HAL
open science

La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique

Yves Cartuyvels, Brice Champetier, Anne Wyvekens

▶ To cite this version:

Yves Cartuyvels, Brice Champetier, Anne Wyvekens. La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique. Déviance et Société, 2010, 34 (4), pp.615-645. halshs-00583955

HAL Id: halshs-00583955
https://shs.hal.science/halshs-00583955v1

Submitted on 11 Apr 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique

Yves Cartuyvels
Facultés universitaires
Saint-Louis

Brice Champetier
Facultés universitaires
Saint-Louis

Anne Wyvekens
CERSA-CNRS

En application de la loi de défense sociale en Belgique, l'auteur d'un fait qualifié infraction considéré comme irresponsable fait l'objet d'une mesure d'internement, soit dans une annexe psychiatrique rattachée à une prison, soit dans un établissement de défense sociale prévu à cet effet, soit encore dans un hôpital psychiatrique. La mesure d'internement est décrite comme une mesure de sécurité et de soin. Dans les faits, tant en annexe psychiatrique de prison qu'en établissement de défense sociale, la place faite au soin reste problématique : le manque de moyens est chronique et le recours à la médication systématique dans des lieux d'internement souvent surpeuplés. La scission entre les fonctions de soin et d'expertise, intervenue dans certains lieux d'internement, constitue à cet égard un enjeu important.

Introduction

En Belgique, la loi de défense sociale de 1930, modifiée par la loi du 1er juillet 1964, institue deux mesures spécifiques à l'égard de l'auteur de faits « qualifiés crimes ou délits » atteint de « démence » (art. 71 du code pénal) ou qui se trouve dans « un état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (art. 1er de la loi de défense sociale). La première mesure est la *mise en observation,* au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison, de l'inculpé qui laisse entrevoir une déficience mentale : cette mesure, préalable à la décision sur l'irresponsabilité pénale de l'inculpé et à son orientation subséquente vers le circuit de la défense sociale, peut être prise au stade de l'instruction par les juridictions d'instruction ou au stade du jugement par les juridictions de fond (art. 1er de la loi de défense sociale). La deuxième mesure est une mesure « de défense sociale » qui se substitue à la peine dès lors qu'au moment du jugement l'auteur est dans un des états prévus par la loi et qu'il constitue « un danger social ». Il s'agit en fait d'une *mesure d'internement à durée indéterminée* qui sera, en principe, exécutée dans un des établissements de défense sociale créés à cet effet.

Aux termes de la loi de 1930, l'internement n'est pas considéré comme une peine : les faits n'étant pas « imputables » à leur auteur, lequel est considéré comme « irresponsable », celui-ci échappe à la sanction pénale. Il s'agit « d'une mesure de sécurité sociale

et d'humanité », dont le but est de « mettre le dément ou l'anormal hors d'état de nuire et, en même temps, de le soumettre, dans son propre intérêt, à un régime curatif scientifiquement organisé »[1]. L'internement est donc une mesure hybride qui oscille entre souci sécuritaire (protéger la société contre des individus dangereux qui échappent à la sanction pénale) et objectif curatif. La libération de l'interné n'est d'ailleurs envisageable que lorsque « l'état mental de [celui-ci] s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies » (art. 18 de la loi de défense sociale).

Le système prévu par la loi de défense sociale de 1930, tel que modifié par la loi de 1964, a fait l'objet de différentes critiques doctrinales, qui conduisirent à sa réforme par une « Loi relative à l'internement des personnes atteintes de trouble mental » du 21 avril 2007[2]. Ces critiques portaient notamment sur l'ambiguïté de la mesure d'internement et sur les lacunes du soin durant son exécution (Bernard, Tulkens, 1973 ; Vervaele, 1987 ; Goethaels, 1991). Assez curieusement cependant, peu de recherches empiriques ont été consacrées au fonctionnement concret de la loi de défense sociale : comment se prend la décision qui oriente un inculpé vers le circuit de la défense sociale ? Quels types de profils se retrouvent en défense sociale ? Quelles sont les trajectoires des personnes internées ? Comment fonctionne l'internement, entre souci de soin et de sécurité ? À quelles conditions concrètes répond la mise en liberté des internés ? C'est à ces questions que nous avons tenté d'apporter un début de réponse à travers une recherche empirique menée au cours des années 2008-2009 en Belgique francophone[3]. C'est aussi à partir des enseignements de cette recherche que nous proposons ici une réflexion plus spécifiquement orientée sur la question du soin et de ses limites dans le système de la défense sociale[4].

Par souci de clarté pour le lecteur, nous proposons une démarche en trois temps. Il s'agira, d'abord, de présenter le panorama institutionnel auquel a donné lieu la mise en place du circuit de défense sociale en Belgique. Relativement simple sur le papier, la construction institutionnelle est nettement plus complexe dans la réalité et suppose un éclairage préalable (I). On reviendra ensuite sur la méthodologie de recherche utilisée, afin de mieux cerner la portée mais aussi les limites des résultats obtenus (II). Enfin, on proposera, à partir du matériau recueilli, plusieurs constats empiriques sur la question du soin en défense sociale, ses difficultés et ses limites (III).

Une double précision importante doit encore être apportée : d'une part, le travail de terrain a été mené pour l'essentiel en 2008, soit quelques mois à peine après la réforme de la loi de défense sociale, intervenue en 2007. On pourrait craindre que la recherche n'ait porté sur une réalité dépassée ou vouée à disparaître très prochainement. Ce n'est pas le cas, essentiellement parce que l'entrée en vigueur de la loi nouvelle n'est pas prévue avant 2012, voire 2013 (Vandenbroucke, 2009, 92) ; autrement dit, le système étudié est destiné à rester intégralement en place pour au moins trois ans encore et les constats proposés sont bien d'actualité. En outre, sur bien des points, la loi nouvelle ne modifie pas le sys-

---

1 Cassation belge, 25 mars 1946, *Pasicrisie*, I, 1946, 116.

2 Sur les régimes respectifs de la loi ancienne et de la loi nouvelle, voyez l'article de M. van de Kerchove dans ce numéro.

3 Voyez Champetier, Cartuyvels, Wyvekens, coll. van de Kerchove (2010).

4 Pour une autre approche, centrée plus spécifiquement sur la question de l'entrée dans le système de la défense sociale et des rapports entre le juge et l'expert psychiatre, voyez Cartuyvels, (à paraître en 2010).

tème actuellement en vigueur. Seconde précision : la recherche de terrain a porté sur des lieux d'internement situés à Bruxelles et en Wallonie. Elle ne donne pas d'informations empiriques sur la situation en Flandre, laquelle est assez différente puisque la structure des « établissements de défense sociale », prévue par la loi, n'y a pas été créée jusqu'ici.

I. Le paysage institutionnel de la défense sociale en Belgique

La loi de défense sociale de 1930, telle que modifée par la loi de 1964, prévoit un dispositif d'internement organisé à titre principal autour de la création des « établissements de défense sociale » et à titre subsidiaire autour d'« établissements privés », soit des hôpitaux psychiatriques classiques dotés des structures appropriées[5]. Dans la pratique, en Belgique francophone, l'internement se déroule aujourd'hui principalement dans les établissements de défense sociale mais aussi dans les annexes psychiatriques de prison, dont ce n'était pas la fonction première. Par ailleurs, annexes et EDS ne dépendent pas tous de la même autorité de tutelle, ce qui entraîne des différences d'organisation et de fonctionnement. En Région flamande, les internés le sont majoritairement dans les annexes psychiatriques et dans les hôpitaux psychiatriques.

