvels Y., 2008, Les ambivalences du risque : regards croisés en sciences sociales, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis.

Cartuyvels Y., Champetier B., Wyvekens A. et Van De Kerchove M., 2010, Soigner ou punir ? : un regard critique sur la défense sociale en Belgique, Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis.

Cartuyvels Y., Sicot F. et Wyvekens A., 2009, Soigner ou punir? Les déterminants de l'expertise psychiatrique et son devenir. Comparaison France, Belgique, Luxembourg, Institut National des Hautes Etudes de Sécurité.

Castel R., 1975, « Genèse et ambiguïté de la notion de secteur en psychiatrie », Sociologie du travail, n° 1, p. 57–77.

Castel R., 1976, L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme, Paris, Éditions de Minuit.

Castel R., 1981, La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse, Paris, Editions de Minuit.

Castel R., 1983, « De la dangerosité au risque », Actes de la Recherche en Sciences Sociales, vol. 47, n° 1, p. 119–127.

Champy F., 2011, Nouvelle théorie sociologique des professions,

Chantraine G. (dir.), 2011, Les prisons pour mineurs. Controverses sociales, pratiques professionnelles, expériences de réclusion, Paris, Mission de recherche « Droit et Justice ».

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

Chantraine G. et Cliquennois G., 2009, « Empêcher le suicide en prison: origines et pratiques », Sociétés Contemporaines, n° 75, p. 59–79.

Chauvenet A. et Rambourg C., 2010, De quelques observations sur la mise en oeuvre des règles pénitentiaires européennes, Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire.

Chauvenet A., Orlic F. et Rostaing C., 2008, La violence carcérale en question, Paris, Presses universitaires de France.

Cliquennois G., La réduction des risques et la responsabilisation dans la prise de décision en établissements pénitentiaires français pour peines,

Coldefy M., Faure Patricia et Prieto Nathalie, 2002, La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, DREES - Etudes et Résultats n°181.

Collectif, 2002, Les soins obligés ; ou l'utopie de la triple entente, Paris, Dalloz.

Conrad P., 1992, « Medicalization and Social Control », Annual Review of Sociology, vol. 18, n° 1, p. 209–232. Adresse : [Consulté : 30 juillet 2010].

Cooper D., 1970, Psychiatrie et anti-psychiatrie, Paris, Éditions du Seuil.

Côté G., 2001, « Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique », Criminologie, vol. 34, n° 1, p. 31–45.

Danet J., 2008, « La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante », Champ penal/Penal Field, vol. V.

De Coninck F. et al., 2005, Aux frontières de la justice, aux marges de la société. Une analyse en groupes d'acteurs et de chercheurs, Academia Press.

Debuyst C., Digneffe F. et Pires A.P., 2008, Histoire des savoirs sur le crime et la peine. 3, Expliquer et comprendre la délinquance (1920-1960), Bruxelles, Larcier. Adresse : http://www.sudoc.fr/124340962 [Consulté : 20 avril 2012].

Deleuze G. et Guattari F., 1973, L'anti-Oedipe, Nouvelle éd. augm. Paris, Éditions de Minuit.

Deschietere G., 2012, « Le travail d'expertise dans la procédure de mise en observation : un instantané ? », Mental'Idées, n° 17, p. 28–30.

Dormoy O. (sous la dir.), 1996, Soigner et-ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison, Paris, L'Harmattan.

Doron C.O., 2008, « La rétention de sûreté: vers un nouveau type de positivisme juridique? », l'Information Psychiatrique, vol. 84, n° 6, p. 533–41.

Dumoulin L., 2000, « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement: de la ressource à la contrainte », Droit et société, n° 44-45, p. p.199–223.

Ehrenberg A., 2004, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », Revue Française des affaires sociales, n° 1, p. 77–88.

Enriquez E. et Lhuilier D., 2001, Domaine privé - Sphère publique, Paris, Eska.

Falissard B. (sous la dir.), 2004, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire).

