



© Christophe Höhler

Les tensions morales de la « prison-asile »

Aujourd'hui, la « prison-asile » accueille et exclut, soigne et surveille. Dans ce contexte, les imbrications entre les logiques d'assistance et de contrôle induisent des tensions morales pour les groupes professionnels qui exercent en milieu carcéral.

Jusqu'à présent, les chantiers de la Justice chargés de préparer la prochaine réforme pénale se sont très peu intéressés aux troubles mentaux en milieu carcéral. Il s'agit pourtant d'une question majeure, qui interroge autant le sens de la peine de privation de liberté que celui de la mission des professionnels du soin amenés à intervenir dans ce milieu. Sans doute cela tient-il pour partie à la complexité des enjeux que soulève cette question. La notion même de « trouble mental » ne facilite pas la délimitation d'un phénomène qui apparaît dès lors nébuleux : comment distinguer la souffrance produite par l'incarcération et son lot de privations, de la maladie psychiatrique importée du dehors? Est-il même concevable d'imaginer une peine de privation de liberté qui garantirait la bonne santé mentale des reclus? Le trouble mental recouvre par ailleurs des réalités diverses : des pathologies psychiatriques aux troubles de la personnalité et du comportement, tous les maux relèvent-ils d'une prise en

charge psychiatrique? Et sinon, où fixer la limite entre ce qui doit être soigné et ce qui doit être sanctionné? La charge émotionnelle est en outre envahissante : entre, d'un côté, les agressions commises par des personnes souffrant de troubles psychiatriques, rares mais qui trouvent une caisse de résonance importante dans les médias et le cinéma, et, de l'autre, la grande vulnérabilité de ceux qui apparaissent comme les victimes oubliées d'un traitement inhumain, le baromètre des émotions oscille, de la peur à la pitié en passant par l'indignation et la colère.

Appuyé sur le volet français d'une enquête sociologique sur la genèse et le fonctionnement des dispositifs de santé mentale en prison en France et en Allemagne (voir l'encadré *Méthodologie*), cet article propose d'analyser l'expression « prison-asile ». Si elle est souvent utilisée pour dénoncer la confusion produite par la présence importante de personnes présentant des troubles psychiques, sa polysémie apparaît éclairante pour réfléchir aux ambivalences de la santé mentale en prison. Le terme d'asile charrie tout un imaginaire d'exclusion arbitraire et d'ostracisme social : l'asile constitue depuis les années 1970, une figure archétypale de l'institution totale (1). Pourtant, il contient aussi un sens positif : l'asile, dans une acception juridique mais aussi métaphorique, décrit l'accueil et l'hospitalité dans un lieu refuge. Le terme provient d'ailleurs du grec *asulon*

qui signifie lieu inviolable. En explorant les différentes acceptions de l'expression « prison-asile », nous proposons ici de sortir d'une vision binaire pour penser les ambivalences d'un espace carcéral qui tout à la fois accueille et exclut, soigne et surveille. Il s'agit ainsi non pas de placer définitivement le curseur du côté de l'assistance ou du contrôle mais plutôt de réfléchir aux imbrications entre ces différentes logiques et aux tensions morales qu'elles induisent pour les groupes professionnels exerçant en milieu carcéral.

LA PRISON, UN SUBSTITUT À L'HÔPITAL ?

Utilisée dans un but dénonciateur, l'expression « prison-asile » ressurgit régulièrement pour signaler le nombre important de personnes détenues présentant des troubles psychiatriques graves. En France, à la fin des années 1990, ces termes reviennent dans le discours militant, médiatique et institutionnel. En septembre 1999, la publication d'un rapport sur la gestion de la santé dans les établissements pénitentiaires par Pierre Pradier, ancien président de Médecins du Monde (2), est ainsi relayée dans la presse nationale par des articles aux titres hyperboliques : « *L'horreur psychiatrique* », « *Le désastre psychiatrique carcéral* », « *Prison : un enfer pour les malades mentaux* » (3). Cette indignation transparait également dans deux rapports

