

Corinne Rostaing

Sociologue  
Centre Max Weber

# Des détenus perturbés qui perturbent la prison



« À une condition », Judith Lesur

1 Tous les prénoms sont anonymisés.

2 Les personnes rencontrées en entretien sont soit rencontrées directement lors d'observations, soit sollicitées par des personnels qui connaissent leur intérêt pour le sujet étudié, soit viennent de leur propre initiative, intéressées par le sujet de la recherche, soit ont été tirées au sort sur la liste de l'ensemble des détenus (un détenu sur cinq par exemple dans telle prison).

3 L'intérêt des psychiatres pour les criminels et les soins psychiatriques apportés aux détenus datent de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle mais l'entrée plus institutionnalisée des psychiatres en prison s'est réalisée lors de la réforme Amor de 1945 avec la création de centres médico-psychologiques, celle du Centre National d'Observation de Fresnes et des centres d'observation pour les détenus psychopathes de Château-Thierry et d'Haguenau.

4 Le nombre de lits en HP est passé de 83000 à 40000 entre 1987 et 2000 et la durée moyenne de séjour dans un centre hospitalier spécialisé s'est réduite à moins d'un mois en 2000.

5 Dans les années 1970, après « l'âge d'or de l'aliénisme » qui a conduit à l'internement de 130000 malades à la veille de la seconde guerre mondiale, les psychiatres dénoncent les lieux concentrationnaires et décident de promouvoir des soins psychiatriques ambulatoires en fermant les hôpitaux-asiles. Voir Castel R., « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, 12-1 : p. 57-92.

Je rencontre, au fil de mes recherches sociologiques menées depuis plus d'une vingtaine d'années sur le monde carcéral, de plus en plus de personnes incarcérées qui tiennent des propos incohérents ou racontent des délires mystiques, notamment lors de ma dernière recherche qui portait sur la religion en prison. Certains détenus affichent leur pathologie comme Dan<sup>1</sup> : « Je suis bipolaire et bouddhiste ». Christian, protestant, me parle de sa peur du diable, qui rode autour de lui. Ismaëlle, musulmane, dit prier jour et nuit pour repousser « le Chaytan » qui lui a fait commettre son crime ou encore Manuel entend Dieu en personne lui parler. Plusieurs, sous l'effet de traitements lourds, ont eu du mal à ne pas s'endormir en entretien ; un homme se masturbait tranquillement en me parlant ; un autre, surexcité, parlait fort en faisant les cent pas. Mener des entretiens en prison, c'est parfois écouter des discours flous, peu cohérents, des récits biographiques dans lesquels le locuteur a du mal à recoller les morceaux de vie<sup>2</sup>. C'est aussi assister à des scènes de violence, entendre parler d'automutilations et de suicides, être vigilante au milieu de personnes au comportement imprévisible.

## Toujours plus de détenus perturbés

La prison est devenue le lieu d'enfermement pour des personnes vulnérables, en particulier les personnes présentant des troubles psychiatriques. Prison et psychiatrie ont établi des liens depuis longtemps<sup>3</sup>. Trois groupes de facteurs expliquent l'importance de la population concernée par des soins psychiatriques en prison.

Il s'agit d'abord de la prise en charge judiciaire (et non plus médicale) d'une partie des personnes qui autrefois auraient été suivies par l'hôpital psychiatrique<sup>4</sup>, et qui ne le sont plus depuis la désinstitutionnalisation de l'asile<sup>5</sup> mais aussi du fait d'un moindre recours au motif de non-responsabilité pénale.

« La prison est devenue le lieu d'enfermement pour des personnes vulnérables, en particulier les personnes présentant des troubles psychiatriques. »

C'est aussi la prise en charge psychiatrique d'une partie grandissante de détenus, notamment au sein des Services Médico-Psychiatriques Régionaux (SMPR)<sup>6</sup>. Cette place croissante des psychiatres et psychologues s'explique par la transformation des caractéristiques sociodémographiques de la population incarcérée, du fait de la vulnérabilité sociale et économique de ces personnes, de leur délit ou crime (crimes sexuels, violences, tortures, etc.), d'une tentative de suicide ou une automutilation, de leurs conduites addictives répandues<sup>7</sup> mais aussi d'un nombre important d'entrants ayant des antécédents psychiatriques. Le développement de plusieurs dispositifs a aussi eu pour effet de renforcer le dépistage systématique des troubles psychiques au moyen d'un entretien d'accueil avec les entrants et de développer les soins médico-psychologiques courants à l'intention des détenus essentiellement en maison d'arrêt (entretiens individuels, ateliers thérapeutiques, traitements psychiatriques, etc.). Se rajoutent à ces dispositifs la mise en place de protocoles pour le suivi des détenus suicidaires, la mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, le suivi par un psychologue dans le cadre du Projet d'Exécution des Peines mis en place depuis 2000 ou encore le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins pour les auteurs d'infractions sexuelles.

