**Références sur Prison et trouble mental et revue de l’OIP de Juillet 2018 sur le thème**

**Sénat**

La responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux RAPPORT D’INFORMATION Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL pour la commission des lois Gilbert BARBIER et Christiane DEMONTÈS pour la commission des affaires sociales 5 Mai 2010

<https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-434-syn.pdf>

<https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf>

**Numéro de Juillet 2018 de la revue de l’observatoire des prisons**

<https://oip.org/decrypter/thematiques/sante-mentale/>

« On assiste à un déplacement de l’hôpital psychiatrique vers la prison » s’alarmait déjà il y a dix ans le Comité consultation national d’éthique (CCNE). Plus de 20% des personnes incarcérées sont atteintes de troubles psychotiques dont 7,3% de schizophrénie et 7% de paranoïa et autres psychoses hallucinatoires chroniques. Au total, huit hommes détenus sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs parmi lesquels la dépression (40%), l’anxiété généralisée (33%) ou la névrose traumatique (20%). Le taux de pathologies psychiatriques est 20 fois plus élevé en prison que dans la population générale. Or, la prison est un milieu pathogène. Et « l’incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu’entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l’emprisonnement » mais aussi « perte du sens même du soin et du rôle de soignant » comme le relève le CCNE. Pourtant, loin de remédier à ce phénomène par une réflexion sur les failles de la psychiatrie générale en milieu libre, les pouvoirs publics mettent en place des dispositifs judiciaro-sanitaires qui avalisent la présence de ces publics en prison.

**Comment les psy ont investi le pénal, et pourquoi c’est un problème**

<https://oip.org/analyse/comment-les-psy-ont-investi-le-penal-et-pourquoi-cest-un-probleme/>

Parallèlement à la pénalisation croissante des malades mentaux, on constate une extension du médico-psychologique au sein du champ pénal. Comment appréhender cette évolution ? Bien qu’il puisse sembler judicieux de soigner les justiciables et de les amener à s’interroger sur le sens de leurs actes, cette évolution remet en cause l’éthique médicale, justifie une extension du filet pénal, et entrave toute réflexion sur les déterminants sociaux à l’origine des passages à l’acte. Elle légitime également l’enfermement des justiciables et, partant, l’institution carcérale elle-même.

Parallèlement au phénomène de (sur)pénalisation des malades mentaux se produit une autre évolution : une extension du filet médico-psychologique visant à évaluer, repérer et soigner les auteurs d’infractions. Cela se traduit par l’entrée d’un nombre croissant de « psy » (psychologues, psychiatres, infirmiers psychiatriques ou autres spécialistes du psychisme) à différents niveaux de la chaîne pénale – voire en amont (1). Et par l’introduction progressive de mesures telles que l’incitation aux soins au ours de la détention, l’injonction de soins à la suite ou à la place d’une peine d’emprisonnement, ou la surveillance et la rétention de sûreté une fois la peine arrivée à son terme. Ces mesures sont prononcées sur la base d’expertises médicales – dans les faits, des expertises psychiatriques ou médico-psychologiques, et impliquent l’intervention de soignants lors de leur mise en application. Elles ont nécessité la création de structures, comme par exemple les dispositifs de soins pour les auteurs de violences sexuelles ou le Centre médico-judiciaire de sûreté (accueillant les personnes concernées par la rétention de sûreté), et ont également impliqué le développement d’outils et de savoirs tels que le questionnaire d’investigation clinique pour les auteurs d’agressions sexuelles (QICPAAS), les outils actuariels visant à mesurer le risque de récidive ou le « Qu’en dit-on » (jeu de cartes permettant d’aborder les représentations et attitudes sur le thème du lien social).

Cette médico-psychologisation des auteurs d’infractions, qui n’est pas nouvelle (2), s’est toutefois accélérée ces dernières années sous l’impulsion d’une série de lois (3) qui ont instauré ces mesures et les ont étendues à d’autres catégories d’infracteurs. Initialement pensés pour prévenir la récidive des auteurs d’infractions à caractère sexuel, ces dispositifs ont ainsi été appliqués aux pyromanes, aux terroristes, ainsi qu’aux auteurs de meurtre, d’assassinat ou d’autres formes de violences contre les personnes. On peut dès lors souscrire aux propos du philosophe Claude-Olivier Doron qui écrit que le soin est devenu « l’un des rouages principaux qui permet le fonctionnement de la machine pénale » (4).

Comment appréhender alors ce phénomène et cette évolution ? Ne devrions-nous pas nous en réjouir, dans la mesure où il vaut peut-être mieux soigner que punir ? Plutôt que de simplement réprimer et enfermer, par exemple un exhibitionniste ou un auteur d’inceste, n’est-il pas en effet plus judicieux, mais aussi plus « humain », de le soigner et l’amener à réfléchir sur ce qui le pousse à contrevenir aux règles sociales ? Autrement dit, quel problème y aurait-il à privilégier la correction et la normalisation à la simple répression ?