Le complexe institutionnel prévu par la loi de défense sociale et la pratique : trois lieux concrets d'internement au lieu de deux

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

Aux termes de la loi de 1930, la mesure d'internement proprement dite doit s'effectuer dans « un des établissements spéciaux déterminés et organisés par le gouvernement » (art. 7)[6], soit dans un des établissements de défense sociale (EDS) prévus à cet effet. Comme le souligne M. van de Kerchove (1988, 138), c'est l'idée que l'on peut être à la fois « aliéné *et* criminel » et que ces deux catégories ne s'excluent pas qui imposera *le projet de création d'un lieu spécifique et intermédiaire entre la prison et l'asile, avec ces « établissements*

[5] Pour plus de précisions sur le dispositif introduit par la loi de 1930 et sa réforme en 1964, voyez la contribution de M. van de Kerchove dans ce numéro.

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

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

Dans la pratique, le réseau des institutions susceptibles de recevoir des internés est plus complexe qu'il n'y paraît. Une première distinction est à opérer entre la partie Sud (francophone) et Nord (néerlandophone) du pays, où les régimes d'internement sont sensiblement différents. Pour ce qui est de la partie francophone du pays, trois types de lieux d'internement sont *de facto* à distinguer. Le premier est *l'annexe psychiatrique de prison*. De lieu de mise en observation, l'annexe s'est progressivement transformée en lieu d'internement provisoire, dans l'attente d'un transfert de l'interné vers un établissement de défense sociale, puis en lieu d'internement de longue durée, en raison notamment de la constante saturation des EDS. Cette situation, contraire au prescrit de la loi de 1964 qui évoque clairement le caractère « provisoire » de l'internement en annexe psychiatrique, a valu à la Belgique une condamnation par la Cour Européenne des droits de l'Homme en 1998[7]. Elle perdure néanmoins largement aujourd'hui. Les *établissements de défense sociale* constituent la deuxième catégorie de lieux d'internement : ils sont au nombre de trois, deux pour hommes et un pour femmes, mais soumis à des autorités de tutelle et à des régimes de fonctionnement différents. Enfin, les *établissements appropriés* prévus par l'article 14 de la loi de défense sociale sont des hôpitaux psychiatriques privés subventionnés. En Belgique francophone, le recours à ce type d'établissements semble rare – environ 80 personnes en 2004 (Cosijns *et al.*, 2008, 368) – et s'effectue principalement dans la perspective de la préparation d'une « libération à l'essai », c'est-à-dire en fin de parcours d'internement. À la différence des EDS, ces hôpitaux psychiatriques disposent d'un pouvoir d'acceptation ou de refus des internés, et la peur qu'inspire une population « dépotoir » provoque plutôt un réflexe de fermeture que d'accueil à leur égard.

En Région flamande, les établissements de défense sociale prévus par la loi n'ont pas été créés jusqu'ici. Dans cette partie du pays, le choix a été fait de tabler à la fois sur les capacités d'accueil des hôpitaux psychiatriques classiques, apparemment plus ouverts aux internés que ceux du Sud du pays (Vandenbroucke, 2009, 95) et sur celles des annexes psychiatriques de prison. Actuellement, en Région flamande, deux tiers des internés le seraient dans les hôpitaux psychiatriques classiques, le tiers restant séjournant en annexe

[7] Cour européenne des droits de l'Homme, 30 juillet 1998, arrêt *Aerts c. Belgique*.

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

Le tableau 1 propose, pour l'année 2007, une image encore partielle de la population journalière moyenne internée, toutes Régions confondues, ainsi que de sa représentativité eu égard à la population incarcérée. En 2007, le nombre de personnes internées (non libérées à l'essai) séjournant dans des établissements dépendant du ministère de la Justice représentait 9,82% de la population pénitentiaire. Cette population se retrouve soit dans une des 12 annexes psychiatriques adossées aux établissements pénitentiaires, soit dans les quartiers cellulaires de droit commun des établissements pénitentiaires disposant d'une annexe psychiatrique, soit, pour une minorité d'entre eux, dans les quartiers cellulaires de droit commun d'établissements ne disposant pas d'annexe psychiatrique, soit enfin dans l'EDS de Paifve (208 places). Ces chiffres restent partiels puisqu'il faut leur ajouter le nombre des internés se trouvant dans les EDS dépendant du ministère de la Santé – l'EDS pour hommes de Tournai (344 places) et celui pour femmes de Mons (32 places) ainsi que ceux qui séjournent dans les hôpitaux psychiatriques, nettement plus nombreux en Région flamande qu'en Belgique francophone.

La particularité des établissements pénitentiaires en termes de « recrutement » et de « gestion » de la population des internés réside dans le caractère extensible du nombre de places en prison. Une fois la décision d'internement prise, un établissement pénitentiaire ne peut pas refuser une personne internée. Il devra placer cette personne soit à l'annexe psychiatrique, soit dans un quartier cellulaire de droit commun, ou éventuellement chercher à la transférer vers un autre établissement disposant d'une annexe psychiatrique. Pour « gérer » les flux de population entrants, les établissements sont amenés à opérer des transferts entre eux, mais aussi à l'intérieur des établissements, entre l'annexe psychiatrique et les quartiers de droit commun ou « cellulaires ». Ces transferts sont nécessaires pour faire une place aux personnes mises en observation, aux nouveaux internés, aux internés réintégrés en annexe suite à l'échec d'une libération à l'essai, aux détenus « en crise » venant du cellulaire. On comprend aisément la surpopulation chronique des annexes, dénoncée par les intervenants de terrain (voir *infra*).

En EDS, par contre, le nombre de places n'est pas extensible. Les EDS de Paifve (ministère de la Justice, 208 places), de Tournai (ministère de la Santé, 344 places) et de Mons (ministère de la Santé, 32 places) ont un nombre limité de places. Les commissions de défense sociale doivent inscrire les personnes sur une liste d'attente. Il faut attendre qu'une place se libère, le plus souvent *via* la libération à l'essai d'un interné résident. Une fois installés, les internés restent à l'EDS aussi longtemps qu'une décision de transfert vers un autre établissement ou qu'une libération à l'essai n'est pas intervenue. Comme ces décisions sont rares, les EDS connaissent un taux de remplissage maximal, lequel empêche aussi le délestage des annexes.

Tableau 1 : Population journalière moyenne par situation légale prioritaire (2007) (hors surveillance électronique)

Établissement	Prévenus	Condamnés	Internés	Autres	Total	Surveillance électronique	Nourrissons
Merksplas	25,4	350,8	269,1	8,1	653,4	8,4	
Wortel	9,1	153,6		8,9	171,6	6,1	
Antwerpen	459	58,2	129,9	9,9	657	37,8	
Mechelen	61,9	42,8	0,5	2,8	108	16,4	
Turnhout	63,6	35,6	56,6	2,5	158,3	13,9	
Hoogstraten	2,5	143,9		1	147,4	6,6	
St. Gillis/St. Gilles	322	273,9	1,7	11	608,6	2,5	
Leuven Centraal	28,7	286	0,6	4,2	319,5	5,5	
Forest/Vorst	476,4	65	78,7	2,7	622,8	36,2	
Leuven Hulp	94,5	48,6	35,5	4	182,6	16,2	
Nivelles	64,7	124,3		1,2	190,2	9,7	
Berkendael	50,1	30,4	13,2	1,2	94,9	4,7	1,3
Ittre	6,4	396,0		0,5	402,9	17,2	
Brugge	210	496,7	30,6	10,7	748	32,3	4,3
Ieper	53,8	51,9	0,1	0,8	106,5	17	
Ruiselede	0,2	52,8		0,9	53,9	4,1	
Gent	178,8	130	73,2	6,6	388,6	36,9	
Oudenaarde	31,7	118,2	1,3	0,7	151,9	8,2	
Dendermonde	110,8	68,6	1,1	2,1	182,6	20	
Mons	137	209	15,1	2,2	363,3	10	
Tournai	51,2	127,1	0,0	1,5	179,8	13,7	
Jamioulx	233,7	116,3	23,7	2,4	376,1	19	
Marneffe		117,8			117,8	14,6	
Lantin	396,3	496,1	32,9	3,9	929,2	33,3	1,2
Verviers	69,8	176,7	0	0,5	247	13,4	
Huy	21,6	49,8		0	71,4	5,4	
Paifve		0	163,2		163,2		
Hasselt Nieuw	145,2	338,8	1,5	4,1	489,6	54,8	2,0
Arlon	28,6	87,8		0,3	116,7	4,4	
St. Hubert	0	241,6		0,5	242,1	21,9	
Namur	98,6	57,9	40,9	0,4	197,8	11	0,0
Dinant	35,7	11,3	0	0,1	47,1	9,3	
Andenne	9,4	373		1,3	383,7	12,8	
Total	3 476,8	5 330,3	969,4	97	9 873,5	523,4	8,8
Everberg	39,9						

