

PENSER OU PANSER LA PEINE ?¹

Peut-on penser ou panser la peine ?

Cette question, qui n'est pas de moi (elle m'a été posée par les organisateurs de ce colloque), renvoie bien sûr à la question générale du sens de la peine.

La peine a-t-elle un sens ?

La peine a-t-elle un sens pour ceux qui l'infligent ? (le juge ? la société ?)

La peine a-t-elle un sens pour celui qui la subit ? (le justiciable ? le citoyen ?)

1°) Pour ceux qui l'infligent :

Pour la société : la peine aurait une valeur rétributive (apaisement des victimes ?), mais aurait aussi une fonction de protection de la société. C'est l'idéal réhabilitatif : l'espoir que le condamné sera « amendé ». L'article premier de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 est ainsi libellé :

« Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une **vie responsable** et de prévenir la commission de nouvelles infractions. »

2°) pour ceux qui la subissent :

On aimerait que la peine prenne le même sens pour « eux » que pour « nous » (Liberté, Egalité, Fraternité obligent) : en tant que citoyen, le justiciable est membre à part entière de cette société régie par ce qu'il est convenu d'appeler le Contrat Social. La sanction est acceptée par avance par l'ensemble du corps social (dans un régime démocratique) : c'est parce que j'accepte d'être membre de la société que j'accepte la possibilité d'être puni si j'en enfreins les règles ; et réciproquement : c'est parce que j'accepte d'être puni le cas échéant, que je suis un être social.

¹ Eric Kania, psychiatre, SMPR des Baumettes, Marseille. Communication au colloque « Prison en perspective », 4 décembre 2010, Faculté de Droit et de Science Politique, Aix-en-Provence.

Evidemment, la réalité est infiniment plus complexe. En particulier pour celui qui la subit, la peine est avant tout une **souffrance**, physique (peine vécue dans le corps du condamné, même si cette dimension s'est largement estompée depuis la fin de l'Ancien Régime), mais surtout souffrance morale, ou, pour employer un terme plus actuel : souffrance psychique.

D'où l'idée que la peine doive être **pensée** : parce que la souffrance est inscrite dans l'être même de la peine, mais que l'on voudrait y voir plus un « effet secondaire », ou un « dommage collatéral », indésirable...

Il y a des psychiatres et des psychologues en prison ; pour quoi faire ?

Pour donner du sens à la peine? (à qui ? à ceux qui la subissent, mais aussi ceux qui l'infligent).

Pour panser ?

La psychiatrie est née en même temps que la prison. Cette concomitance, qui n'est pas le fruit du hasard, ne signe bien sûr pas une équivalence (dans leurs fonctions sociales respectives, ni dans leur fonctionnement). Si prison et psychiatrie sont deux institutions jumelles, elles sont hétérozygotes.

Hétérozygotes, aussi hétérogènes. Pourtant, entremêlées, pas totalement autonomes l'une par rapport à l'autre. En tout cas, dans nos sociétés occidentales, point de prison sans psychiatre.

D'abord, certes, parce que la prison fait partie de la société, qu'elle est même le reflet de la société, qu'elle en constitue, dit-on parfois, un microcosme. Donc on estime, avec raison, que le détenu doit avoir le même accès au service public de santé que la population générale. C'est ainsi que la loi de 1994 affirme que l'hôpital doit entrer dans les prisons, avec un niveau d'exigence, ou de compétence, comparable à ce qui existe en dehors. C'est l'apparition du droit au soin en prison : le soin est devenu un droit de la personne incarcérée, usager du service public hospitalier, bénéficiaire de prestations équivalentes à celle offertes à tous les assurés sociaux, droit qui a été entériné au niveau

européen, entre autres par l'arrêt Kudla c/Pologne du 26 octobre 2000, où la Pologne a été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui a estimé que le plaignant, un détenu décrit comme dépressif, n'avait pas bénéficié, durant son incarcération, des soins que nécessitaient son état de santé.

En ce qui concerne la médecine somatique, le « plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice »², (texte de 86 pages présenté conjointement le 28 octobre dernier par Roselyne Bachelot et Michèle Alliot-Marie) fait un certain nombre de constats et prévoit un certain nombre de mesures et d'actions, en particulier concernant les maladies infectieuses comme le SIDA et l'hépatite C (1 détenu sur 20 serait infecté par le VIH et/ou le VHC), la tuberculose, les maladies chroniques, etc. (au total 6 axes, 18 mesures, 40 actions).

En ce qui concerne la médecine mentale, force est de constater que les moyens mis en œuvre dans les prisons sont sans commune mesure avec ce qui existe dans la population générale.