Des dispositifs susceptibles de malmener l’éthique médicale

Premier problème, ce mouvement de médico-psychologisation de la justice remet souvent en cause deux principes fondamentaux : le consentement aux soins et le secret médical. Durant la préparation de la loi du 17 juin 1998, dans l’avant-projet de loi Toubon, il fut en effet question d’une « peine de suivi médico-social » qui, outre le fait qu’elle introduisait une confusion entre peine et soin, présentait l’inconvénient d’être imposée au justiciable sans son consentement et de nécessiter la circulation d’informations médicales entre juges et soignants. À l’arrivée d’Élisabeth Guigou à la fonction de garde des Sceaux et suite à une levée de boucliers de la part du corps médical, une injonction de soins nécessitant le consentement du condamné et la présence d’un médecin coordonnateur – préservant l’espace de soin de l’incursion de la justice – fut instaurée.

Outre le fait qu’il est régulièrement proposé de déroger à ces deux principes (5), on peut s’interroger tant sur la valeur du consentement obtenu dans le cadre de l’injonction de soins que sur le respect, dans la pratique, du secret médical. Sur le premier point, bien que le Code pénal prévoie « qu’aucun traitement ne pourra être entrepris sans le consentement du condamné », il fait aussi état du fait que « si celui-ci refuse les soins qui lui sont proposés, l’emprisonnement prononcé par la juridiction comme sanction de l’inobservation du suivi socio-judiciaire pourra être ramené à exécution ». Pour le juriste Patrick Mistretta, il s’agit dès lors d’un « consentement pression » ou « extorqué », ce qui constitue pour lui ni plus ni moins qu’une forme de « chantage » (6). Le Conseil de l’Europe range également ce type de mesure dans la catégorie des « mesures quasi forcées », définies comme des « alternatives spécifiques à l’incarcération » dans le cadre desquelles il est proposé au condamné soit de se soigner, soit d’être (ré)incarcéré (7). La loi de juin 1998 a également institué la possibilité, pour le détenu, d’engager une thérapie en prison. Or là encore, le fait de poursuivre une thérapie constitue l’un des critères permettant de bénéficier de réductions de peine, d’une libération conditionnelle ou de permissions de sortir. Une recherche réalisée au sein d’un centre de détention (8) a également mis en évidence que cela constituait pour l’administration pénitentiaire un indicateur de bonne conduite facilitant l’octroi de privilèges tels que l’accès à un quartier spécial – le quartier de confiance, bénéficiant de cellules individuelles, plus grandes et moins surveillées.

Quant au secret médical, il s’avère qu’il est difficile, dans les faits, de le garder, les soignants étant régulièrement poussés par les magistrats à leur fournir des informations, notamment par le biais des attestations certifiant que les justiciables ont entrepris des soins. Cela n’est pas sans générer de fortes incompréhensions et tensions dont le justiciable est le premier à pâtir.

Des « psy » au service d’une extension du filet pénal

On pourrait espérer que ces dispositifs, notamment l’injonction de soins, conduisent à une réduction des durées d’emprisonnement et à privilégier le traitement à la neutralisation, à la répression et à une peine de prison ferme. Autrement dit, qu’ils conduisent à moins de peine. Toutefois, comme l’explique la chercheuse Virginie Gautron, « malgré les intentions affichées du législateur en 1998, le suivi socio-judiciaire constitue rarement une alternative à l’incarcération » (9). Dans les faits, il se rajoute souvent à une peine d’emprisonnement, ce qui maintient le justiciable, in fine, de longues années, voire des décennies, sous le contrôle de la justice. Ainsi, le soin remplit moins une fonction proprement thérapeutique à côté, voire à l’intérieur des institutions juridico-pénales, qu’une fonction de contrôle et de surveillance dans le prolongement d’une mesure d’emprisonnement.

Il est aussi établi que psychiatres et psychologues – notamment par le biais des expertises qu’ils fournissent à la justice – contribuent au maintien des justiciables en milieu fermé. Comme le montre la sociologue Aude Leroy, qui a travaillé sur les procédures d’aménagement des longues peines, les expertises psychiatriques sont plus facilement défavorables que favorables aux justiciables (10). Les psychiatres tout comme les juges de l’application des peines ouvrent en effet le parapluie, craignant de faire la une des médias à la suite d’une éventuelle récidive (11). Comme le souligne Claude-Olivier Doron, cette « volonté de soins […] justifie la mise en place de mesures dont la temporalité est extrêmement distendue. Un soignant ne pourra jamais dire : « Vous sortirez dans six mois, quand votre peine sera achevée » ; il ne pourra que déclarer : « Vous pourrez sortir quand vous serez guéri, quand vous irez mieux, et il faudra toujours prévenir les possibles rechutes. » »