Falissard B. et al., 2006, « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », BMC Psychiatry, vol. 6, n° 1, p. 33. Adresse : [Consulté : 26 août 2010].

Farges E., 2007, « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », Raisons politiques, n° 25, p. 101–125.

Fassin D., 2004, Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute, Paris, la Découverte.

Fassin D., 2006, « Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique », Politix, vol. 19, p. 137–157.

Feeley M. et Simon J., 1994, « Actuarial justice: The emerging new criminal law », The Futures of Criminology. London: Sage, p. 173–201.

Feeley M. et Simon J., 1992, « The new penology: notes on the emerging strategy of corrections and its implications », Criminology, vol. 30, n° 4, p. 449–474. Adresse : [Consulté : 12 avril 2012].

Feinman C., 1994, Women in the criminal justice system, Praeger Publishers.

Fernandez F., 2010, Emprises : drogues, errance, prison : figures d'une dépendance totale, Bruxelles, Larcier.

Fernandez F. et Lézé S., 2011, « Finding the moral heart of treatment: Mental health care in a French prison », Social Science & Medicine, vol. 72, n° 9, p. 1563–1569.

Fortineau J., 1977, « Les psychiatres des hôpitaux en prison », Bulletin des psychiatres des hôpitaux, n° 3, p. 18–19.

Foucault M., 1978, « About the concept of the« dangerous individual » in 19th-century legal psychiatry. », International Journal of Law and Psychiatry, vol. 1, n° 1, p. 1.

Foucault M., 1998, Histoire de la folie à l'âge classique, [Paris], Gallimard.

Foucault M., 2000, Histoire de la sexualité . 1, La volonté de savoir (1976), Paris, Gallimard.

Freidson E., 1988, Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge, University of Chicago Press.

Garapon A., 2008, « Un nouveau modèle de justice: efficacité, acteur stratégique, sécurité », Esprit, n° 349, p. 98–122.

Garland D., 1993, Punishment and modern society: A study in social theory, University of Chicago Press.

Garland D., 2001, The culture of control : crime and social order in contemporary society, Oxford, Oxford University Press.

Garrau M. et Goff Le A., 2010, Care, justice, dépendance - Introduction aux théories du care, Presses Universitaires de France - PUF.

Goffman E., 1973, La mise en scène de la vie quotidienne. 2, Les relations en public, Paris, les Éditions de minuit.

Goffman E., 1968, Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autes reclus, Paris, Éditions de Minuit.

Golse B., 2006, « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans », Rhizome, n° 23, p. 2–3.

Hacking I., 2008, Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?, Paris, La Découverte.

Harcourt B. E, 2011, « Surveiller et punir à l'âge actuariel », Déviance et Société, vol. 35, n° 1, p. 5–33.

HAS (Haute Autorité de Santé), 2010, Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur - Audition publique,

Hughes E.C., 1996, Le Regard sociologique : essais choisis, Paris, Éditions de l'École des hautes études en science sociales.

Inserm, 2005, Trouble des conduites chez l'enfant et de l'adolescent, Paris, Inserm. Adresse : http://www.inserm.fr/content/download/1416/13000/file/trouble_conduites_synthese.pdf.

Jacqueline S., 2006, « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychophramacologie à l'hôpital », Politix, vol. 1, n° 73, p. 83–108.

Kaluszynski M., 1994,« La rivalité des médecins et des juristes », Histoire de la criminologie française, L. Mucchielli et alii éd., Paris, L'Harmattan, p. 215–235.

Kaluszynski M., 2008, « Le retour de l'homme dangereux. Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages », Champ penal/Penal Field, vol. V.

Van De Kerchove M., 1981, « « Médicalisation » et « fiscalisation » du droit pénal : deux versions asymétriques de la dépénalisation », Déviance et société, vol. 5, n° 1, p. 1–23.

Lancelevée C., 2011, « Une sexualité à l'étroit. Les Unités de Visite Familiale et la réorganisation carcérale de l'intime », Sociétés Contemporaines, n° 83, p. 107–130.