La population carcérale en France avoisine aujourd'hui 60000 personnes. C'est à peu de chose près la population d'un secteur de psychiatrie générale de taille moyenne. C'est aussi à peu près la moitié de la population de la ville d'Aix-en-Provence. Or, sans prendre trop de risque de me tromper (car je n'ai pas pris le temps de vérifier les chiffres), le nombre de psychiatres et de psychologues dans les prisons françaises n'est pas deux fois moins important qu'à Aix-en-Provence. A la louche, il y a probablement, proportionnellement, un rapport de 1 à 8 ou 10, voire plus, entre le taux de « couverture psychiatrique » en population générale et en population carcérale.

Est-ce à dire que la population pénale est mieux soignée ?

S'il y a beaucoup de psychiatres et de psychologues dans les établissements pénitentiaires, c'est d'abord parce qu'il y a beaucoup de malades (on peut du reste se demander légitimement si la présence d'un grand nombre de psychiatres n'attire pas les malades dans les prisons, presque mécaniquement,

²<http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

par une sorte d'effet pervers lié à la loi de l'offre et de la demande...): l'enquête épidémiologique de la DGS-DAP (Frédéric Rouillon et Bruno Falissard) en 2004 a montré que 75% des détenus présentaient des troubles psychopathologiques, 35% étant gravement ou très gravement malades, 24 % présentant des troubles psychotiques, dont 4 à 8% de schizophrènes. Puisque la prison concentre un grand nombre de malades mentaux, il est logique que l'on y trouve un grand nombre de psychiatres.

Et pourtant, on entend parfois dire qu'il n'y aurait pas assez de psychiatres ou de psychologues dans les prisons. Ou du moins, que le dispositif de soins psychiatriques ne serait pas assez performant, qu'il faudrait, non seulement plus de personnel soignant, mais aussi une nouvelle organisation (cf le « plan d'actions stratégiques »), avec, en particulier, le déploiement des futures UHSA³.

Le rapport⁴ de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme du 24 janvier 2002 sur le sens de la peine évoquait « l'insuffisance des recherches et des mesures de diagnostic et de traitement des maladies mentales ».

Le « plan d'actions stratégiques » de 2010-2014 prévoit l'amélioration du suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues. Il prévoit aussi d'améliorer « l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée », de « conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les AICS⁵ », d'« améliorer la prise en charge des addictions », de renforcer la politique de prévention du suicide, etc.

Un aparté pour signaler que dans son discours⁶ du 28 octobre lors de la présentation à la presse et au public de ce « plan d'actions stratégiques », le Garde des Sceaux alors en fonction, Michèle Alliot-Marie, ne s'est intéressée, parmi les 86 pages, 6 axes, 18 mesures et 40 actions que comporte le plan, qu'à celles qui ont trait à la psychiatrie. Je vous cite un petit florilège de phrases écrites pour être prononcées par la Ministre :

³ UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée.

⁴ http://www.cncdh.fr/IMG/pdf/Sens_de_la_peine.pdf

⁵ AICS : auteurs d'infractions à caractère sexuel.

⁶ <http://www.justice.gouv.fr/le-garde-des-sceaux-10016/toute-lactualite-du-garde-des-sceaux-10259/plan-dactions-prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-detenu-es-21097.html>

"l'offre de soins psychiatriques est encore insuffisante"

"Il n'existe que 4 unités pour malades difficiles sur tout le territoire, et les durées de séjour sont souvent trop brèves pour qu'une réelle stabilisation soit possible."⁷

"Nous avons inauguré cette année l'unité aménagée de Lyon (60 places avec une spécialisation pour les délinquants pédophiles). "

"Nous nous penchons aussi sur l'évaluation de la prise en charge médicale des auteurs d'infraction à caractère sexuel"

"Les dotations de protection d'urgence, les fameux « kits anti-suicide », ont été utilisés à plus de 500 reprises"

"Comment prévenir la récurrence si nous n'offrons pas de soins adaptés à la pathologie qui a conduit aux faits ?"

Elle quitte donc son ministère en laissant une feuille de route assez nette pour son successeur...