À ce sujet, la fragilité des évaluations médico-psychologiques paraît particulièrement problématique. Comme le montrent des chercheurs américains, les psychologues et psychiatres, en se fondant exclusivement sur leurs observations cliniques (comme c’est le cas en France), se trompent deux fois sur trois en accentuant le risque de récidive (12). « De ce point de vue, tirer à pile ou face serait donc plus « juste » pour le sujet sous main de justice que de réaliser une expertise basée uniquement sur les observations cliniques », soulignent alors justement des praticiens (13). Néanmoins, il faut se garder de penser que les outils standardisés produisent des résultats davantage fiables. De l’aveu des professionnels et des chercheurs, notamment d’une partie de ceux ayant promu ces outils, il est tout à fait impossible de garantir de façon certaine la récidive ou la non-récidive d’un individu (14). Pourtant, c’est aussi sur la base de ces dispositifs – qui n’offrent donc aucune certitude – que les experts psychiatres et psychologues sont susceptibles, dans le cadre de la rétention de sûreté, de prolonger l’enfermement des justiciables au-delà de la peine… On ne peut alors que s’étonner du décalage entre le pouvoir exorbitant donné aujourd’hui aux spécialistes du psychisme – pouvoir qu’une partie d’entre eux refuse d’ailleurs d’endosser – et la faillibilité de leurs outils et de leurs évaluations.

Une médico-psychologisation tous azimuts

Un autre problème tient au fait que cette évolution se produit généralement sous l’impulsion de lois faisant fi tant de l’avis des spécialistes et des professionnels que des contraintes liées à la démographie médicale. La généralisation et la systématisation de l’injonction de soins imposées par le législateur posent en effet diverses questions. La première concerne la pertinence d’étendre les soins à certaines catégories d’infracteurs (15). Autant, de l’avis des soignants, il pourrait paraître judicieux de proposer des soins à ceux qui semblent pouvoir en profiter, autant la systématisation leur semble contre-productive, ces derniers faisant état de leur impuissance et de l’inutilité des soins pour certains justiciables. Ce phénomène est particulièrement désastreux dans un contexte de pénurie d’experts psychiatres (16) mais aussi de médecins coordonnateurs et de soignants (17). Ainsi, des juges de l’application des peines disent ne pas toujours trouver d’experts psychiatres disponibles, ce qui a pour effet de ralentir considérablement les procédures d’aménagement de peine. On sait aussi que l’incitation aux soins en détention, quand les établissements ne sont pas pourvus d’unités spécialisées (et c’est le cas dans la majorité des centres de détention), a pour effet d’engorger la file active des unités de soins qui ont déjà des difficultés à prendre en charge ceux qu’ils estiment être leur patientèle initiale : les personnes atteintes de troubles psychotiques, anxieux ou dépressifs.

On voit ainsi que le problème vient donc moins du soin lui-même que du rôle qu’il est aujourd’hui amené à jouer. Tels qu’ils sont à ce jour envisagés, ces dispositifs remettent en cause l’éthique médicale et participent à une extension du filet pénal. Et visent en fait tout autant voire davantage la surveillance et la neutralisation des justiciables que leur réadaptation.

Cette médico-psychologisation au sein du champ pénal a en outre pour effet d’entraver toute réflexion sur les dysfonctionnements et déterminants sociaux pouvant se trouver à l’origine des passages à l’acte. La prévalence des agressions sexuelles ne devrait-elle pas, par exemple, nous interpeller sur les déterminants sociaux de la violence sexuelle, mais aussi plus globalement des violences faites aux femmes ou des violences intrafamiliales ? L’origine de ces violences n’est-elle pas, en effet, à chercher dans une structure sociale inégalitaire, qui permet à certaines catégories de la population d’en dominer et maltraiter d’autres ?

Finalement, comme le souligne la sociologue Camille Lancelevée, ces savoirs servent, implicitement, à légitimer l’institution carcérale : « Tout comme la médicalisation de l’échec scolaire contribue à produire des enfants dyslexiques, dysphasiques ou dyspraxiques, la psychiatrie et la psychologie en prison semblent donner corps à de nouvelles figures d’incorrigibles corrigibles : les auteurs de violences sexuelles, les schizophrènes psychopathes, ou encore les islamistes radicalisés. Les hommes déviants seraient désormais bien à leur place en prison parce que celle-ci permettrait de traiter leurs personnalités violentes, leurs comportements transgressifs, leur radicalité psychopathique ou leur perversité prédatrice. »

Par Sébastien Saetta, sociologue, Chargé de recherche au sein du programme de recherche COMET (APEMAC, Université de Lorraine) et de l’action Capdroits (Centre Max Weber) et membre du conseil d’administration de l’Observatoire international des prisons-section française

(1) On pense notamment au rôle qu’entendait faire jouer Gérard Collomb au corps médical dans le repérage des individus susceptibles de commettre des actes terroristes.

(2) La justice dès le XIXe siècle a accueilli des experts psychiatres qui ont participé à cette médico-psychologisation. Les soins pénalement ordonnés ne sont pas non plus nouveaux, l’obligation de soins datant de la fin des années 1950 et l’injonction thérapeutique, elle, des années 1970.