Le Bianic T., Malochet G., Fernandez F. et Lézé S., 2009, Les modes de coordination entre intervenants en santé mentale en milieu carcéral. Logiques professionnelles et dynamiques organisationnelles, Institut National des Hautes Etudes de Sécurité.

Lenoir R., 1999,« Objet sociologique et problème social », Initiation à la sociologie, P. Champagne et al. éd., Paris.

Lipsky M., 1980, Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services, New-York [N.Y.], Russell sage foundation.

Lovell A., Cook J et Velpry L., 2008, « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, vol. 56, p. 197–207. Adresse : [Consulté : 16 novembre 2011].

Malochet G., 2004, « A l'école de la détention: quelques aspects de la socialisation professionnelle des surveillants de prison », Sociologie du travail, n° 46, p. 168–186.

Malochet G., 2005, « Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance des prisons pour hommes. », Sociétés Contemporaines, n° 59-60, p. 199–220.

Malochet G., 2007, « Les femmes dans la maison-des-hommes/l'exemple des surveillantes de prison », Travail, genre et sociétés, n° 17.

Michel L. et Brahmy B., 2005, Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, Heures de France. Paris.

Millaud F. et Dubreucq J. L, 2005, « Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique: Introduction », Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 163, p. 846–851.

Milly B., 2003, « L'accès aux soins des détenus en France: un droit bafoué », Droit et Société, vol. 3, n° 55, p. 745–765.

Mucchielli L., 2004, « L'impossible constitution d'une discipline criminologique en France », Criminologie, vol. 37, n° 1, p. 13.

Mucchielli L., 2008, « Une «nouvelle criminologie» française? Pourquoi et pour qui? », Revue de sciences criminelles et de droit pénal comparé, vol. 4, p. 795–803.

Mucchielli L., 1994, Histoire de la criminologie française, L'Harmattan. Paris.

O'Malley P., 2010, Crime and risk, Sage Publications Ltd.

Paperman P. et Laugier S., 2006, Le souci des autres : éthique et politique du care, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales.

Cosyns P. et D'Hont C., 2008, « Les internés en Belgique: les chiffres », Revue de droit penal et de criminologie, vol. 88, n° 4, p. 364–380.

Paulet C., 2004, « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation », Inf Psychiatr, vol. 80, p. 307–12.

Paulet C., 2006, « Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire », Perspectives Psy, vol. Vol. 45, n° 4, p. 373–379.

Peneff J., 1992, L'hôpital en urgence : étude par observation participante, Paris, Métailié.

Peretti-Watel P., 2001, La société du risque, La Découverte.

Peretz H., 2004, Les méthodes en sociologie : l'observation, Paris, la Découverte.

Phelan J.C. et Link BG, 1998, « The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment », Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 33, n° 13, p. 7–12.

Pratt J. et Brown M., 2000, Dangerous Offenders: Punishment and Social Order, London.

Pratt J., 1997, Governing the dangerous: dangerousness, law, and social change, Federation Press.

Protais C., 2008, « Le réajustement du rapport juge/expert: entre consensus et domination », Droit et cultures. Revue internationale interdisciplinaire, n° 55, p. 181–200.

Protais C., 2011, Sous l'emprise de la folie La restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France (1950-2007), Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales.

Pruvost G., 2007, Profession, policier : sexe, féminin, Paris, Ed. de la Maison des sciences de l'homme.

Quessada D., 2010, « De la sousveillance: La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », Multitudes, n° 1, p. 54–59.

Rafter N. H, 1998, Creating born criminals, Univ of Illinois Pr.

Rafter N. H, 2008, The criminal brain: Understanding biological theories of crime, NYU Press.

Renneville M., 2003, Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires, Paris, Fayard.

Renneville M., 2004, « Psychiatrie et prison: une histoire parallèle », Annales Médico-Psychologiques, n° 162, p. 653–656.