Car le scandale de la présence de nombreux malades mentaux dans les prisons a justement à voir avec la question du sens de la peine : en effet, quel sens peut encore avoir la peine pour certains détenus dont la pathologie a disloqué l'unité de la vie psychique, désorganisé la pensée, perturbé les systèmes cognitifs ? Je voudrais citer, entre autres exemples, le cas de ce patient purgeant une peine de 20 ans, qui, alors qu'il était hospitalisé au SMPR pour un état délirant, s'était pendu dans sa cellule après avoir avalé des piles électriques, mais qui avait pu survivre après plusieurs semaines de réanimation. Il avait pu recouvrer la quasi-totalité de ses fonctions vitales, sauf la mémoire immédiate : les 1 ou 2 minutes d'asphyxie dues à la pendaison avaient lésé, de manière irréversible, des régions cérébrales indispensables au fonctionnement mnésique, si bien qu'il en a résulté un tableau clinique de démence que l'on appelle syndrome de Korsakoff, avec une incapacité à fixer les souvenirs récents. Si bien qu'une fois revenu dans la prison, même si, au

⁷ (en fait il y en a 5, mais quel rapport avec les PSMJ?)

premier abord, il avait un comportement « normal », « adapté » (calme, coopérant, même sympathique et affable), il ne savait pas du tout où il était, demandant tous les matins qu'on lui ouvre la porte pour qu'il puisse aller acheter le pain ou prendre le bus pour aller à son travail ! On pouvait lui dire qu'il était dans une prison, que ce n'était pas possible, etc., il obtempérait gentiment, d'un air chaque fois surpris, et oubliait aussitôt ce que l'on venait de lui dire. Inutile de dire qu'il nous est rapidement apparu que la prison n'avait plus aucun sens pour lui, et nous avons alerté le Juge de l'Application des Peines en vue d'une éventuelle suspension de peine (Maurice Papon venait tout juste de sortir de prison). L'expert médical commis par le Juge de l'Application des Peines, un éminent professeur de neurologie, était d'accord avec notre diagnostic, confirmé par des tests neuropsychologiques approfondis : démence de Korsakoff, désorientation temporo-spatiale, amnésie antérograde. Mais, peut-être malheureusement, l'expert, qui n'avait jamais mis les pieds dans une prison, est venu voir le patient là où il était, c'est-à-dire au SMPR : un lieu de soins psychiatriques où travaille une équipe pluridisciplinaire de psychiatres, psychologues, infirmiers, ergothérapeutes, assistantes sociales, etc..., c'est-à-dire un lieu où le patient était pris en charge médicalement de façon continue. Et à la question « l'état de santé du condamné est-il durablement incompatible avec son maintien en détention ? », l'expert a répondu, logiquement, qu'il était compatible avec son maintien en détention au SMPR. Avec ce patient, il s'est donc agi, à partir de là, de panser la peine.

Il s'agit là probablement d'un cas extrême, où la peine a perdu son sens pour un sujet, qui a aussi perdu la raison (ou au moins la mémoire), et où c'est l'institution psychiatrique qui serait là, en quelque sorte pour que ce temps qui reste à passer dans les murs de la prison ait encore un sens (mais un sens pour qui ? Probablement davantage pour « nous » que pour lui).

Si la question du sens de la peine se pose de manière aiguë pour les détenus déments, atteints de maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, elle se pose aussi pour les milliers de détenus souffrant de psychoses ou de troubles de la personnalité, au premier rang desquels, bien sûr, la schizophrénie, mais pas seulement. Il y a aussi ces détenus ayant présenté, dans leur petite enfance, ce que les pédopsychiatres appellent

troubles envahissants du développement, ou psychoses infantiles, mais aussi les tableaux de déficit intellectuel ou de carences affectives précoces ayant entravé, l'acquisition des connaissances scolaires de base et le développement harmonieux de la vie psychique. Dans un certain nombre de cas, pour ces personnes, la peine ne peut avoir pleinement son sens : c'est d'ailleurs la signification de l'article 122-1 du Code Pénal, qui prévoit, dans son 2° alinéa, l'atténuation de la responsabilité pénale de celui dont le discernement n'a pas été aboli, mais altéré par un trouble psychique ou neuropsychique. Certes, un tel justiciable est déclaré accessible à la sanction pénale, mais cette accessibilité me paraît, à tout le moins, relative, proportionnellement au degré d'altération du discernement. Pour un tel sujet reconnu responsable pénalement, la prise de conscience de nature de son acte et de ses conséquences constitue le préalable nécessaire au retour vers la loi commune. (C'est bien pourquoi l'application de la répression pénale à des personnes que leur état médico-psychologique ne rend pas accessible à l'assomption de leur responsabilité est non seulement inique, mais dépourvue de toute efficacité).