(3) 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 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d’irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ; Loi du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale.

(4) Doron C.-O., 2010, « La volonté de soigner. D’un singulier désir de soin dans les politiques pénales » in Benaroyo L. (2010), La philosophie du soin. Éthique, médecine et société, Paris, PUF.

(5) Des propositions de lois visant à imposer aux auteurs d’infractions à caractère sexuel la castration chimique sont par exemple régulièrement déposées.

(6) Mistretta P., 2011, « L’illusion du consentement du délinquant à l’acte médical et aux soins en droit pénal. », Revue internationale de droit pénal, n° 1, vol. 82, pp. 19-39.

(7) Conseil de l’Europe, 2012, Rapport du Comité européen pour les problèmes criminels : instruments et activités du Conseil de l’Europe relatifs aux mesures quasi forcées, Strasbourg.

(8) Saetta S., 2016, « Inciter des auteurs d’infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », Champ pénal/Penal field [en ligne], vol. XIII.

(9) Gautron V., 2017, « (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l’injonction de soins », 2017, GIP Justice.

(10) Leroy A., 2016, Patientez en prison. La construction des itinéraires carcéraux en centre de détention, Thèse soutenue le 18 novembre 2016 à Paris.

(11) Cf. l’affaire « Agnès » où le grand-père de la victime avait publiquement demandé la radiation d’un expert psychiatre qui, dans une affaire antérieure, avait décrété que l’auteur ne présentait pas de dangerosité.

(12) Monhanan J., Seadman H.J., Appelbaum P.S. et al., 2001, Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence, New York, Oxford University Press.

(13) Vanderstukken O., Lacambre M., 2011, « Dangerosité, prédictivité et échelles actuarielles : confusion ou détournement ? », L’information psychiatrique, vol. 87, n°7, p. 549-550.

(14) Gautron V., Dubourg É., « La rationalisation des outils et méthodes d’évaluation : de l’approche clinique au jugement actuariel », Criminocorpus [en ligne].

(15) On pense par exemple à l’extension, en 2007, de l’injonction de soins aux auteurs de destruction, dégradation ou détérioration par une substance explosive ou tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes.

(16) On est en effet passé d’environ 800 experts psychiatres en 2007 à environ 400 experts en 2014.

(17) Cf. le rapport de Virginie Gautron cité supra, dans lequel elle montre que certains médecins coordonnateurs se retrouvent parfois à gérer 80 dossiers, et que certains départements sont tout bonnement dépourvus de médecins coordonnateurs.

**Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle**

<https://oip.org/analyse/sortants-de-prison-poursuivre-les-soins-une-etape-essentielle/>

Continuité des soins, prévention du « choc de la libération » mais aussi réadaptation sociale et familiale : l’équipe de la consultation extra-carcérale du centre hospitalier Sainte-Anne propose une prise en charge globale aux personnes sortant de prison.

C’est l’une des seules du genre en France : une consultation spécifique pour personnes sortant de prison, assurée par le service médico-psychologique régional (SMPR) de l’ancienne maison d’arrêt de Paris-La Santé, au centre hospitalier Sainte- Anne. Malgré la fermeture de la prison en 2014, l’équipe soignante a maintenu son activité afin de poursuivre l’une des missions des SMPR : la continuité des soins psychologiques et psychiatriques pour les sortants de prison.

Éviter les ruptures de soins d’un public stigmatisé

Selon le responsable de la consultation, le psychiatre Cyrille Canetti, si les ruptures de soin sont fréquentes à la sortie de prison, c’est parce qu’il est difficile pour les ex-détenus de trouver un relais. « Les centres médico-psychologiques (CMP) sont souvent surchargés et ne permettent pas de proposer à ces personnes des rendez-vous dans un délai court après leur sortie. » Un problème compliqué par la réticence de certaines structures à prendre en charge ce public : « Dès qu’on appelle d’une prison, cela effraie un peu les soignants », qui ne se sentent pas toujours « formés » pour s’occuper de cette population. L’équipe de la consultation extra-carcérale est pour sa part composée principalement de soignants qui avaient déjà travaillé en milieu carcéral : « On sait ce que signifie « cantiner », ce qu’est une fouille. » La consultation apparaît comme « un endroit où l’on peut venir poser sa souffrance, ses maux, un endroit privilégié où l’on n’a pas cette crainte d’être jugé », commente Isabelle Boisier, ancienne cadre de santé de la structure. Mais cette prise en charge n’est que provisoire : la finalité ultime de la consultation est d’être une passerelle vers des soins de droit commun. « Nous allons présenter le patient pour montrer à l’équipe qu’on n’amène pas Jack l’Éventreur ». L’objectif n’est donc pas de créer une filière ségrégative pour anciens détenus, mais au contraire de « travailler à leur déstigmatisation ». De même, l’équipe soignante n’a pas vocation à prendre en charge des patients aux pathologies trop lourdes, « puisqu’ils ont besoin d’un secteur, avec une équipe, un hôpital de jour, un CMP, etc. ».