Source : Rapport d'activité 2007 de la Direction générale des établissements pénitentiaires du SPF Justice.

La tutelle du ministère de la Justice ou de la Santé : des régimes organisationnels différenciés

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

Les lieux d'internement dépendant du ministère de la Justice : le soin a-t-il sa place au cœur d'une structure carcérale ?

Un premier groupe d'institutions dépend du ministère de la Justice. Il s'agit des annexes psychiatriques de prison et de l'établissement de défense sociale de Paifve. On compte 12 annexes psychiatriques au total, rattachées aux principaux établissements pénitentiaires. Créé dans les années 1970, l'EDS de Paifve dispose quant à lui de 208 places, pour hommes. Composé de deux bâtiments à deux étages chaque fois – un troisième bâtiment a été inauguré en octobre 2009 –, cet EDS rappelle fortement la prison, avec grilles à l'entrée, portes et fenêtres munies de barreaux, centres de *dispatching*, division entre un premier bâtiment cellulaire et un second plus « ouvert ». Comme le souligne un infirmier, à Paifve, il s'agit d'un régime carcéral, mais plus libre et plus souple qu'en prison :

> *Il y a évidemment une privation de liberté… On est obligé de rester enfermé… Mais avec un régime intérieur, je dirais, plus agréable qu'un régime pénitentiaire… en ce sens qu'on peut aller et venir, on a de la place pour circuler, on est à l'air, il y a des possibilités d'activités extérieures à l'enfermement, au bâtiment d'enfermement, mais dans une enceinte.*

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

En théorie, malgré cette tutelle, la référence au soin n'est pas absente. À l'EDS de Paifve, une équipe « multidisciplinaire » de soin (SSSP) est composée de psychologues, d'infirmiers et d'éducateurs. Un psychiatre y intervient également, mais sous un statut d'indépendant, et non comme responsable ou membre du personnel à temps plein. En annexe psychiatrique de prison, l'évolution est plus récente. En matière de soin, la situation était catastrophique jusqu'il y a quelques années. Ainsi, l'annexe de la prison de Lantin a-t-elle été fermée en 2003 après une visite du CPT [8], lequel avait jugé « inacceptables » les infrastructures et

[8] Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du Conseil de l'Europe.

les conditions de soins (OIP, 2005, 77). De même, lors d'une audition en justice en 2007, le médecin de la prison de Mons a-t-il qualifié l'annexe psychiatrique de cette prison de « garderie de malades » et déclaré : « Nous n'avons pas les moyens de poser un diagnostic précis ni d'appliquer un traitement aussi adéquat que possible »[9]. Un effort sera entrepris en 2007, que traduit une circulaire du ministre de la Justice procédant à l'engagement d'une « équipe pluridisciplinaire » de soin dans chaque annexe psychiatrique du pays[10]. Composées d'un psychiatre à temps partiel (coresponsable de l'équipe), d'un psychologue, d'un assistant social, d'un infirmier psychiatrique, d'une ergothérapeute, d'un kinésithérapeute et d'un éducateur, ces équipes semblent *de facto* coordonnées par le psychologue et le directeur-adjoint de l'établissement pénitentiaire en charge de l'annexe, vu la faible présence des psychiatres.

Enfin, tant les annexes psychiatriques de prison que l'EDS de Paifve sont soumis à la « Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus ». Cette loi du 12 janvier 2005, dite « loi Dupont », dispose en son article 96 que « les prestataires de soins […] ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu » et que « la fonction de prestataire de soins est incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison ». Visant les détenus ordinaires, cette règle impose la scission entre le soin et l'expertise. Elle a été étendue aux internés retenus en annexe psychiatrique et à ceux des établissements de défense sociale relevant du ministère de la Justice. Elle répercute une règle de déontologie médicale[11], édictée dans un but de protection de la relation soignant/soigné par l'instauration d'une plus grande confidentialité. Les conséquences pratiques de l'application de cette loi sont - on le verra plus loin – importantes : tant en annexe psychiatrique qu'à l'EDS de Pfaifve, soin et expertise de dangerosité ont été radicalement scindés. Les deux missions ont été confiées à des équipes différentes, respectivement une équipe du service psychosocial (SPS) pour l'expertise et l'équipe du service de soins de santé en prison (SSSP) pour le soin.

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

Les deux autres établissements de défense sociale dépendent du ministère de la Santé et s'inscrivent au cœur d'une structure hospitalière. Le premier est une « aile défense sociale » située au sein du complexe hospitalier psychiatrique « Les Marronniers » à Tournai. Cette aile comprend 365 lits pour hommes. Sécurisée et protégée par des grilles et des murs, elle est composée de plusieurs pavillons, avec un pavillon d'accueil et des pavillons distincts selon les catégories de pensionnaires. Le second établissement est le « pavillon Claudel » situé au sein du complexe hospitalier « Le Chêne aux Haies » à Mons. Construction ancienne qui date du XIXe siècle, l'« EDS de Mons » est une structure de 30 places, réservée aux femmes.

À Tournai, les personnels les plus nombreux sont des infirmiers et des éducateurs, lesquels remplacent progressivement les agents de surveillance. Ils sont épaulés par des psy-

[9] Cour d'appel Mons, arrêt du 22/05/2007, F-20070522-6 (non publié).

[10] Circulaire 1800 du 7 juin 2007.

[11] Article 121, § 2 du code de déontologie médicale.

chologues et des éducateurs, au sein d'équipes pluridisciplinaires de soin travaillant, dans chaque pavillon, sous la direction d'un psychiatre coordinateur, nettement plus présent que dans l'EDS dépendant du ministère de la Justice. Depuis le 1er janvier 2005, le coût d'hospitalisation n'est plus à la charge du ministère de la Justice mais bien du ministère de la Santé. Il est calculé selon les mêmes grilles que le coût d'hospitalisation en hôpital psychiatrique. À Mons, le pavillon est placé sous la responsabilité d'un psychiatre à mi-temps, la surveillance et le soin étant assurés conjointement par une équipe, assez nombreuse, d'infirmières psychiatriques. À la différence de l'établissement de défense sociale de Tournai, il n'y a pas d'éducateurs. L'équipe pluridisciplinaire élargie est composée en outre d'une psychologue, d'une ergothérapeute, de deux assistants sociaux et d'une kinésithérapeute.