Rostaing C., 2008, « A chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison », Sociologies Pratiques, n° 17, p. 81–94.

Salle G., 2012, « La maladie, le vice, la rébellion. Trois figures de la contagion carcérale », Tracés, n° 2, p. 61–76.

Scheingold S. A, 2004, The politics of rights: Lawyers, public policy, and political change, Univ of Michigan Pr.

Senon J-L. et Manzarena C., 2004, « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire: organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques », Annales Médico-Psychologiques, n° 162, p. 686–699.

Senon J-L., 2008, Psycho-criminologie, Dunod. Paris.

Senon J-L., Rossinelli G. et Pascal J-C., 2007, Expertise psychiatrique pénale : audition publique, 25 et 26 janvier 2007, John Libbey Eurotext.

Senon J-L., Voyer M., Paillard C. et Jaafari N., 2009, « Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et expertaux », l'Information Psychiatrique, vol. 85, n° 8, p. 719–725. Adresse : [Consulté : 10 avril 2012].

Simmel G., 1991, Secret et sociétés secrètes, Strasbourg, Circé.

Spire A. et Weidenfeld K., 2011, « Le tribunal administratif: une affaire d'initiés? Les inégalités d'accès à la justice et la distribution du capital procédural », Droit et société, n° 3, p. 689–713.

Strauss A., 1992, La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, Éditions l'Harmattan.

Szasz T.S., 1961, The Myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct, New York, Dell publishing co.

Timmermans S. et Berg M., 2003, The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care, Temple Univ Pr.

Tronto J.C., 2008, « Du care », Revue du MAUSS, n° 32, p.243-265

Vacheret M. et Cousineau M-M., 2005, « L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien: regards sur les limites d'un système », Déviance et Société, vol. 29, n° 4, p. 379–397.

Van Campenhoudt L., Chaumont J. M et Franssen A., 2005, La méthode d'analyse en groupe: applications aux phénomènes sociaux, Dunod.

Van De Kerchove M. et Tulkens F., 1988, « L'organisation d'asiles spéciaux pour aliénés criminels et aliénés dangereux. Aux sources de la loi de défense sociale », Généalogie de la défense sociale en Belgique (1880-1914), Bruxelles, E. Story-Scientia, p. 113–140.

Van De Kerchove M., 1981, « Culpabilité et dangerosité. Réflexions sur la clôture des théories relatives à la criminalité », Dangerosité et justice pénale. Ambiguïtés d'une pratique, C. Debuyst et F. Tulkens éd., Paris-Genève, p. 291–309.

Van De Kerchove M., 1983, « Le juge et le psychiatre. Évolution de leurs pouvoirs respectifs », Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements, P. Gérard, F. Ost et M. Van De Kerchove éd., Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis, p. 311–390.

Vandenbroecke M., 2009, « De wereld van de internering en van de geïnterneerden : het functioneren van de commissie ter bescherming van de maatschappij »,Panopticon, n° 6, p. 92–97.

Velpry L., 2008, Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale, Paris, A. Colin.

Velpry L., 2009, « Violences, troubles psychiques et société », Regards sur l'actualité, Psychiatrie et Santé mentale, n° 354, p. 22–35.

Table des matières

Sommaire 4

Introduction 6

Partie I. De la défense sociale en Belgique et en France : contextes institutionnels et légaux 12

Chapitre 1. La prise en charge des « aliénés délinquants » en Belgique 14

1. Le contexte légal et judiciaire en Belgique 14

1.1. Une loi de défense sociale de 1930 visant des « personnes dangereuses » 14

1.1.1. La loi de 1930 : un régime spécifique pour les aliénés délinquants 14

1.1.2. Les « aliénés délinquants » : un régime de « défense sociale » fondé sur la « mise en observation » et l'« internement » 15

1.1.3. Un acteur clé : la commission de défense sociale 16

1.1.4. La loi de défense sociale réformée en 2007 : l'accroissement de la judiciarisation pour une philosophie de « sûreté » inchangée 17