Camille LANCELEVÉE

Sociologue, docteure en sociologie,
Institut de recherche interdisciplinaire (IRIS),
École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris.

parlementaires qui marquent l'apogée d'un épisode de scandales autour des dysfonctionnements des prisons françaises, jugées bien en deçà des standards d'une société démocratique avancée. Pour les rapporteurs de l'Assemblée nationale et du Sénat, la présence importante de personnes présentant des troubles mentaux en prison est l'une des mutations les plus frappantes de la population pénale (4). L'expression apparaît aussi fréquemment sous la plume de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire : Catherine Paulet, Philippe Carrière, Odile Dormoy, Gérard Laurencin, Betty Brahm, Cyrille Canetti ou encore Christiane de Beaurepaire. Dans une audition devant les députés, Evry Archer, alors chef de service psychiatrique à Lille, explique : « *Il s'agit là d'une régression, d'un retour à une confusion des institutions et des fonctions sociales : placement dans un même lieu de malades mentaux et de délinquants, comme cela se faisait à La Bastille, par exemple, avant la distinction entre la prison républicaine et la psychiatrie moderne.* » L'ouvrage publié par l'Observatoire international des prisons en 2005 sur les conditions de détention dans les prisons françaises suggère quant à lui que « *les réformes présentes et à venir tendent pourtant à faire de la prison l'asile du XXI^e siècle* (5) ». Dans ces publications, aux statuts et aux intentions différentes, l'expression mobilise un univers de représentations tout droit tiré de la critique antipsychiatrique des années 1970 et la prison, comme l'hôpital psychiatrique d'alors, apparaît comme une institution déshumanisante, soupçonnée de chroniciser les pathologies en tenant les malades à l'écart de la société. La « prison-asile » est un espace de relégation. En 2004, commandée conjointement par les ministères de la Santé et de la Justice,

une enquête épidémiologique confirme le sentiment diffus que les prévalences psychiatriques sont très importantes en prison : 35 % des 799 hommes détenus interrogés sont considérés par les enquêteurs comme manifestement ou gravement malades (6). Un faisceau d'indices semble par ailleurs confirmer l'hypothèse d'une augmentation de ces prévalences. On remarque en effet une diminution sensible du nombre de personnes déclarées « irresponsables » dans la seconde moitié du XX^e siècle et l'incarcération croissante de personnes dont le discernement est jugé « altéré » (7) (voir aussi l'article de C. Protais, p. 78). De plus, la politique d'ouverture des hôpitaux psychiatriques a favorisé la précarisation des patients les moins bien insérés socialement, susceptibles de tomber dans un cercle vicieux fait de prises en charge ponctuelles en milieu libre, de petite délinquance et de passages en prison, à la suite de procédures de jugement accélérées comme les comparutions immédiates. À partir de l'étude des statistiques hospitalières et carcérales, Bernard Harcourt et Sacha Raoult mettent ainsi en évidence une corrélation entre les taux d'hospitalisation et d'incarcération (8) qui pourrait laisser penser que la prison prend aujourd'hui en charge ceux que l'hôpital psychiatrique n'accueille plus. Enfin, la prison est suspectée de contribuer à l'augmentation des troubles mentaux du fait de mauvaises conditions de détention – tout particulièrement dans les maisons d'arrêt surpeuplées – et de la difficulté à donner corps à l'objectif de réinsertion. Les pathologies psychiatriques les plus fréquentes en prison appartiennent au spectre des troubles de l'humeur et des troubles anxieux et s'expriment par une souffrance discrète. Néanmoins, certaines situations tragiques de détérioration

Méthodologie

Cet article s'appuie sur le volet français d'une enquête sociologique sur la santé mentale en prison en France et en Allemagne dans le cadre d'une thèse de doctorat*.