À la différence des institutions dépendant du ministère de la Justice, les deux EDS dépendant du ministère de la Santé ne sont pas soumis à la « loi Dupont » et ne pratiquent donc pas la scission entre soin et expertise. Les équipes de soin étant ici *a priori* soumises au code de déontologie médicale, on en conclura que la force obligatoire d'un code de déontologie interne est moindre que celle d'une loi. On est ainsi confronté à une situation assez paradoxale, puisque le souci de protéger la relation thérapeutique semble plus affirmé dans les établissements placés sous la tutelle du ministère de la Justice que dans ceux qui dépendent du ministère de la Santé.

II. La méthodologie de recherche : entretiens exploratoires et analyse en groupe

Pour défricher un terrain de recherche peu labouré ces dernières années, une double méthodologie de recherche qualitative a été utilisée. Elle fait appel, d'une part, à un assez grand nombre d'entretiens exploratoires, d'autre part à un dispositif d'« analyse en groupe d'acteurs et de chercheurs ». On en explique *infra* le principe et l'utilisation qui en a été faite sur ce terrain spécifique.

Une méthode centrale d'analyse en groupe

Pour étudier la question du soin en défense sociale, tel qu'il est susceptible de se déployer dans ces trois types de lieux d'internement, nous avons donc fait le choix d'une double méthodologie de travail. Dans un premier temps, des *entretiens exploratoires* ont été menés avec des acteurs intervenant au sein de plusieurs établissements d'internement, annexes comme EDS : psychiatres, éducateurs, infirmiers, agents pénitentiaires travaillant au sein des annexes psychiatriques de prison et des trois établissements de défense sociale. Ces entretiens ont été complétés par d'autres, menés avec des acteurs intervenant en amont ou en aval de l'internement : experts psychiatres chargés du diagnostic de responsabilité, membres de commissions de défense sociale (chargés notamment de statuer sur la libération à l'essai ou définitive des internés), assistants de justice chargés du suivi des internés libérés à l'essai.

Les premiers constats opérés à partir de ces entretiens ont été ensuite testés et approfondis dans le cadre de plusieurs journées *d'analyse en groupe*, cœur de notre dispositif

de recherche. Cette méthodologie, développée aux Facultés universitaires Saint-Louis depuis une vingtaine d'années, vise à saisir, avec les participants, la dynamique des relations sociales qui les réunit et les oppose autour d'un même enjeu. Sa particularité est d'associer directement des acteurs concernés par le problème étudié au processus de recherche : il ne s'agit donc pas d'une méthode « d'interview de groupe », mais bien d'un travail réflexif mené en commun, à partir de la narration d'expériences vécues par les membres du groupe. Ces derniers ne sont pas « objet » de recherche mais bien acteurs dans la construction collective d'un savoir de recherche[12].

Concrètement, des groupes oscillant entre douze et quinze personnes analysent collectivement des situations et expériences relatées par les participants eux-mêmes, selon un dispositif méthodologique piloté par deux (ou trois) chercheurs. Au cours de deux tours de table, chaque participant propose, à partir de ses références institutionnelles, de son expérience de terrain et de ses repères professionnels, son interprétation de l'expérience analysée. Dans un deuxième temps, les « convergences et les divergences » entre les interprétations des participants sont confrontées et reprises dans un schéma de synthèse à partir duquel sont dégagés – troisième temps de l'analyse – des « nœuds problématiques ». Cette dernière étape permet de structurer les enseignements de la recherche autour d'enjeux normatifs, institutionnels et autres pour, éventuellement, dégager des perspectives pratiques.

Le dispositif concret de la recherche

Entre avril 2008 et début août 2008, une cinquantaine d'entretiens exploratoires ont été réalisés avec les types d'intervenants évoqués. Parmi ceux-ci, nous avons notamment recueilli les propos de 8 magistrats, 6 experts-psychiatres, 3 experts-psychologues, 2 avocats spécialisés en défense sociale, 3 assistants de justice, 3 psychiatres d'établissement de défense sociale, 11 psychologues (EDS et annexes psychiatriques de prison), 4 infirmiers (EDS et annexes), 5 assistants sociaux (EDS et annexes), 2 éducateurs (EDS et annexes), 1 agent de surveillance d'EDS et 2 directeurs d'établissement pénitentiaire. Ces entretiens ont servi à dessiner une première trame permettant, d'une part, de comprendre le réseau institutionnel du circuit de la défense sociale tel qu'il fonctionne *in concreto* et, d'autre part, de cerner diverses questions à travailler dans le cadre du dispositif d'analyse en groupe.

Deux groupes d'« analyse en groupe » portant sur la question du « soin en défense sociale » ont alors été constitués[13]. Ces deux groupes ont été formés sur la base d'un principe de diversification maximale des statuts et des expériences professionnelles. Dans chaque groupe, on a cherché à rassembler des intervenants travaillant dans des structures différentes (annexes psychiatriques, EDS dépendant du ministère de la Justice, EDS dépendant du ministère de la Santé, membres d'une commission de défense sociale, assistant de justice, etc.). Se sont donc régulièrement retrouvés autour de la table des agents pénitentiaires, des éducateurs, des infirmiers, des psychologues, des psychiatres, des magistrats et un(e) assistant(e) de justice.

---

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

[13] Un cinquième groupe, réunissant des experts psychiatres et des magistrats, a également été organisé autour de la problématique de l'expertise et des rapports entre experts psychiatres et magistrats.

De même, si quatre « récits d'expériences vécues » ont été travaillés (deux par groupe), on a cherché à privilégier des récits portant sur des expériences se déroulant dans des lieux d'internement différents : le premier récit, *Albert : médication en jeu*, et le quatrième, *Nadine, les quatre pièces du puzzle* portaient sur des expériences vécues dans deux annexes psychiatriques de prison. Le second récit *Mathieu : chronique d'un suicide annoncé* et le troisième, *Thierry : élargissement problématique*, relataient une expérience vécue dans un EDS pour hommes dépendant du ministère de la Santé. *A posteriori*, on peut considérer qu'il eût été intéressant de diversifier également les récits en fonction des types d'établissements de défense sociale. Mais, d'une part, le processus de choix des récits est fait « démocratiquement » par les participants, et le chercheur n'a pas ici un contrôle total du choix en fonction de ses intérêts propres ; d'autre part, le choix des récits s'effectue en tenant compte de multiples critères de diversification (thématiques potentielles, types d'acteurs concernés, etc.) qui ne se recouvrent pas nécessairement. Enfin, l'expérience montre que, quel que soit le récit choisi, les intervenants réagissent à partir de leur cadre de travail et de leur expérience personnels, ce qui réintroduit dans le processus de discussion des éléments propres aux lieux non sélectionnés.

Tableau 2 : Tableau synthétique des quatre analyses en groupe

Groupe 1
Réunion à Bruxelles, FUSL

↓

15 participants :

- 7 travaillent en annexe psychiatrique de prison (3 établissements différents)
- 7 travaillent en EDS (2 établissements différents)
- 2 « extérieurs » (commission de défense sociale, maison de justice)

↓

Deux journées complètes d'analyse en groupe :

- Journée 1 (2.12.2008), premier récit *Albert, médication en jeu*
- Journée 2 (5.12.2008), deuxième récit *Mathieu, chronique d'un suicide annoncé*

Groupe 2
Réunion à Bruxelles, FUSL

↓

15 participants :

- 5 travaillent en annexe psychiatrique de prison (3 établissements différents)
- 6 travaillent en EDS (2 établissements différents)
- 5 « extérieurs » (commission de défense sociale, maison de justice, hôpital psychiatrique, centre d'expertise des délinquants sexuels)

↓

Deux journées complètes d'analyse en groupe :

- Journée 1 (16.12.2008), troisième récit *Thierry, élargissement problématique*
- Journée 2 (17.12.2008), quatrième récit *Nadine, les quatre pièces du puzzle*

Quatre rapports de synthèse, correspondant aux quatre analyses en groupe, ont été réalisés par les chercheurs et leur contenu soumis pour validation aux participants concernés. Les remarques de ces derniers ont été prises en compte dans le rapport final qui comporte des conclusions transversales aux quatre rapports de synthèse.