1.2. La psychiatrisation des détenus de droit commun en prison 18

1.3. La faiblesse du contrôle administratif au travers la jurisprudence du Conseil d'Etat et les commissions de surveillance 19

1.3.1. La jurisprudence du Conseil d'Etat et le champ d'application très large des mesures d'ordre intérieur 19

1.3.2. Le faible pouvoir de contrôle des commissions de surveillance et du conseil central de surveillance 21

2. Le paysage institutionnel de la défense sociale en Belgique 24

2.1. Le complexe institutionnel de la défense sociale 24

2.1.1. Annexes psychiatriques, Etablissements de Défense Sociale (EDS) et hôpitaux psychiatriques : trois lieux d'internement au lieu de deux prévus par la loi 24

2.1.2. Annexes psychiatriques et établissements de défense sociale : des régimes organisationnels différenciés selon le ministère de tutelle 26

Les lieux d'internement dépendant du ministère de la Justice : introduction d'équipes de soins et scission des missions de soin et d'expertise 26

L'annexe psychiatrique de la prison de Forest 27

L'annexe psychiatrique de la prison de Lantin 30

L'annexe psychiatrique de la prison de Mons 31

L'annexe psychiatrique de la prison de Namur 34

L'annexe psychiatrique de la prison de Jalmioux 35

L'établissement de défense sociale de Paifve 36
Les EDS dépendant du ministère de la Santé : priorité au soin ? 38
L'établissement de défense sociale de Tournai 38
L'établissement de défense sociale de Mons 39
2.2. Les acteurs et la formation 39
2.2.1. Les personnels pénitentiaires et les experts de la dangerosité 39
2.2.2. Les différentes formations à la santé mentale 40
Les formations dispensées aux membres du personnel pénitentiaire de surveillance 41
Le poids de la formation chez les experts de la dangerosité 43
Les plateformes de concertation en matière de santé mentale réunissant un ensemble de professionnels 43
Chapitre 2. La dangerosité en question en France 46
1. Y-a-t-il une défense sociale à la française ? 46
1.1. La dangerosité, un vieux concept remis sur le métier 46
1.1.1. La découverte de « l'homme dangereux » au XIXème siècle 46
1.1.2. « Un retour de l'homme dangereux ? » 48
1.2. La défense sociale en filigrane 51
1.2.1. Pas de centres de défense sociale en France… 51
1.2.2. … mais l'idée de la défense sociale fait son chemin 52
1.2.3. Entre prison et hôpital, la place devenue centrale de l'expert psychiatre 54
1.3. Une carcéralisation de la prise en charge des troubles mentaux ? 56
1.3.1. Les détenus, des patients comme les autres ? 56
1.3.2. Vers une prise en charge carcérale des personnes détenues présentant des troubles mentaux. 59
1.3.3. Quand la peine s'appuie sur le soin 61
2. Quand la dangerosité interroge et transforme le champ psychiatrique en France 66
2.1. Calcul de risque et évaluation de la dangerosité : un débat technique ? 68
2.1.1. Peut-on mesurer la dangerosité ? Les outils au cœur du débat 68
2.1.2. Des limites inhérentes aux instruments 70
2.1.3. « Doit-on mesurer la dangerosité ? » Des positionnements professionnels et éthiques divergents 71
2.2. Les conséquences de la dangerosité : une « filiarisation » de la prise en charge psychiatrique en prison ? 75
2.2.1. Un « modèle » français 75