En France, l'enquête a consisté en un terrain ethnographique de cinq mois, au cours desquels différents espaces (détention, réunions institutionnelles, services psychiatriques) ont été observés et différents acteurs (surveillants, conseillers pénitentiaires, personnels de direction, personnels médical et soignant) ont été rencontrés. À ce terrain s'ajoutent des entretiens semi-directifs auprès d'acteurs-clefs des administrations centrales (ministères de la Santé et de la Justice). Une série d'entretiens biographiques d'hommes et de femmes détenus (N = 49) ont en outre été réalisés en novembre 2017 en complément de cette enquête, pour éclairer les conditions du recours aux soins de santé mentale en milieu carcéral.

* **Camille Lancelevée, *Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne, thèse de sociologie sous la direction de Marc Bessin et Michel Bozon, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2016, 471 p.***





psychique et de décrépitude physique éveillent le sentiment que la prison « endosse une vocation asilaire perdue par les hôpitaux psychiatriques » (9), comme c'est le cas pour cet homme schizophrène qui interrompt son traitement régulièrement et vitote alors dans sa cellule, où il est placé seul malgré la surpopulation chronique de l'établissement, entouré de barquettes de nourriture en état de décomposition. Un autre cas est celui d'un homme dont les symptômes persistent malgré des injections à action prolongée d'antipsychotiques, qui, se prenant pour le directeur de la prison, entreprend de « virer » d'une voix menaçante les personnes qui l'entourent. Ou encore cette femme qui refuse de manger ou de sortir de sa cellule, persuadée que l'ensemble des personnels et de ses codétenues veut sa peau. Toutes ces situations obligent à « bricoler » des solutions bancales et attisent un sentiment de désarroi, partagé par les personnels pénitentiaires et soignants, qui s'interrogent à l'unisson : ces hommes et ces femmes qui ne semblent pas saisir le sens de leur incarcération ont-ils bien leur place en prison ? De façon paradoxale, c'est peut-être en faisant de ces personnes des victimes de la prison qu'il devient possible de développer à leur endroit l'empathie et l'attention qu'elles ne trouvent pas ailleurs.

L'ALTÉRITÉ ET LA « PRISON-ASILE »

Si la prison est dénoncée comme un espace de relégation pour les infracteurs présentant des troubles mentaux, elle devient aussi pour eux un lieu d'accueil. Depuis la fin des années 1970, les établissements pénitentiaires ont en effet été progressivement dotés de services psychiatriques rattachés au système public hospitalier, afin d'offrir aux personnes détenues un accès aux soins de santé mentale de qualité équivalente à celui proposé en population générale.

– Chaque établissement pénitentiaire dispose aujourd'hui d'une unité sanitaire comprenant des psychiatres et des psychologues.

– De plus, 26 Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) répartis sur le territoire français sont chargés d'animer et d'organiser le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. À la prise en charge ambulatoire s'ajoutent 250 places dans des coursives gérées en journées par les équipes soignantes et surveillées la nuit par les personnels de surveillance.

– Neuf Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) exclusivement dédiées à l'hospitalisation complète avec ou sans consentement de personnes détenues (450 lits), ont en outre ouvert depuis 2010 sur le territoire métropolitain. Cependant, les établissements pénitentiaires sont inégalement dotés en matière

des solutions d'hébergement adaptées. Les prisons deviennent donc aussi des lieux refuges, dans lesquels il semble possible d'être à l'abri d'un milieu extérieur hostile et de trouver des services sociaux et des soins difficilement accessibles hors les murs pour les segments les plus pauvres de la population (12).

de la peine. On observe ainsi depuis la fin des années 1990 la mise en place d'une multitude de dispositifs de contrôle appuyés sur des formes de traitement plus ou moins médicalisé, à l'instar de « l'injonction de soin » mise en place en 1998 pour les auteurs d'agressions sexuelles sortant de prison puis étendue