III. Le soin en défense sociale : la médication au cœur d'un système pauvre en moyens

La population des internés oscille entre dangerosité et maladie mentale, sur fond généralisé de précarité. Le caractère « dépotoir » de cette population largement laissée pour compte ne suscite guère l'intérêt des pouvoirs publics. En matière de soin, les moyens sont très insuffisants et le recours au médicament, éventuellement sous contrainte, apparaît régulièrement comme la panacée. La scission entre soin et expertise, intervenue dans les lieux d'internement dépendant du ministère de la Justice, est une tentative pour redynamiser une logique de soin à l'égard des internés. Celle-ci reste cependant menacée par la montée d'une culture technoscientifique de l'expertise, associée à un souci de contrôle sécuritaire des risques que représente l'interné.

La population en défense sociale : entre dangerosité et précarité

Pour être interné en défense sociale, il faut avoir commis un fait « qualifié crime ou délit » et représenter un « danger social ». *A priori*, la population des internés est donc une population d'aliénés criminels ayant commis des faits graves et représentant un état de dangerosité important. Pour une partie d'entre eux, c'est effectivement le cas : on trouve en régime d'internement des personnes qui ont tué, des auteurs d'abus sexuels graves. Aux dires des intervenants, deux populations « types » semblent se dégager : des auteurs d'infractions sexuelles affectés d'un trouble mental, pour lesquels on regrette l'absence d'institutions spécialisées, et des patients qualifiés « d'antisociaux », par référence à l'*Antisocial personality disorder* du DSM-IV :

> *Le problème, c'est la prise en charge des déficients mentaux et des débiles, il n'y a pas d'offre, c'est ça qui bloque dans les établissements de défense sociale* (une criminologue d'unité médico-légale d'hôpital psychiatrique).

> *Le rêve, ce serait la création de nouvelles structures d'accueil pour nos patients pédophiles qui ont une déficience mentale. Ils demandent une thérapie, un soutien, il n'y a pas de structures d'accueil* (une infirmière d'établissement de défense sociale).

> *Il y a des profils antisociaux au sens du DSM… Des troubles graves… Ils représentent 25 à 30% de la population* (un psychiatre d'établissement de défense sociale).

Mais à côté de ces profils caractéristiques, il est d'autres patients internés dont la place en défense sociale est beaucoup moins évidente. Auteurs d'infractions peu importantes à l'occasion desquelles s'est révélée une altération mentale, 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 :

> *La première chose, c'est finalement le problème de l'étiquetage du patient : dangereux, méchant, mauvais… Il y a de l'émotionnel, il fait peur. Et puis il se passe un*

événement de vie important. Il utilise des ressources… Mais non, il a une trop mauvaise étiquette, c'est lui qui manipule, etc. Je suis frappée par cet étiquetage. Comme si, lorsqu'on a une étiquette comme celle-là, c'était foutu (une psychologue d'EDS).

Public repoussoir pour les institutions relais, ces patients restent prisonniers d'une logique de réduction des risques qui semble dominer les commissions de défense sociale chargées de statuer sur leur libération à l'essai comme sur la révocation de celle-ci. Libérés au compte-gouttes après une durée « plancher » d'internement assez longue, ils sont par contre très rapidement réintégrés en annexe, le plus souvent suite au non-respect de conditions de probation liées à leur libération à l'essai et non en raison de la commission d'une nouvelle infraction :

80% reviennent pour des problèmes de non-respect de conditions, pas pour récidive… Par exemple, un patient dans un atelier protégé qui décompense et qu'on réintègre. On le prive à nouveau de liberté (une infirmière d'EDS du ministère de la Justice).

Parfois, le retour est lié plus simplement à une incapacité de s'assumer « dehors », parce que le milieu familial se sent dépassé, que l'interné est sans réseau social ou démuni des moyens de subsistance élémentaires :

Vous n'êtes pas surpris par le nombre d'années de détention qu'effectuent certains patients qui sont là depuis 25 ans pour avoir volé des statues dans une église… ? Je suis étonnée par la difficulté qu'il y a à les reclasser… On les réintègre aussi en annexe parce que leur appartement est insalubre… (une infirmière en EDS).

Autrement dit, 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.

Enfin, la population est plus hétérogène encore en annexe psychiatrique de prison, où se retrouvent aussi des détenus qui proviennent du « cellulaire » : placés en annexe pour « se calmer » suite à un épisode de décompensation, ces détenus « ordinaires » peuvent y rester plus longtemps, se comportant parfois comme des « prédateurs » à l'égard des internés :

Le fait que dans les annexes psychiatriques de prison, il y a un mélange de populations…, avec des personnes qui n'ont séjourné qu'en annexe d'une part, et des condamnés qui ont décompensé en section ordinaire, avec tout le vécu de la détention, d'autre part… Vous mettez un renard dans un poulailler. Parfois, ils sont stabilisés, mais on ne les laisse pas repartir, on nous les laisse… (une chef de quartier d'annexe psychiatrique de prison).

Derrière l'ensemble de cette population, tous types confondus, une constante : la précarité. Comme le souligne un psychiatre travaillant en EDS, *c'est plus lié à un problème social et de délinquance… On a un taux d'analphabétisme très important dans notre population…*

C'est le quart-monde qu'on voit débarquer… Précarisés socialement, confrontés à des familles absentes ou ambivalentes à leur égard, habitués à séjourner pour de longues durées dans un environnement fermé à certains égards rassurant, les internés s'institutionnalisent comme patients. Cette chronification débouche sur un paradoxe : soustraits à la prison pour être soignés en EDS et réintégrés dans la société, les patients internés sont systématiquement réintégrés au circuit de la défense sociale, prisonniers du cercle vicieux de l'internement. Quel soin penser alors pour des patients qui, d'une part, ne sont pas toujours demandeurs, d'autre part, oscillent entre les figures du malade et du délinquant, entre volonté de sortir et demande asilaire, dans des lieux où soin et sécurité sont en concurrence ?

Quelle place pour le soin en défense sociale ?

Les conditions pour prodiguer du soin sont, tant en annexe psychiatrique qu'en établissement de défense sociale, pour le moins précaires. Manque de moyens et faible présence du psychiatre dans les institutions dépendant du ministère de la Justice sont mal compensés par la création des équipes multidisciplinaires de soin. Dans les EDS dépendant du ministère de la Santé, la situation matérielle paraît meilleure. Mais on reste loin des possibilités existant en hôpital psychiatrique et l'objectif majeur semble, faute de mieux, de stabiliser le patient.

Le soin en annexe psychiatrique : de l'insuffisance radicale au risque de normalisation

En annexe psychiatrique, le manque de moyens pour faire du soin semble criant. Dans des lieux surpeuplés, dont on a évoqué la population hétérogène, l'occupationnel domine et les activités thérapeutiques sont rares. Tant en termes d'encadrement que de traitement, on est très loin des « standards » de soin supposés exister dans les hôpitaux psychiatriques classiques :

> *Même s'il n'y avait que ces 98-là à l'annexe et qu'on supprimait les autres, il n'y aurait de toute façon pas assez de places. Et en plus, il y a toutes les mises en observation, ce qui engendre des situations totalement explosives… Comment est-ce que, dans une annexe qui fait 67 ou 70 places, vous pouvez offrir à 98 malades mentaux les conditions de soin, c'est-à-dire d'abord de la tranquillité, ne pas être envahi par les délires de l'autre ?* (un assistant social).