C'est enfin la prise en charge des effets pathogènes de l'enfermement. Car l'incarcération et les conditions de détention peuvent détériorer la santé mentale des détenus.

## L'incarcération, source de perturbations

L'incarcération augmente certains risques : des tensions liées à la promiscuité avec des gens que l'on n'a pas choisis, la peur, l'inactivité, le sentiment de déréalité, la consommation de médicaments anxiolytiques et le suicide, surtout les premières semaines. Elle induit des perturbations psychologiques dues à l'isolement, aux ruptures familiales, affectives ou professionnelles. Elle produit une perte d'estime de soi, une identité blessée et de la stigmatisation. La « surveillance constante » dont les détenus sont l'objet, le fait que celle-ci

s'effectue largement à leur insu (rondes, caméras), l'opacité et le secret coextensifs au dispositif sécuritaire contribuent largement à l'émergence d'une forme de paranoïa sociale ordinaire<sup>8</sup> qui peut prendre la forme d'une exagération banale, d'un grossissement de faits destinés à faire entendre un point de vue ou une revendication. Lors d'une recherche menée sur la violence en prison<sup>9</sup>, la question de la présence ou non de « caméras cachées » a été un thème de discussion récurrent entre détenus dans plusieurs établissements étudiés, certains affirmant qu'elles étaient cachées derrière leur armoire dans leur cellule. Quelques-uns ne voient plus dans la prison et la justice que machinations et guet-apens. La « tendance à la paranoïa » qui amène l'individu à interpréter l'ensemble de ses rapports sociaux sous un angle persécuteur, conduit à réduire leurs échanges avec autrui.

La fragilité du cadre carcéral a pour corollaire la fragilité des relations qui s'y déploient, entre les détenus en premier lieu. Dépourvues d'objet, elles sont aussi dépourvues de consistance et de stabilité. Les relations entre détenus apparaissent paradoxales : les détenus disent à la fois établir avec leurs codétenus de bonnes relations, les considérer comme un soutien et en même temps, ils désignent leurs codétenus comme la source principale de tensions et d'énervement. Dans l'univers de suspicion de la prison, ils ont du mal à bien connaître leurs codétenus, à leur faire confiance du fait de faux-semblants et de trahisons. Et la non fréquentation de certains détenus comme les « fous », les « pointeurs », les « toxicos », les « zombis », la « racaille » fait partie intégrante des modes d'évitement des situations dangereuses, elle figure comme le premier mode de protection passive mise en avant par près de la moitié des détenus. Domine aussi l'impression d'être entouré de « fous », de « gens pas nets », aux réactions inadéquates et bizarres ce qui renforce le sentiment d'insécurité.

Cette recherche a montré l'importance des effets de l'enfermement sur la violence ou sur des formes de violence institutionnelle liée à l'organisation structurelle de la prison alors que cette question de la violence tend à être individualisée, expliquée par l'augmentation du nombre de détenus considérés comme psychologiquement perturbés.

## Une psychiatisation excessive ?

Des psychiatres eux-mêmes, tout en reconnaissant qu'il y a une augmentation du nombre des psychotiques en prison ou des troubles graves du comportement, mentionnent la tendance à tout *psychiatriser*.

« On nous donne de plus en plus d'importance même si on n'a pas plus de pouvoir. Ici tout est psychiatrisé, tout problème d'agression est une question psychiatrique, or c'est souvent un problème entre le surveillant qui a du mal à gérer et le détenu qui ne supporte pas un refus », dit un psychiatre du centre de détention.

Les personnels pénitentiaires eux-mêmes ont tendance à trop *psychologiser* les problèmes du fait de la mise en place de protocoles de prévention du suicide, des formations à la relation d'aide et de l'instauration de « psychologues des coursives »<sup>10</sup> : ils adoptent un vocabulaire à dimension psy et qualifient les détenus de *psychotiques*, de *psychopathes*, de *paranos* ou de détenu à *tendance suicidaire*.