“ La “**prison-asile**” est donc le lieu d'une hybridation entre soin et punition, qui actualise une controverse ancienne et irréductible : celle de savoir où s'arrête le crime et où commence la folie. »

de santé mentale et les difficultés de recrutement sont parfois importantes en raison de la faible attractivité des conditions de travail et des contraintes carcérales, qui entravent souvent le bon fonctionnement des unités de santé. De plus, le dispositif de soin reste limité au regard des besoins exponentiels en matière de santé mentale. De nombreux détenus dont l'état est jugé incompatible avec le maintien en détention parce qu'ils présentent « *un danger pour eux-mêmes ou pour autrui* » continuent à être hospitalisés sans consentement dans des services de psychiatrie (10), dans des conditions maintes fois dénoncées par les instances de contrôle en raison de l'utilisation excessive de l'isolement et de la contention ainsi que de la durée trop courte des séjours.

En dépit de ces nombreuses difficultés, les équipes soignantes exerçant en milieu carcéral participent à apaiser les symptômes, prévenir les suicides, accompagner les patients-détenus et écouter leurs souffrances. De plus en plus sensibilisés à la question de la souffrance psychique et tout particulièrement du suicide, les personnels pénitentiaires développent pour certains des compétences d'écoute et de soutien (11). En ce sens, l'espace carcéral s'adapte, tant bien que mal, à l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques. Ainsi, plusieurs UHSA organisent des « hospitalisations séquentielles » ou encore des « séjours de rupture » pour des personnes en état de grande vulnérabilité. En outre, les équipes soignantes s'impliquent, à la hauteur de leurs moyens, dans la préparation de « projets de sortie », en assurant le relais avec les secteurs de psychiatrie après la libération mais également en cherchant

La situation est donc ici paradoxale : si l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale en prison témoigne d'une volonté politique d'humanisation de l'institution, elle valide cependant l'idée que des personnes présentant de graves troubles psychiatriques pourraient avoir leur place en prison. Il n'est désormais pas rare de voir des magistrats orienter des personnes condamnées vers tel ou tel établissement pénitentiaire bien doté en matière de santé mentale (13) dans une volonté de coupler les réponses pénale et médicale.

HYBRIDATION DU SOIN ET DU CONTRÔLE ?

En France, le dispositif de santé mentale en milieu carcéral s'est institutionnalisé dans les années 1970, sur fond d'une double critique de l'hôpital psychiatrique et de la prison. Les premiers chefs de services psychiatriques, venus de l'hôpital public, veulent alors rompre avec l'histoire de la médecine « pénitentiaire » (14). Cet héritage historique se traduit toujours, dans certains établissements pénitentiaires, par une relation tendue entre soignants et personnels pénitentiaires, qui se cristallise autour d'une défense ardente du secret médical et d'un refus affirmé de coopérer avec les agents pénitentiaires (surveillants ou conseillers d'insertion et de probation), même lorsque ceux-ci affirment œuvrer pour le bien des personnes détenues (voir aussi l'article de N. Burnet et M. Esvan, p. 66). Mais ces tensions sont également le produit d'un conflit autour du mandat des professionnels de santé mentale.

En effet, depuis une vingtaine d'années, la justice sollicite de plus en plus le soin comme adjuvant voire parfois seul contenu

à d'autres catégories de délinquants. Dans un contexte de préoccupation des pouvoirs publics pour la « dangerosité » (15), l'idée semble s'imposer que la criminalité renvoie à un trouble individuel, qui doit pouvoir être pris en charge par la psychiatrie ou la psychologie. Bref, la réponse pénale semble prise tout entière dans une rationalité quasi-thérapeutique, comme s'il s'agissait de faire correspondre à la peine un temps de traitement.