> *C'est vrai qu'elles sont enfermées 24 heures sur 24, on a instauré des séances de kicker, par groupe de quatre personnes, on donne la possibilité de faire des séances… et c'est vrai que c'est les internées qui participent à ça… C'est sympathique, mais c'est la seule activité. La prison n'est pas une place pour une internée. Ça détruit la personne, aussi* (une surveillante d'annexe psychiatrique de prison).

> *L'annexe psychiatrique, c'est une hypocrisie… On n'y donne pas les soins qui sont apportés dans un établissement psychiatrique. Il y a bien un médecin qui les voit de*

temps en temps ; s'il y en a un qui a un problème, on lui fait une piqûre de Valium, mais ce n'est pas un hôpital psychiatrique, il n'y a pas l'encadrement qu'on retrouve dans un véritable hôpital psychiatrique (un juge d'instruction).

Cette insuffisance du soin est également illustrée par la faible présence des psychiatres. Dotés d'un statut d'indépendant, travaillant dans plusieurs annexes et sautant de l'une à l'autre, ils interviennent ponctuellement, sans assumer de véritable responsabilité dans le travail de soin. Qualifiés parfois de « mercenaires », ils s'avèrent par ailleurs difficiles à recruter pour ce travail de soin en annexe :

En annexe psychiatrique, la présence des psychiatres n'est pas intensive… Ce sont des mercenaires qui sont payés à l'heure (un psychiatre d'établissement de défense sociale).

Le psychiatre, il est indépendant, il a donc des plages horaires, mais le nôtre travaille dans de nombreuses prisons, et c'est parfois un peu difficile, par exemple s'il est rappelé dans une autre prison. Je crois qu'il va dans trois ou quatre prisons… Normalement il a des jours fixes, mais ces jours peuvent changer, quand il y a une urgence dans une prison… Il est très difficile de trouver des psychiatres qui ont envie de faire du soin en prison (une psychologue coordinatrice d'annexe).

Le contexte pénal et sécuritaire qui pèse sur les annexes, situées dans les établissements pénitentiaires, est une autre contrainte qui ne favorise pas le soin. L'exigence d'ordre et de sécurité, très forte en prison, ne permet pas une approche médicale face, par exemple, à des épisodes de crise qui seraient considérés comme normaux en hôpital. Face à la crise, le recours au médicament comme camisole chimique est ici très rapide :

Cette histoire de médicaments… Une prison, ça se doit d'être net et calme… il ne faut pas de bruit, pas de cris, pas d'énervement (une infirmière d'établissement de défense sociale).

De même, chez les agents pénitentiaires, la tension entre le souci du soin et une lecture pénale de la situation est récurrente et il est difficile de faire abstraction du contexte pénal : *S'il est dans l'établissement, c'est qu'il a commis des délits. On ne va pas le plaindre…* (un agent de surveillance). Enfin, le vocabulaire utilisé en annexe reste celui de la prison, préféré à celui de l'hôpital : détenu, cellule, cellule nue, plutôt que patient, chambre, chambre d'isolement… Le langage n'est pas neutre et pèse sur le climat général qui entoure les internés à l'annexe :

La terminologie peut paraître effrayante – « cachot », « cellule nue » – cet aspect lourd… Il faudrait que cette terminologie soit changée… Quand on y est constamment, je trouve que les choses peuvent être désignées autrement (un infirmier d'établissement de défense sociale).

La terminologie, c'est fondamental, « chambre » plutôt que « cellule », etc. (un psychiatre d'établissement de défense sociale).

Bref, comme le conclut un magistrat, président d'une commission de défense sociale, *une prison reste une prison… En commission, l'impression que je retire, c'est que les soins sont extrêmement difficiles à donner en prison ; pour être soigné, rien de tel qu'un hôpital.*

Alors, aucune place pour le soin en annexe psychiatrique ? Certains intervenants soulignent qu'en regard de la situation antérieure les choses ont quand même sérieusement évolué ces dernières années. Tout d'abord, les agents pénitentiaires ne se contentent pas toujours d'un rôle purement sécuritaire. Souvent en première ligne, dépositaires d'un savoir profane fondé sur l'expérience et l'intuition, ces agents, notamment les plus anciens, peuvent nouer des relations fortes avec les internés. L'envie d'aider est parfois très présente et des liens importants sont susceptibles de se tisser entre agents et internés :

> *Voir souffrir le patient, ce n'est pas évident, on a envie de les aider, mais comment et jusqu'où aller ? À un moment donné, on nous a reproché notre trop grande sociabilité, trop de contacts… Mais on le fait quand même et ça aide, le petit geste sur l'épaule, le petit « Ça va aller », ça aide malgré tout* (une agent de surveillance d'annexe psychiatrique).

Cette relation d'aide ou d'accompagnement a aussi l'avantage de sortir l'interné de la relation « soignant-malade ». Elle permet de contourner l'étiquetage « maladie mentale » que les pensionnaires de l'annexe cherchent parfois soigneusement à éviter :

> *Dans les prisons où une communication est courante entre les « annexés » et les détenus, les « annexés » essayent de camoufler qu'ils sont des pensionnaires d'annexe. Ils font comme s'ils étaient des détenus ordinaires…* (un ergothérapeute d'annexe psychiatrique de prison).

Assumer une terminologie médicale reviendrait à endosser une représentation dévalorisée de soi. En prison, mieux vaut passer pour un détenu que pour un « gogol »…

Par ailleurs, la décision prise en 2007 de créer des équipes de soin multidisciplinaires en prison traduit une prise de conscience de l'état catastrophique du soin en prison et la volonté de modifier la situation. Si l'on en croit la Direction générale des établissements pénitentiaires, la mise en place de ces équipes « SSSP » a bien pour but « d'améliorer la qualité des soins aux internés » (DGEPI, 2008, 41). Comme si, souligne un intervenant en annexe, les responsables politiques avaient pris conscience de ce que « parquer » des internés « sans rien faire » à l'annexe était devenu inacceptable :

> *J'ai l'impression qu'à un moment donné, ça s'est décidé au niveau politique, on s'est dit qu'il fallait faire quelque chose pour que ces gens ne restent pas un an et demi sans rien faire, « parqués » entre guillemets avant d'aller à l'EDS* (une psychologue coordinatrice d'annexe psychiatrique).

Cette prise de conscience est-elle suivie d'effets dans la pratique ? Pour certains, c'est bien le cas. Tant en termes de personnel que de prise en charge, la situation, même si elle reste très problématique, n'est plus celle d'il y a 20 ans :

Si on reprend l'historique des prisons, il y a 20 ans, il y avait une assistante sociale et un psychologue pour 80 patients. La seule réponse, c'était celle des agents et une réponse médicamenteuse. Il y a maintenant une prise en charge globale qui est très neuve (une infirmière d'établissement de défense sociale).

Je dois dire aussi qu'en quelques années, il y a eu une nette amélioration au sein des annexes. Quand les collègues parlent de ce qui s'y pratiquait il y a 15 ans… Les gens n'étaient pas formés, les traitements étaient similaires à ceux des autres détenus… Les gardes-malades… c'étaient des détenus rémunérés qui gardaient les internés la nuit dans le dortoir (une chef de quartier d'annexe psychiatrique de prison).

Le changement se fait par ailleurs au prix d'un paradoxe, qui n'est pas sans rappeler le *dilemme des prisons* (Cartuyvels, 2002) : proposer une offre réelle de soin en annexe psychiatrique, créer des équipes de soin multidisciplinaires, c'est bien. Mais n'est-ce pas légitimer et « normaliser » l'annexe comme lieu d'internement, freiner la construction d'autres lieux asilaires plus adaptés, rendre moins urgent le transfert prévu par la loi vers les EDS ou d'autres structures existantes ?