Des troubles renforcés par le « choc de la libération »

La consultation extra-carcérale est ouverte aussi bien aux hommes qu’aux femmes, mineurs et majeurs. Une population provenant principalement des établissements pénitentiaires de la région parisienne et se déclarant vivre à Paris. Les personnes accueillies sont atteintes de troubles schizophréniques ou bipolaires, ou dans des « états limites » se traduisant par exemple par des conduites antisociales, des addictions ou par une angoisse de l’abandon. Des états nécessairement accentués par l’emprisonnement, puisque « la rupture des liens renforce le sentiment d’insécurité totale », commente le psychiatre de la structure. Mais les bouleversements qui accompagnent la sortie de prison peuvent également accroître les effets néfastes de ces troubles. Ce passage délicat du dedans au dehors peut en effet être vécu de façon extrêmement perturbante et constituer ce que les soignants appellent le « choc de la libération ».

Les personnes sortant de prison sont d’abord confrontées à une soudaine transformation du temps et de l’espace. « Quand on sort de prison, on a une notion du temps et du respect des rendez-vous assez approximative. D’autant que l’ordre des priorités s’inverse : il faut manger, s’habiller, avoir un toit au-dessus de la tête. Le soin passe au second plan », explique Cyrille Canetti. Les sens aussi sont transformés : « En prison, il y a toujours un mur qui arrête le regard. On sait qu’après, ça donne des vertiges et des pertes d’équilibre », commente Isabelle Boisier. De même pour l’ouïe, l’odorat ou le toucher, « qui sont sur-stimulés » à la sortie, selon l’ergothérapeute de la structure. Cette dernière travaille donc sur la « réappropriation du corps », mais également sur « le contrôle des angoisses liées à la peur de la foule et du vide ».

« Globalement, les personnes sortent fatiguées psychiquement », remarque Isabelle Boisier. Et ce, alors qu’ils doivent relever un défi de taille : se responsabiliser de nouveau et de façon immédiate après une longue période de passivité contrainte. « Comment faire pour se réadapter lorsque l’on a été complètement infantilisé pendant des mois, voire des années ? », questionne Isabelle Boisier. « En prison, ils sont toujours dépendants de quelqu’un d’autre et dans l’impuissance pour tout. » Cette perte de responsabilité au quotidien influence le comportement à la sortie : « L’exemple typique, c’est le cas du sortant de prison qui attend qu’on lui ouvre la porte alors qu’elle n’est pas fermée à clé. »

Parallèlement aux suivis individuels, la consultation propose des thérapies de groupe sous forme d’ateliers, qui permettent aussi aux sortants d’échanger sur les difficultés communes qu’ils rencontrent. Selon les cas, une orientation vers l’assistante sociale peut-être proposée pour un bilan lié à l’accès aux soins et à l’ouverture des droits.

Au-delà du soin, aider les personnes à se réadapter socialement

« À la sortie, j’avais des problèmes de logement, des problèmes pour me déplacer dans le métro. Ça a été difficile. Ici, je veux retrouver une santé, une stabilité », explique Benoît \*, qui vient à la consultation depuis trois mois sous le régime de l’obligation de soins. « Je ne voulais pas ne rien faire, boire toute la journée et replonger », confie pour sa part Adam, qui fréquente la consultation depuis un an. « Alors je viens ici et on m’aide à m’adapter dans la société. Je suis devenu une personne pour moi », poursuit-il. L’accompagnement proposé par l’équipe va en effet au-delà du soin, pour permettre aux personnes de se réadapter à la vie dehors. Certains doivent réapprendre des actes de la vie quotidienne, « comme cette personne qui ne sait plus comment traverser une rue », raconte Cyrille Canetti. D’autres doivent expérimenter une multitude de situations auxquelles elles n’ont jamais été confrontées, comme « acheter un ticket de métro aux bornes automatiques » par exemple. Une réadaptation particulièrement difficile après une longue peine. Isabelle Boisier évoque ainsi le cas d’un détenu incarcéré pendant plus de vingt ans qui, à sa sortie, découvre l’euro comme nouvelle monnaie ; doit se déplacer à divers endroits pour effectuer ses démarches et poursuivre ses soins, sans avoir aucun repère dans les rues ou le métro. Autant de difficultés qui donnent aux personnes « le sentiment d’une exclusion totale », analyse la soignante.

Des consultations ouvertes aux proches

Un sentiment d’exclusion jusque dans la famille, où il peut être compliqué de retrouver une place, « comme le père de famille qui revient chez lui mais n’a plus sa place à table ». Les ex-détenus découvrent que la vie a continué sans eux, que leur famille a aussi souffert de l’incarcération et que leurs proches ne peuvent pas toujours être les interlocuteurs privilégiés de leurs maux. Cyrille Canetti rapporte le cas d’une femme de détenu qui appréhendait le retour de son mari. « Je me suis habituée à vivre seule donc ça va être compliqué. Il me dit qu’il devient fou, mais il ne sait pas que je deviens folle aussi », lui avait-elle confié. La consultation extra-carcérale propose donc également un accompagnement pour les proches de détenus.