C'est là encore qu'intervient, justement, le psychiatre. Pas uniquement dans l'évaluation, expertale, du degré de responsabilité pénale, mais aussi dans le traitement des troubles psychiques ayant altéré le discernement et entravé le contrôle des actes. Il est souhaitable, en effet, que par le traitement, le discernement soit amélioré, le contrôle des actes recouvré, afin que la personne puisse enfin « mener une vie responsable ». On compte sur les « psy » (et c'est bien normal, depuis qu'ils ont supplanté la religion) pour que les prisonniers réfléchissent à leur(s) acte(s), non pas pour qu'ils fassent pénitence (bien que l'esprit de la pénitence n'ait pas complètement disparu d'une institution qui se nomme depuis presque deux siècles Administration Pénitentiaire), mais pour qu'ils fassent « un travail », travail sur soi, travail réflexif, dans l'esprit de toutes ces lois qui, depuis celle du 17 juin 1998 sur le suivi socio-judiciaire (au départ des seuls auteurs d'actes de délinquance dite sexuelle, mais dont la portée s'est depuis étendue à de nombreux autres types de crimes et délits), mélangent la peine et le soin, la plus significative étant la loi du 12 décembre 2005, qui, entre autres dispositions, réserve l'octroi des RPS⁸ aux seuls condamnés montrant des efforts sérieux de réinsertion par la

⁸ RPS : remises de peine supplémentaires.

réalisation, outre d'une activité de formation ou de travail, d'une « thérapie visant à diminuer le risque de récidive ».

Comme nombre de mes confrères, je ne sais pas ce qu'est une thérapie visant à diminuer le risque de récidive. Ou plutôt, je sais que tel n'est pas le but premier d'une thérapie. Le but du soin, c'est avant tout d'aider la personne malade ou en souffrance à être moins malade, à moins souffrir. Peut-être (il faut être modeste) parviendra-t-on à aider la personne en demande d'aide à élucider certains aspects de sa personnalité, voire de son inconscient, ce que l'on appelle les mécanismes psychiques. Si ce travail d'élaboration par la parole permet à la personne détenue, une fois sortie de prison, de trouver en elle les ressources pour « mener une vie responsable » et exempte de crime, tant mieux, mais ce n'est que de surcroît que le soin peut, dans certains cas, contribuer à la prévention de la récidive.

Nous vivons dans une époque tourmentée par l'obsession de la sécurité et le principe de précaution. Les limites entre le traitement et la punition sont de plus en plus floues, le traitement étant souvent considéré comme une alternative, voire comme une continuité du contrôle social.

Ces traitements s'inscrivent au sein d'une double évolution :

- 1°) L'apparition du droit au soin en prison (cf supra): le soin est devenu un droit de la personne incarcérée, usager du service public hospitalier, bénéficiaire de prestations équivalentes à celle offertes à tous les assurés sociaux;
- 2°) L'apparition de soins pénalement obligés, centrés sur la délinquance sexuelle ou violente, et formulant un triple axiome :
 - Systématiser la recherche de l'opportunité des soins à toutes les étapes de la procédure pénale, grâce à des expertises médicales ou psycho-criminologiques ;
 - Automatiser la mise en œuvre des soins préconisés, par la libération anticipée du détenu compliant, ou l'imposition de mesures de sûreté à l'égard du condamné réfractaire ;
 - Exiger la coopération et le partage d'informations à l'ensemble des acteurs professionnels, judiciaires, sociaux et médicaux.

Les soins pénalement obligés prolifèrent à tous les niveaux de la chaîne pénale. Le soin tend à devenir une technique d'administration de la peine, et une technique de surveillance, ou de gouvernement de très nombreuses populations criminelles.

Appuyer ce dispositif de contrôle et de gestion de la récidive sur un dispositif de soin permet dans une certaine mesure de légitimer son indétermination fondamentale et son absence de limites⁹, témoignant de ce que le philosophe Claude-Olivier Doron appelle **la volonté de soigner**¹⁰, dans un article dont je vais reprendre de larges extraits.

Pourquoi le soin est-il devenu une pièce essentielle au fonctionnement de la machine pénale ?

Selon le philosophe Claude-Olivier Doron, le soin vient jouer comme une « fantastique technique de redoublement des mécanismes légaux ». Lors de la condamnation, la justice sanctionne un acte délictueux ; elle doit par ailleurs ajuster la condamnation à la personnalité d'un sujet (on ne punit pas le crime, mais le criminel). La prison va venir ensuite comme sanction de l'acte, et comme instance de transformation et de réinsertion du sujet, comme lieu où on peut travailler sur lui, et avec lui.

Mais plusieurs constats s'imposent.