2.2.2. Quand la psychiatrie en milieu carcéral se referme sur elle-même 77
2.2.3. D'une psychiatrie *en milieu* carcéral à une psychiatrie carcérale ? 80
Refuser la filiarisation 80
Laisser les autres professions prendre en charge cette question ? 81
Participer à la défense sociale ? 81
2.3. Se spécialiser pour répondre aux attentes de la justice ? 82
2.3.1. Un déficit de formation ? 83
2.3.2. Une réponse scientifique 84
2.3.3. Face à la justice : quelles finalités pour la psychiatrie ? 87
Conclusion : La dangerosité, un « genre pertinent » pour la psychiatrie ? 88
Partie II. Ce que la dangerosité fait aux pratiques 92
Chapitre 1. Défense sociale : entrer, circuler, sortir 94
1. Les méthodes d'enquête 94
1.1. Le choix des terrains 94
1.2. Le choix des méthodes 95
1.2.1. Le choix des observations et les entretiens pour l'analyse des entrées, des affectations et des transferts 95
1.2.2. L'analyse en groupe pour les sorties 96
Les raisons du choix de l'analyse en groupe 96
Le dispositif de la MAG appliqué dans le cadre de la recherche 98
1.3. Limites des terrains choisis et des méthodes utilisées 100
2. L'entrée en annexe psychiatrique et en établissements de défense sociale sous haute surveillance 103
2.1. La protection de la vie humaine au fondement d'un nouveau panoptique 103
2.2. Le travail de catégorisation des arrivants par le prisme de la mission de protection de la vie 107
2.3. La catégorisation et la délimitation des espaces carcéraux comme dimension de protection de la vie humaine 109
3. Les circulations des personnes et des savoirs au sein des établissements 112
3.1. Les concurrences entre savoirs et leurs intensités de circulation 112
3.2. Les circulations des personnes comme enjeu et conséquence de la concurrence des savoirs 113
3.2.1. Les circulations de personnes entre annexes psychiatriques, cellulaire et commun et autres établissements pénitentiaires 113
3.2.2. Les circulations des internés entre annexes psychiatrique et établissements de défense sociale 115
4. La sortie du circuit de défense sociale : évaluer le risque et encadrer la dangerosité 116

4.1. Le point de départ du travail d'analyse : deux récits de cas vécus 117
4.1.1. Le récit travaillé au cours de la journée du 17 mai 2011 : « Alberto le jaloux » 118
Narration du récit (récit proposé par une magistrate, présidente de CDS) 118
Les enjeux du récit selon la narratrice 120
Questions d'information et réponses de la narratrice 121
4.1.2. Le récit travaillé au cours de la journée du 23 mai 2011 : « Mr D., récidiviste sexuel » 125
La narration du récit 125
Les enjeux du récit selon la narratrice 127
Questions d'information sur le récit et réponses de la narratrice 127
4.1.3. Les principaux fils issus des deux récits : évaluer le risque et encadrer la dangerosité sur fond de concurrence des savoirs 131
4.2. En amont de la décision : le poids du savoir médical dans une logique de contrôle social 132
4.2.1. L'évaluation de la dangerosité liée à la vie en annexe psychiatrique ou en EDS : avis psychiatrique et secret professionnel 132
L'absence de scission soin-expertise dans les EDS « Santé » : priorité au soin et malaise face à l'expertise 133
La scission entre le soin et l'évaluation : expertise photographique, secret professionnel et stratégies de contournement 134
Une expertise « photographique » parcellaire 134
Des stratégies pour contourner le « secret » lié à la scission soin-expertise 135
L'impact de la scission sur le rapport fait à l'audience de la CDS : des acteurs différents 137
4.2.2. L'évaluation de la dangerosité par l'expertise : problèmes de cohérence et de traduction 138
La circulation du savoir expert : derrière les incohérences, l'évolution du patient 138
Langage expert et langage profane : l'impossible simplification 139
4.2.3. L'expertise psychiatrique en défense sociale : le conflit des paradigmes 141
Le retour des approches probabilistes : une revanche sur la clinique ? 141
Les sciences probabilistes : entre fascination et résistances 142
Des conceptions différentes de la maladie mentale 143
Les échelles de risque : quelle fiabilité à l'échelle de l'individu ? 144
La construction de « profils de risque » : une question éthique 146
4.3. L'octroi (ou non) de la libération à l'essai : critères décisionnels et jeux d'acteurs 146
4.3.1. La décision en Commission de Défense Sociale : une approche consensuelle 147