Je voulais remarquer que l'amélioration des annexes retarde les départs… Si on améliore trop, ils ne vont plus partir, il faudrait trouver un juste milieu (une agent de surveillance d'annexe psychiatrique).

Ces équipes de soins sont attachées aux annexes. On sait que les gens restent longtemps ici, souvent avec des délais d'un an et demi avant d'arriver en établissement de défense sociale. Alors est-ce que quelque part [cette mise en place des équipes de soins], *ce n'est pas une reconnaissance, une normalisation de cet état de fait de rester si longtemps dans des annexes psychiatriques ?* (une directrice-adjointe d'établissement pénitentiaire).

Le soin en établissement de défense sociale (EDS) : au mieux stabiliser le patient…

En regard de la situation vécue dans les annexes, la place faite au soin semble meilleure dans les établissements de défense sociale, même si l'euphorie n'est pas de mise, tant s'en faut. À Paifve, institution dépendant du ministère de la Justice, le personnel reste composé majoritairement d'agents de surveillance de l'administration pénitentiaire et le souci sécuritaire reste dominant. Le travail de ces derniers est similaire à celui effectué en prison, même si le rôle d'accompagnement semble plus important, sans être formellement reconnu : *On fait plus du travail d'éducateur bien souvent, mais ce n'est pas dans notre fonction, donc on fait ça en plus et on fait un peu chacun ce qu'on veut, chacun selon ses priorités* (un agent de surveillance). Comme dans les annexes, on souligne ici la trop faible présence du psychiatre, le poids d'une structure sécuritaire et le manque de personnel de soin, éléments qui empêchent d'atteindre le niveau de soin propre à une institution psychiatrique :

On n'a jamais eu concrètement les moyens de mettre en place quelque chose. Moi, je suis arrivé ici en 2002, on a essayé de mettre sur pied une vision comparable à celle des hôpitaux psychiatriques, mais le ministère de la Justice, qui est le pouvoir organisateur du lieu, n'a pas la même vision, il a une vision très sécuritaire, une vision d'établissement pénitentiaire (un psychiatre).

Les infirmiers, ici, il y en a huit, pour 167 patients, les éducateurs aussi… Les normes de personnel sont à mille lieues des normes hospitalières (une psychologue).

Au pavillon cellulaire, il y a deux éducatrices, et pour le reste, on est neuf en tout à Paifve (une éducatrice).

Dans les deux autres établissements de défense sociale dépendant du ministère de la Santé, les questions de la structure et du manque de personnel ont été moins soulevées. *A priori*, la logique du soin y connaît une place plus importante, mais sans atteindre ici non plus le niveau des structures psychiatriques hors défense sociale. Très régulièrement, les intervenants en défense sociale regrettent d'ailleurs le manque de relais vers d'autres institutions de soin, comme si un vrai travail thérapeutique ne pouvait s'envisager sérieusement qu'en dehors de l'EDS :

Il y a un manque de structures hospitalières plus spécifiques aux gens qui ont été internés. Il y a un chaînon manquant… (un psychiatre de service psychosocial de prison).

Peut-être que moins de cloisonnement aurait permis de trouver des alternatives meilleures. Il n'y a pas de relais (une directrice d'établissement pénitentiaire en charge de l'annexe psychiatrique).

Mais l'objectif est-il vraiment de faire du traitement ? En défense sociale, toutes structures confondues, il s'agit moins de tenter de guérir que, au mieux, de « stabiliser » des patients à propos desquels on se fait peu d'illusion :

En établissement de défense sociale et en annexe psychiatrique, on a une population très particulière, anosognosique, qui répond mal au traitement. La stabilisation est un premier objectif… alors que dans d'autres institutions psychiatriques, on a des objectifs plus ambitieux, de traitement, de rémission. Il faut comprendre que c'est un milieu très particulier (un psychiatre d'établissement de défense sociale).

Le nombre important de réintégrations, de même que la chronification de la patientèle tendent à donner une portée générale à ce constat qui limite sérieusement les ambitions du soin en défense sociale. Elle permet aussi de comprendre le primat donné à la médication, fût-elle forcée, comme mode de traitement privilégié avec des patients qui ne sont pas toujours en demande de quelque traitement que ce soit.

La médication, au cœur du traitement

En défense sociale, le recours au médicament comme mode de traitement est roi. Évident, le recours aux pilules et autres gélules est la règle. Sur cet usage systématique de la pharmacopée, les intervenants sont peu critiques : si le médicament peut apparaître comme une solution de facilité qui empêche un vrai travail thérapeutique en profondeur, il peut aussi avoir des fonctions positives et ouvrir la voie à un traitement impossible sans son action préalable. Un enjeu clé à cet égard concerne la médication forcée. Peut-on soigner quelqu'un contre son gré ?

Le recours à la médication : un usage systématique

La médication joue un rôle central dans la panoplie du soin en prison. Les divers participants évoquent son caractère d'évidence « systématique ». Le traitement médicamenteux fonctionnerait comme une sorte de règle implicite, que soulignent le mode collectif de distribution des médicaments ou le fait qu'à toute difficulté rencontrée avec un patient la première réponse est quasi invariablement formulée en termes d'ajustement de la médication :

> *Quand on distribue les médicaments, on ouvre la salle de soin, on a un chariot, les patients viennent eux-mêmes chercher les médicaments, ça se fait en quelque secondes. Dernièrement on discutait pour remettre en question cette façon de faire et passer plutôt chambre par chambre, pour rencontrer le patient… Là, si le patient veut parler d'un problème vis-à-vis de sa prise, il le fera plus facilement que dans une file. Mais jusqu'à présent, on continue la distribution des médicaments comme cela, en groupe* (un infirmier en EDS).

> *On parle énormément de médication. La moindre chose qui se passe mal vis-à-vis d'un patient qui décompense, la première chose qui est mise en relation, c'est la médication. La direction vient se plaindre et va dire : « Il faut revoir la médication », c'est sur ça qu'on attaque* (un ergothérapeute d'annexe psychiatrique de prison).

Pourquoi ce recours systématique au pharmacon ? Il s'explique assez facilement dans les annexes, où une population « difficile » n'a longtemps eu pour interlocuteurs qu'un psychiatre peu impliqué et des surveillants dépourvus de formation spécifique. Mais en annexe comme ailleurs, les impératifs de tranquillité et de sécurité expliquent aussi le recours au médicament comme facteur de prévention ou de « stabilisation » d'un interné considéré comme dangereux s'il n'est pas médiqué :

> *Après avoir arrêté, Thierry est passé au meurtre. Donc, il est dangereux quand il ne prend pas ses médicaments…* (une présidente de commission de défense sociale).

Un problème récurrent, dans cette perspective, est posé par les patients qui interrompent leur médication. Leurs motivations sont diverses : les uns ont vécu des expériences antérieures pénibles et « n'y croient pas » : *Certains dénient…, disent : « ce que vous faites, c'est de la merde »…* (un ergothérapeute en annexe psychiatrique) ; d'autres veulent prouver qu'ils peuvent se passer de médicaments : *C'est tellement long dans le temps, le patient se*

dit, « je vais leur montrer que je ne suis pas malade, que je peux très bien fonctionner » (une psychologue EDS) ; d'autres encore renoncent au médicament parce qu'ils sont déçus de n'avoir rien obtenu en échange de leur compliance au traitement : *C'est vrai que Thierry n'a plus pris ses médicaments, mais entre-temps, il a été compliant et il n'a rien obtenu* (une psychologue EDS). Enfin, l'interruption de la médication, souvent malaisée à repérer, peut encore cacher un commerce de médicaments :

> *Il est bien difficile de contrôler si le patient a caché ses gélules… Après, on fait parfois des découvertes spectaculaires, certains en font un commerce et distribuent leur réserve à d'autres* (un infirmier EDS).