L’offre proposée par la consultation extra-carcérale, très complète, reste malheureusement très exceptionnelle. « On est une petite goutte dans l’océan, il faudrait des centaines d’équipes comme ça… », souffle Cyrille Canetti.

Par Anaïs Le Breton

**Entre soin et peine : la défense sociale belge**

[**https://oip.org/analyse/entre-soin-et-peine-la-defense-sociale-belge/**](https://oip.org/analyse/entre-soin-et-peine-la-defense-sociale-belge/)

**Que faire des personnes pénalement irresponsables du fait de leur trouble mental mais que l’on considère comme « dangereuses » ? Certains pays ont opté pour un dispositif hybride d’internement psycho-légal alliant soin et contrainte. Apparu en Belgique dans les années 1930 avec la loi de défense sociale, ce « modèle » a été fortement décrié pour ses dérives. Une récente loi est venue tenter de l’améliorer. Sans remise en cause de sa philosophie profonde.**

En 1930, la Belgique introduisait la loi de défense sociale afin de protéger la société des « aliénés délinquants ». Alternative à la prise en charge pénale, elle prévoit une mesure d’internement à durée indéterminée, tant que l’état mental de la personne laisse présager une dangerosité sociale. Dans le même temps, la mesure soumet la personne à un régime curatif. Dans sa philosophie, il s’agit de traiter les anormaux « non en délinquants mais en malades » en associant à la mesure de sécurité une mesure de soin « scientifiquement organisée » (1). Dans la pratique cependant, l’objectif de soin a souvent été oublié au profit d’une logique purement sécuritaire, ce qui a valu à la Belgique de nombreuses condamnations internationales. Une récente loi tente de rééquilibrer le dispositif au profit du soin et de la réinsertion. Mais le système, en mutation, connaît encore des défaillances. Surtout, la nouvelle législation opère des transformations qui posent question : elle judiciarise encore davantage le dispositif de l’internement, et crée une confusion croissante entre soin et peine.

**L’internement en Belgique : une prise en charge défaillante et inégale**

La loi sur la défense sociale (2) prévoit deux mesures principales : la « mise en observation », qui permet de maintenir la personne dans une annexe psychiatrique de prison le temps de déterminer si son état mental justifie ou non un diagnostic d’irresponsabilité pénale et de dangerosité exigeant son internement ; et la mesure d’internement elle-même, qui doit en principe s’appliquer dans un établissement dit de « défense sociale » prévu à cet effet (3).

Il existe cependant de nombreux lieux d’internement dont les statuts diffèrent et, avec, la qualité de la prise en charge. Jusqu’en 2016, la Belgique francophone (4) n’avait que trois établissements de défense sociale, l’un dépendant du ministère de la Justice et les deux autres de la Santé. Si les établissements rattachés aux services de santé (5) semblent offrir des conditions de prise en charge relativement satisfaisantes, l’établissement de Paifve, dépendant de la Justice, est régulièrement pointé du doigt pour son régime avant tout carcéral. Dans le rapport de sa visite d’avril 2017, le Comité européen de prévention de la torture (CPT) pointe de nombreux problèmes : le manque de personnel d’encadrement, pour commencer, qui emporte des conséquences graves (internés bloqués en cellule, extractions médicales compliquées, mouvements et activités limités – y compris pour l’accès aux promenades ou aux douches, etc.) ; l’absence de formation spécifique des agents au travail en milieu psychiatrique ; et surtout, des déficiences dans la prise en charge thérapeutique, avec un personnel médical en sous-effectif. « Dans les faits, de nombreux patients n’avaient accès au psychiatre que toutes les quatre à six semaines », écrivent les auteurs du rapport. Ils dénoncent, au total, un environnement cellulaire et une logique carcérale qui ne sont « pas propice à l’organisation des soins » (6).