En prison, les soins psychiatriques ne peuvent pas être pénalement ordonnés, au principe qu'à la privation de liberté ne peut s'ajouter une mesure pénale supplémentaire. Néanmoins, on y observe des formes d'incitations aux soins par le biais des aménagements de peine. La justice de l'application des peines, chargée d'adapter la longueur et les modalités d'exécution de la sanction pénale, dispose en effet d'un levier puissant pour « extorquer » le consentement aux soins (16) des personnes dont on craint une « dangerosité » particulière, et tout particulièrement les auteurs d'agressions sexuelles. Ces incitations aux soins sont diversement considérées par les équipes médicales, qui reconnaissent d'un côté qu'elles peuvent provoquer des alliances thérapeutiques inattendues avec des personnes qui n'avaient jusque-là jamais entamé de démarche de soin, mais s'inquiètent, de l'autre, de se voir enrôlés dans un processus de pathologisation du crime. Ainsi l'idée d'une spécialisation des UHSA autour de la prise en charge des « pédophiles » (17) ou encore des détenus « *présentant des troubles mentaux engagés dans un processus de radicalisation* » (18) suscite de fortes réticences chez les psychiatres exerçant en milieu carcéral. La « prison-asile » est donc aussi le lieu

d'une hybridation entre soin et punition qui actualise une controverse ancienne et irréductible : celle de savoir où s'arrête le crime et où commence la folie mais aussi, en miroir, celle de savoir où s'arrête la normalisation et où commence le soin.

CONCLUSION

Lieu d'accueil et de relégation, de soin et de contrôle, la prison est un espace sous tension morale. Au-delà des situations tragiques qui soulèvent une indignation unanime sans pour l'instant trouver de solution pérenne (19), la prise en charge des troubles psychiques en prison soulève deux questions d'ordre politique : celle des priorités de l'action publique en matière de santé mentale et celle du rôle des médecins. Dans une logique sanitaire, il faudrait intervenir en premier lieu auprès de ceux qui souffrent le plus et de ceux qui présentent les troubles plus graves. Dans une logique concurrente, que l'on pourrait qualifier de criminologique, il faudrait s'intéresser d'abord à ceux qui perturbent le plus le système carcéral et à ceux qui présentent les plus grands risques de récidive. Toutes ces missions doivent-elles être remplies par les équipes psychiatriques ? L'enjeu politique consiste ici à réfléchir aux conséquences sociales d'une hybridation du soin et de la peine : à trop vouloir prévenir les risques par le contrôle étroit des individus, ne risque-t-on pas de menacer les précieux espaces d'authenticité et de confiance subsistant dans une société marquée par la méfiance ?

1- Erving Goffman définit les institutions totales comme « lieux de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p. 41).

2- Pradier Pierre, *La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives :*

documents, visites, entretiens, réflexions, rapport remis au ministère de la Justice, La documentation française, septembre 1999, 111 p.

3- Titres d'articles publiés respectivement dans *France Soir* par Jean-François Crozier le 8 décembre 1999 ; dans *L'Humanité* par E.F. le 8 décembre 1999 ; dans *Libération* par Jacqueline Coignard et Dominique Simonnot le 7 décembre 1999.

4- Mermaz Louis, Floch, Jacques, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*, Assemblée nationale, juin 2000, p. 65. Hyst Jean-Jacques, Cabanel Guy-Pierre, *Rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, juin 2000, p. 44.

5- Observatoire International des Prisons, *Les conditions de détention en France*, La Dispute, 2005.

6- Falissard Bruno (sous la direction de), *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*, Rapport final Étude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), décembre 2004. Pour une présentation synthétique et consolidée des résultats, voir plutôt Falissard Bruno (et al.), « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 2006, vol.6, n° 33, lien URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1559686>.

7- Caroline Protais, *Sous l'emprise de la folie, L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2016, 312 p.

8- Harcourt Bernard, Raoult Sacha, *The Mirror Image of Asylums and Prisons : An International Study*, Rochester, Scholarly Paper, 2014.

9- Cyrille Canetti dans *Le Monde* daté du 17 avril 2002.

10- En vertu de l'article L.3214-3 du code de la santé publique et D.398 du code de procédure pénale.