L'analyse de plusieurs situations semble révélatrice de cette psychiatisation de la prison, une forme d'évidence qu'il semble nécessaire de réinterroger. Lors de notre recherche dans une maison centrale, nous apprenons ainsi qu'un

détenu, Saïd, 31 ans, venait de se sectionner le sexe, une automutilation plutôt rare. Virginie, l'infirmière, est très choquée par la scène :

*« En fait, c'est un détenu très perturbé. Il a déjà fait des séjours à Château-Thierry, Montfavet... Il n'avait pas sa place en détention. Il ne prenait plus son traitement. On a retrouvé 100 cachets en cellule. On ne peut pas vérifier la prise de médicaments. Le détenu est maintenant en HP. »*

La situation semble claire : ce détenu n'avait pas sa place en détention. Il n'a pas suivi son traitement<sup>11</sup> et il en est venu à commettre ce geste terrible. D'autres témoignages comme celui de Rachid, un codétenu, donnent à voir le processus de dégradation :

*« J'ai connu Saïd il y a dix ans en maison d'arrêt. J'ai vu le système qui l'a détruit. Il s'est retrouvé en maison centrale sécuritaire alors qu'il avait un profil de centre de détention. Il était habitué à la violence de la maison d'arrêt et il est rentré dans ce rapport de force. Il a agressé un gradé et il a été mis au QI de Fresnes pendant dix mois. Saïd était intelligent, instruit mais isolé du point de vue familial. Son état s'est dégradé avec les médicaments. Les médicaments, ça fait des dégâts. Puis il a été à Château-Thierry : huit mois en hôpital psy et il a atterri ici. Il avait peur de la sortie. Il me disait : « qu'est-ce que je vais faire quand je serais dehors ? » Sa famille n'en voulait pas. Il était désespéré. Depuis 15 mois, il faisait la navette entre le SMPR, Montfavet et la centrale. Il s'est tranché le sexe. C'était quelqu'un de violent mais pas méchant. C'est une réaction de désespoir. »*

Saïd était, selon cet ami, un jeune « intelligent et instruit » mais violent. Son comportement rebelle l'a conduit à de nombreuses sanctions et à de longues périodes d'isolement, alors qu'il était déjà rejeté par sa famille. La prise de médicaments ainsi que plusieurs séjours en hôpital psychiatrique et UMD sont présentés ici comme ayant contribué à la perte de repères. Peut-on en conclure que « le système l'a détruit » comme le dit Rachid ou que des signes de fragilité étaient déjà apparents dans son comportement ? Les situations sont souvent complexes au croisement de tensions familiales, de vulnérabilités économiques, d'activités illégales, de violences (contre soi et contre autrui), d'addictions, voire d'antécédents psychiatriques.

**« On peut alors se demander si la prison en panne de projet est en passe de se transmuier en institution « soignante » »**

La présence fréquente de détenus *perturbés* et souvent perturbateurs interroge quant à la mission de la prison, mettant à jour les contradictions entre le système judiciaire qui considère les personnes comme responsables de leurs actes et l'institution carcérale qui s'avère dans l'incapacité de les « soigner et/ou punir »<sup>12</sup>. On peut alors se demander avec Odile Dormoy<sup>13</sup> si la prison en panne de projet est en passe de se transmuier en institution « soignante », devenant par là même le reflet d'une société malade de ses failles, de ses carences, de ses exclusions et qui veut se donner bonne conscience. La prison ne saurait en aucun cas être confondue avec une institution de soins, son cadre contraignant peut au contraire renforcer certaines pathologies. L'enfermement agit comme un révélateur de ces vulnérabilités et accélère le processus. Il produit une réaction, peut-être une réaction normale à une situation anormale.

<sup>6</sup> Pour plus de détails, lire l'article de Senon J.-L., « Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique dans la prison depuis la mise en place de la loi du 18 janvier 1994 », *Revue de Sciences criminelles et de Droit pénal comparé*, 1994, 3 : p. 509-521

<sup>7</sup> Coldefy M., « La prise en charge de la santé mentale en 2003 », *Études et Résultats* n° 427, sept 2005 : p. 5

<sup>8</sup> Furtos J., « La paranoïa sociale ordinaire et excessive », *Rhizome*, 2010 : p. 2-3

<sup>9</sup> Chauvenet A., Rostaing C. & Orlic F., *La violence carcérale en question*, PUF, 2008. Chapitre II

<sup>10</sup> Pour plus de détails, voir Rostaing C., « À chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison », *Sociologies pratiques*, 2008 : p. 81-94

<sup>11</sup> Le personnel médical ne vérifie plus la prise des « fioles », le traitement hebdomadaire ou mensuel est remis à chaque patient de façon à développer la responsabilisation du détenu.

<sup>12</sup> Dormoy O., « Soigner et/ou punir », *L'harmattan*, 1995 : p. 11-17

<sup>13</sup> Dormoy O., *op. cit.*, p. 12