En dehors des questions de prise en charge qu’ils soulèvent, le faible nombre d’établissements de défense sociale et leur constante saturation ont, dans les faits, relégué de nombreux internés aux annexes psychiatriques des prisons. « 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 », écrit ainsi le professeur Yves Cartuyvels (7). En 2016, 45 % des internés l’étaient en annexe psychiatrique de prison (8). Les conditions d’internement dans ces annexes ont fait l’objet d’une réprobation répétée et unanime de la part tant des organisations belges de défense des droits que des instances internationales, Conseil de l’Europe, CPT, Nations unies, etc. Outre qu’elles sont surpeuplées et souvent insalubres, elles accueillent tout à la fois des internés aux pathologies variées, des détenus de droit commun présentant des troubles mentaux, des toxicomanes, des condamnés pour mœurs… Les soins y sont défaillants – souvent limités à une sur-médication, les personnels en sous-effectif, les activités thérapeutiques ou occupationnelles presque inexistantes. Lors de sa visite de 2017, le CPT relevait que « dans l’ensemble des établissements visités, la priorité au niveau des soins était axée sur les internés en crise ou en plus grande souffrance, faute de moyens. Il était tout juste possible d’assurer les soins de base et de répondre aux situations de crise aiguë ». Après avoir condamné à de nombreuses reprises la Belgique pour le sort qu’elle réservait aux internés, la Cour européenne des droits de l’homme a pris, en septembre 2016, un arrêt pilote (arrêt W.D. c. Belgique) par lequel elle donne deux ans au gouvernement pour mettre son système d’internement en conformité avec la convention européenne des droits de l’homme.

**Les oubliés du système**

La durée « indéterminée » de la mesure de défense sociale n’est pas non plus sans poser de problème. Si, en principe, la situation des internés doit être revue chaque année, cette révision n’était jusqu’en 2016 pas automatique et devait être demandée par l’institution d’accueil. Ainsi, « il n’est pas rare de voir des internés enfermés pendant plusieurs années sans qu’aucune réévaluation psychiatrique n’ait lieu », relève la section belge de l’Observatoire international des prisons (9) (OIP). L’organisation regrette aussi « le manque de qualité de certaines expertises », pourtant au cœur du dispositif. « Débordés par le nombre de demandes qui leur sont adressées, les experts psychiatres ne sont pas en mesure de produire un travail fouillé et scientifique. » En l’absence d’outils et de critères harmonisés, l’expertise va par ailleurs beaucoup dépendre des tendances des experts et de leurs pratiques pour évaluer une « dangerosité » mal définie.

Conséquence : il existe un nombre non négligeable d’internés « dont la place en défense sociale est beaucoup moins évidente », écrit Yves Cartuyvels. « Ces patients sont étiquetés par un diagnostic initial de dangerosité qui leur « colle à la peau » tout au long de leur trajectoire, avec des effets désastreux en termes de réintégration sociale. » Stigmatisés, ils peinent à trouver un relais auprès des institutions de droit commun. La chercheuse Olivia Nederlandt explique : « Les circuits de soin classique sont assez réticents pour prendre des internés. Il y a déjà un a priori négatif parce qu’ils sortent de prison. En plus, on sait qu’ils n’y ont pas du tout été soignés et que ça va être difficile. Lorsqu’ils sont libérés à l’essai, il est par ailleurs fréquent qu’ils réintègrent l’annexe psychiatrique, non pour avoir commis une nouvelle infraction mais pour n’avoir pas respecté les conditions de leur libération. « Ces patients-là, bien que peu dangereux, se chronifient en défense sociale, les lieux d’internement devenant un « lieu de vie » qui répond plus à une fonction asilaire qu’à un souci de soin ou de sécurisation », explique ainsi M. Cartuyvels (10). Pour le chercheur, c’est comme si « s’était installée l’idée qu’il s’agissait d’individus condamnés à errer dans les couloirs de l’internement ».

**Une réforme insuffisante ?**

Sommé de résoudre ces nombreux problèmes, le gouvernement a fait adopter en mai 2014 une nouvelle loi relative à l’internement, entrée en vigueur en octobre 2016. Principal objectif : en finir avec l’internement en annexe psychiatrique. Pour y parvenir, les ministères de la Justice et de la Santé ont établi un Masterplan Internement, organisé autour du risque social posé par les internés : selon leur degré de dangerosité supposée (11), ils sont orientés vers des structures plus ou moins contraignantes, allant des soins ambulatoires à des structures psychiatriques sécurisées. Le plan prévoit ainsi la création de Centres de psychiatrie légale pour l’accueil des internés, au sein desquels est organisé un régime progressif correspondant à un « trajet de soin » devant permettre une transition vers le circuit de soin externe. Les deux premiers ont ouvert à Gand et Anvers. Deux autres sont prévus, ainsi qu’un établissement de séjours de longue durée pour les internés présentant un profil de dangerosité particulièrement élevé.

La loi de 2014 prévoit par ailleurs une série de mesures : réduction de la période maximale d’observation de six à deux mois, obligation d’une expertise psychiatrique contradictoire, révision automatique de la décision d’internement au moins une fois par an… Autant d’avancées incontestables et nécessaires. Mais pour nombre d’observateurs, cela ne suffit pas. Ils regrettent notamment que la loi n’ait pas tout simplement supprimé les annexes psychiatriques des prisons – qui continuaient à accueillir 565 internés en février 2018.