11- Ainsi, dans la prison de Château-Thierry, qui accueille de nombreux hommes présentant des troubles du comportement associés parfois à des troubles psychotiques, les surveillants ont développé des techniques de désescalade proches de celles employées en milieu psychiatrique, voir Falconi Ana-Maria, « Surveillants pénitentiaires à Château-Thierry : compte rendu d'un mémoire sur les pratiques professionnelles », in *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 32, novembre 2009. Notons néanmoins que si ces « bonnes pratiques » illustrent les compétences professionnelles dont peuvent faire preuve les surveillants, le brouillage des rôles professionnels a été dénoncé dans un rapport de visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en juillet 2017.

12- La France prendrait ici le chemin d'un gouvernement

néolibéral de l'insécurité sociale, décrit notamment par Wacquant Loïc, *Punishing the Poor : The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Durham, NC, Duke University Press, 2009.

13- Nous mettons cela en évidence à partir d'entretiens menés auprès de magistrats. Voir Guibet Lafaye Caroline, Lancelvee Camille, Protais Caroline, 2016, « L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux », *GIP mission de recherche « Droit et Justice »*.

14- Voir notamment Doron Claude-Olivier, Eyraud Benoît, Lancelvee Camille, Litzler Alexandre, Protais Caroline, Saetta Sébastien, Velpry Livia. « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement en psychiatrie ? », in *Déviance & Société*, vol 39, n° 4, p 429-453.

15- Voir notamment le contenu des différents rapports commandés par les autorités publiques autour de la dangerosité (rapports « Burgelin » en 2005, « Garraud » et « Goujon, Gautier » en 2006, « Lamanda » en 2008). Tous ces rapports visent à apporter « des réponses à la dangerosité » et seront une source d'inspiration pour étendre l'arsenal législatif visant à « lutter contre la récidive ».

16- Mistretta Patrick, 2011, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », in *Revue internationale de droit pénal*, 82, 1, p. 19-39. Saetta Sébastien, 2016, « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/ Penal field*, Vol. XIII, URL : <https://champpenal.revues.org/9401>.

17- En août 2007, Nicolas Sarkozy crée ainsi l'indignation à Lyon, après l'enlèvement d'un enfant, en annonçant que l'UHSA alors en projet sera un « hôpital pour pédophiles ».

18- Sénat, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'organisation et les moyens de la lutte contre les réseaux djihadistes en France et en Europe*, (présidents de la commission : Goulet Nathalie et Reichardt André), avril 2015. Contre cette idée, l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) manifeste dans un communiqué « sa désapprobation la plus vive », rappelant que ses missions sont « strictement soignantes ».

19- La loi n° 2014-896 du 15 août 2014 précise que les peines de prison prononcées doivent être réduites du tiers en cas d'altération du discernement. Il n'existe cependant à ce jour aucune enquête empirique pour évaluer l'impact de cette modification sur les pratiques judiciaires. Un dispositif « d'alternative à l'incarcération » sera en outre expérimenté à partir de septembre 2018 par Médecins du Monde à Marseille (voir la présentation de Thomas Bosetti aux journées interministérielles sur la santé mentale en prison, Hôtel de Ville de Paris, 21-22 décembre 2017).

Résumé : À partir d'une enquête sociologique sur la santé mentale en prison, cet article propose d'analyser l'expression de « prison-asile » souvent utilisée pour dénoncer la confusion produite par la présence importante de personnes présentant des troubles psychiques. En explorant la polysémie de l'expression, nous proposons de sortir d'une vision binaire pour penser les ambivalences d'un espace carcéral qui tout à la fois accueille et exclut, soigne et surveille. Il s'agit ainsi de réfléchir aux imbrications entre ces différentes logiques et aux tensions morales qu'elles induisent pour les groupes professionnels exerçant en milieu carcéral.

Mots-clés : Accès aux soins – Détnu – Enquête – Pathologie psychiatrique – Personnel pénitentiaire – Politique – Prison – Santé mentale – Sociologie – Soignant – Soin – Statistique – Surveillance – Vulnérabilité.