Un processus de décision collégiale, en rupture avec la logique « adversariale » du modèle judiciaire 147
Derrière le consensus, des rapports de pouvoir informels 150
4.3.2. Les critères d'octroi de la libération à l'essai : minimiser le risque de récidive 151
Les critères prépondérants d'évaluation du risque : de la gravité des faits au caractère (in)curable de l'interné 152
La gravité des faits : un indicateur prioritaire de dangerosité 152
Le contenu du rapport d'expertise initial : un poids prépondérant, une qualité variable 153
Les possibilités de relais et de soins à l'extérieur 154
Les « incurables » : l'internement à vie ou les limites de la défense sociale 155
Les facteurs qui jouent sur l'état d'esprit des membres de la CDS 157
L'échec antérieur 157
Le poids du contexte sécuritaire et la place de la victime : un impact mitigé 157
Le « syndrome de Stockholm » à l'envers : un facteur qui pousse à la prise de risque 158
4.4. Les conditions de la libération à l'essai et à leur contrôle : le risque mis à l'épreuve 159
4.4.1. Les conditions de la libération à l'essai : un outil de contrôle du risque de récidive 159
4.4.2. La tutelle médicale : entre logique de soin et instrument de contrôle du risque .. 160
4.4.3. La tutelle sociale : évaluer le risque à l'aveugle ? 163
4.4.4. Contrôler pour… éviter la réintégration 164
4.4.5. La libération définitive : le retour de la science en garantie ? 165
Chapitre 2. Ethnographie d'une prison française ordinaire : le soin à la peine 168
1. Quand le trouble mental bouscule l'ordre carcéral 172
1.1. Du trouble au danger : une « psychiatrisation » de la violence ? 172
1.1.1. La nébuleuse des troubles mentaux 173
1.1.2. L'agression imprévisible : quand le trouble devient danger 174
1.2. Sollicitude et prévention des risques 175
1.2.1. Le souci des détenus 176
1.2.2. L'écoute, une compétence professionnelle ? 177
1.2.3. « Veiller sur » pour surveiller 178
1.3. Savoir pour mieux prévoir 180
1.3.1. La « pluridisciplinarité » : pour une surveillance partagée 180

1.3.2. Vulnérable ou dangereux ? Une catégorisation dichotomique du trouble mental 181

1.3.3. Faire sans le « savoir psy » : une gageure pour les Juges de l'Application des Peines 184

1.3.4. Créer un corps d'experts pénitentiaires ? 185

2. Quand l'injonction au partage d'informations questionne le mandat des psychiatres 188

2.1. Le secret médical : une protection contre le « sale boulot » de punir ? 188

2.1.1. Des praticiens manichéens ? 188

2.1.2. Le secret et la surveillance : une antinomie essentielle ? 190

2.1.3. Un ordre difficilement négocié (Strauss, 1992) 191

2.2. Derrière le secret médical, un conflit de juridiction ? 193

2.2.1. Une politique de secteur 193

2.2.2. Des patients, pas des détenus 194

2.2.3. Des souffrances, pas des crimes 196

3. Quand la prison devient asile ? 200

3.1. Une « psychiatrisation » de l'univers carcéral ? 200

3.1.1. Le psychologique, substitut d'un social en crise ? 200

3.1.2. Les « signalements », un transfert de responsabilité ? 202

3.2. Une carcéralisation des « soins psychiatriques » ? 205

3.2.1. Des moyens limités pour reprendre la main sur le temps et l'espace de soin 205

3.2.2. Les UHSA par défaut ? 208

Conclusion 212

De la défense sociale en Belgique et en France: des évolutions en miroir 212

Les « flous » de la dangerosité 213

Une prise en charge entre soin et peine 214

Les psychiatres au cœur de la tension 215

Quand la préoccupation de l'avenir parasite le présent ? 216

Liste des sigles 218

Bibliographie 220

Table des matières 230