D'abord les **limites profondes des mécanismes légaux eux-mêmes** : la loi agit à la surface de l'individu. Elle ne peut le contraindre dans son intériorité à éprouver certains affects, à modifier son rapport intime à son acte. Par exemple le système pénal peut condamner un sujet et le reconnaître coupable d'un acte, mais il ne peut exiger du sujet qu'il se subjectivise comme coupable, qu'il intériorise sa faute et accepte sa peine. De même, la loi ne peut exiger que le condamné reconnaisse pleinement les victimes, elle peut obtenir qu'il les indemnise, mais elle ne peut obtenir de lui de la compassion envers elles et des

⁹ Claude-Olivier DORON, « La rétention de sûreté : vers un nouveau type de positivisme juridique ? », *L'Information psychiatrique* 2008 ; 84 : 533-41

¹⁰ Claude-Olivier DORON, « La volonté de soigner. D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales », in *La philosophie du soin*, pp. 293 – 300, PUF, mai 2010.

regrets sincères. Autrement dit, la loi ne peut que condamner le sujet à entrer dans un dispositif censé le transformer, mais elle ne peut pas agir réellement sur lui pour obtenir son adhésion à cette transformation, ni même coder effectivement comme des infractions, au sens pénal du terme, les résistances qu'il opposerait à ce niveau là, et les condamner.

D'autre part, **la capacité de la prison comme mécanisme disciplinaire** à transformer effectivement le sujet, à agir sur son for interne, cela fait bien longtemps qu'elle a été disqualifiée. Autrement dit, la machine pénale, par ses instruments classiques, peut obtenir des aveux formels, qui valent tant que la justice se satisfait avant tout d'établir une vérité sur des actes et de départager des responsabilités. Elle peut à la rigueur obtenir, grâce à des savoirs externes, (psychologiques ou psychiatriques), des énoncés sur la psychologie du sujet, qui vont lui permettre d'ajuster la peine à la personne. Mais si elle prétend transformer effectivement le sujet, afin de s'assurer notamment qu'il ne récidive pas, ou même si elle prétend savoir quel est réellement le rapport du sujet à son acte afin d'évaluer la menace qu'il représente, alors elle ne peut s'en satisfaire. Comme le dit Doron, à partir du moment où la justice se donne comme objectif de s'occuper, « non seulement de ce que quelqu'un a fait, mais de s'occuper de ce qu'il est, plus précisément de ce qu'il pourrait faire en fonction de ce qu'il est censé être », alors il faut qu'elle évalue le rapport du sujet à l'acte, qu'elle sonde en quelque sorte ses intentions, et aussi, dans une certaine mesure, s'efforce de les modifier. Le soin va jouer à ce niveau-là : il va venir redoubler les mécanismes légaux impuissants, et il va venir appuyer les mécanismes carcéraux tout aussi impuissants.

Pour Michel Foucault, la psychiatrie sert à transformer « le vilain métier de punir en gentil métier de soigner ». Mais que dire d'une justice qui s'érigerait en thérapeute du corps social ? C'est pourtant le rôle qui lui est de plus en plus souvent assigné¹¹.

¹¹ Hélène Franco, « Punir n'est pas guérir », *Pratiques* n° 31, octobre 2005

Tout se passe comme si une justice de plus en plus répressive rechignait à s'assumer comme telle, d'où l'illusion que si l'on fait du mal au condamné en le privant de sa liberté d'aller et venir et d'autres droits élémentaires (notamment le droit à la sexualité et à une vie familiale normale), c'est pour son bien autant que pour celui de la société. Or, la fonction de la peine d'emprisonnement n'a jamais été de soigner, mais de restaurer la loi et de défendre la société. L'une des modalités de l'incarcération a longtemps été appelée « prise de corps », expression qui traduit parfaitement la réalité : il s'agit pour l'Etat de s'approprier le corps des détenus afin de le contraindre et de le garder à disposition (d'où l'étymologie du mot prison).

La société disciplinaire décrite par Michel Foucault, fondée sur l'enfermement de certaines catégories d'individus aux fins de gestion des illégalismes, se trouve aujourd'hui concurrencée par l'émergence d'une société de contrôle, caractérisée par la continuité de la surveillance (comme l'a soutenu le philosophe Gilles Deleuze).

Principes de précaution, de traçabilité, de normalisation et de spécialisation : tels sont les points cardinaux de cette nouvelle géographie pénale.

Au total, l'implication croissante de la médecine dans le processus judiciaire s'est souvent faite sous l'impulsion de dirigeants politiques soucieux d'émettre des signaux rassurants en direction de l'opinion publique « travaillée » par une forte demande de sécurité. **L'annexion du soin par la machine pénale**, rendue possible par le brouillage des repères et des cultures professionnels, aboutit à une modalité de ce que Foucault a appelé **le bio-pouvoir**.