Autre principale nouveauté : le suivi des internés, qui relevait jusque-là d’une Commission de défense sociale (une commission administrative composée de trois membres bénévoles : un magistrat, un avocat et un psychiatre), est désormais confié à une Chambre de protection sociale (CPS) au sein du tribunal d’application des peines (TAP). Chambre permanente et professionnalisée, elle est composée d’un magistrat, d’un assesseur spécialisé en réinsertion sociale et d’un assesseur spécialisé en psychologie clinique. Si la professionnalisation de cet organe a été saluée, la disparition du psychiatre de l’organe décisionnel a fait, et continue à faire, l’objet de nombreux débats. La CPS décide des modalités d’exécution de la mesure, qui peut désormais revêtir plusieurs formes : le placement en établissement, la détention limitée (équivalent de la semi-liberté), la surveillance électronique, la libération à l’essai… Des modalités qui permettent une prise en charge plus adaptée, notamment en milieu ouvert, mais qui interrogent forcément sur la réelle dangerosité des internés.

**La confusion entre soin et peine**

« Le système d’exécution de l’internement a été copié sur celui de l’exécution de la peine de prison », explique Olivia Nederlandt. « Tout comme les condamnés demandent au TAP une permission de sortie, un bracelet électronique ou une libération conditionnelle, les internés vont être suivis par le même tribunal, sauf que c’est une chambre spécialisée. Tout comme les condamnés, lorsqu’ils seront en sortie à l’essai ou en bracelet électronique, les internés seront suivis par un assistant de justice qui fera ses rapports au TAP. S’ils ne respectent pas les conditions de leur libération, le tribunal peut renvoyer les condamnés en prison et les internés dans un établissement de défense sociale ou un hôpital psychiatrique sécurisé. » Tout en renforçant les garanties apportées aux internés, la judiciarisation du dispositif d’internement et son alignement sur le régime des condamnés contribue ainsi à brouiller les frontières entre ces deux régimes.

Une confusion d’autant plus facile que la loi de 2014 a encore accru leur porosité. Élément emblématique : les deux champs de la responsabilité pénale et de l’internement ne sont plus exclusifs l’un de l’autre. Selon la nouvelle loi, une mesure d’internement peut être prise à l’encontre d’une personne atteinte d’un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement. Dans le même temps, la loi exclut comme critère d’irresponsabilité pénale l’altération grave du discernement pour ne retenir que son abolition complète. « Ainsi, il va y avoir maintenant des personnes considérées comme coupables parce que l’expertise ne va pas retenir l’abolition complète de la capacité de discernement, mais qui pourront quand même entrer dans les conditions d’internement », explique Olivia Nederlandt. Autre revers de la réforme : le champ de l’internement est limité aux personnes ayant commis des faits portant atteinte à l’intégrité physique ou psychique et pour lesquels il existe une menace qu’ils commettent à nouveau de tels faits. Si les observateurs se réjouissent de cette restriction du champ de l’internement, ils redoutent un « effet pervers » : le « risque [est] réel de voir des personnes malades ou handicapées mentales qui n’auraient commis « que » des infractions contre les biens se retrouver incarcérées dans un régime classique », explique Martin Aubry (12), co-auteur d’une analyse de la réforme (13).

Pour l’OIP Belgique, il faudrait tout simplement mettre fin au système de défense sociale. « Le système d’internement devrait être abrogé, les délinquants atteints de troubles mentaux acquittés afin qu’ils soient renvoyées vers le système civil de la psychiatrie et qu’on aborde enfin cette problématique dans le cadre d’une politique de santé mentale globale », écrit l’organisation (14).

*Par Cécile Marcel*

(1) Projet de loi, Exposé des motifs, cité dans : Y. Cartuyvels « L’internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité », *L’information psychiatrique*, 2017, volume 93, n° 2.
(2) Loi de 1930 modifiée par une loi de 1964.
(3) En cas d’irresponsabilité sans dangerosité liée, la personne est acquittée et renvoyée vers le système de soin classique. Si à l’inverse une personne est atteinte de troubles psychiques mais considérée comme responsable, elle relève du système pénal.
(4) En Flandre, il n’existait jusqu’à récemment pas d’établissement de défense sociale : les internés étaient pris en charge soit dans des hôpitaux psychiatriques classiques, soit en annexe psychiatrique de prison ou dans des sections de défense sociale de certaines prisons (Merksplas et Bruges).
(5) Les EDS de Tournai (365 lits) et Mons (pour femmes, 30 places).
(6) Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), du 27 mars au 6 avril 2017.
(7) Yves Cartuyvels et al. « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et Société* 2010/4 (vol. 34), p. 615-645.
(8) Yves Cartuyvels, (2017), op. cit., p. 96.
(9) Notice 2016, Pour le droit à la dignité des personnes détenues.
(10) Yves Cartuyvels 2010, op. cit.
(11) Sont utilisés les termes anglais de low, medium ou high risk.
(12) Legal World, 1er mars 2017.
(13) D. Paci, M. Aubry, Internement : la loi du 5 mai 2014 telle que modifiée par la loi du 4 mai 2016 dite « Pot-Pourri III », Wolters Kluwer, 2017.
(14) Op. cit.

Ecrit le 28 juin 2018