Sans surprise, la « non-compliance » au traitement représente une difficulté majeure pour les intervenants. L'arrêt de la médication est mal perçu, d'abord parce que cet arrêt est associé à un retour de la dangerosité :

> *Il en avait parlé avec son médecin mais le médecin n'avait pas osé arrêter… Il s'est dit, « je vais de moi-même prendre le risque, pour montrer que je n'ai pas besoin de cette médication »…* (une psychologue d'EDS du ministère de la Santé).

Ensuite, sinon surtout, parce que l'interruption, souvent clandestine, est vécue comme une transgression de la règle institutionnelle, voire une trahison à l'égard de l'équipe ou un acte de rébellion à l'autorité :

> *C'est la règle de prendre des médicaments. C'est le fait de déroger à cette règle qui est le problème* (une psychologue EDS).

> *L'équipe a senti cela comme une trahison. Ça remet en question la soumission à l'autorité* (une psychologue d'EDS du ministère de la Santé).

Droit des patients et médication forcée : où l'on joue à qui perd gagne ?

Distribué de manière systématique, le médicament ferait aussi l'objet d'une sorte d'« attente magique », remède miracle aux multiples problèmes que peut poser l'interné en institution. Centrée sur des besoins immédiats, la médication est parfois critiquée au motif qu'elle ferait l'impasse sur un processus de soin en profondeur ou une démarche clinique à plus long terme :

> *Il y a toujours cette difficulté qui consiste à donner une injection sans travailler en profondeur la perception de la maladie* (une assistante de justice suivant des libéré(e)s à l'essai).

Mais, à l'inverse, la médication peut s'avérer indispensable pour entamer un travail avec l'interné. Elle peut humaniser un patient perdu en lui-même, le faire sortir de sa propre violence, modifier son image et contribuer à réinstaurer le lien brisé entre lui et le personnel :

La décision d'injection de force a été prise… Cette personne s'est montrée très sympathique, voire attirante, par la suite. Avant cela, il était un peu comme un animal (un agent de surveillance d'annexe psychiatrique de prison).

Moins antagoniste que complémentaire au soin, la médication peut dans cette perspective faire office de *medium* ouvrant la possibilité d'un traitement d'une autre nature. De ce point de vue, le médicament apparaît moins comme un obstacle que comme le facilitateur d'une approche psychothérapeutique :

Je suis ergothérapeute… Je ne travaille pas avec la médication, mais dans certains cas, je suis tributaire de la médication : si un patient décompense, qu'il est impossible de rentrer en contact avec lui, s'il n'est pas stabilisé, je ne peux rien faire (un ergothérapeute d'annexe psychiatrique).

Il y a une complémentarité des médicaments et de la thérapie, l'un n'excluant pas l'autre… (un psychiatre EDS).

Par son effet stabilisateur, la médication permet aussi d'envisager ou de relancer un processus de libération à l'essai – *C'est la médication qui permet de mettre en place un projet de libération à l'essai* (un assistant social, membre de l'équipe soin d'une annexe psychiatrique de prison) –, voire de mettre fin à la spirale de la réintégration en annexe qui suit l'échec régulier de la libération pour non-respect des conditions. Bref, la médication a des vertus qui, pour certains, justifient qu'elle soit administrée sous contrainte, notamment lorsqu'elle vise un patient qui n'a pas conscience d'être malade ou ne veut pas de traitement sous quelque forme que ce soit. La contrainte peut avoir une dimension thérapeutique et, à la limite, la maltraitance serait moins de « médiquer » de force que de trop tarder à le faire :

Des patients psychotiques totalement non compliants…, s'ils ne présentent pas de dangerosité…, est-ce qu'on peut accepter de ne pas les traiter ? (un psychiatre en EDS).

La contrainte peut être utilisée à un niveau thérapeutique quand le patient n'a pas conscience qu'il est malade. Là, ça devient un problème éthique… Et là, on prend la responsabilité de la contrainte (un psychiatre en EDS).

Pour des patients particuliers, il y a une nécessité de recourir à une forme de contrainte. On ne se comporte pas comme des psychiatres de goulag pour autant (un psychiatre EDS).

Peut-on soigner quelqu'un contre son gré ? La question est éthique mais aussi juridique. Ces dernières années, l'avancée du mouvement en faveur des droits du patient est perceptible. Ainsi, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient indique que ce dernier a droit « au libre choix du praticien professionnel » (art. 6) et à l'obtention de « toutes les informations qui le concernent » de la part du praticien professionnel (art. 7). Mais cette loi précise aussi qu'il a le droit « de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable » (art. 8) ou encore « d'introduire une

plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente » (art. 11). Autrement dit, cette loi vient très clairement freiner l'usage « sauvage » de la médication forcée en défense sociale, d'autant que le Conseil national de l'ordre des médecins est venu préciser, dans un avis du 12 mai 2005, que le « principe déontologique suivant lequel des patients ne peuvent être traités contre leur gré s'applique également aux internés ». Vu le nombre croissant de plaintes et le contrôle juridictionnel dont ils font l'objet, coincés entre droit du patient et demandes du personnel, risque de plainte et risque de passage à l'acte, les médecins hésitent désormais à assumer une responsabilité susceptible de se retourner contre eux. Préférant temporiser, ils ouvrent le parapluie de l'administration avant de passer à l'acte de médication forcée :

> *Le parquet pratique une surveillance extrême pour tout ce qui est coups et blessures en prison. Des plaintes ont régulièrement été déposées contre la direction et notamment des plaintes pour empoisonnement suite à une médication forcée… Les psychiatres ont déjà dû s'expliquer. On a l'impression que la direction est attendue au tournant par les autorités judiciaires. Ceci permet d'expliquer pourquoi on est désormais plus prudent avec la médication… Celle-ci n'est plus distribuée comme à une période où les psychiatres mettaient de l'Haldol dans les tartines !* (une responsable d'annexe psychiatrique).

> *Le psychiatre est coincé entre le droit du patient, qui risque de porter plainte après coup, et le service de surveillance, qui dit recevoir des agressions. Il faut peser un peu les deux. Les critères de risque, de dangerosité, de passage à l'acte sont un peu subjectifs… Ça renvoie à la responsabilité de chacun. Et quand on interroge les supérieurs hiérarchiques à ce propos, la réponse est : « le médecin doit écrire à l'administration et exposer sa difficulté ». C'est à l'administration de dire ce qu'il doit faire* (une psychiatre de service psychosocial de prison).

Ce droit du patient à un traitement librement consenti peut aussi poser problème dans le cadre de la libération à l'essai. Des personnes libérées arrêtent leur traitement au motif qu'elles ont le « droit » de le faire, au risque de « rechuter » :

> *En sortant de l'annexe, ils vont accepter leur injection. Puis quand ils arrivent à la maison de justice, ils vont dire : « j'ai le droit de ne pas accepter l'injection, c'est le droit du patient ». Que faire ? On sait que la personne va être de nouveau délirante. Quel risque peut-on prendre en tant qu'assistant de justice ? À partir de quel moment doit-on alerter le parquet ?* (une assistante de justice suivant des libéré(e)s à l'essai).

La limite reste ici « l'état de besoin » ou « état de nécessité » qui peut justifier la médication forcée. Mais le Code de déontologie médicale restant muet sur les conditions d'exercice de l'interdiction du traitement sous contrainte, l'appréciation de ce type d'état reste délicate…

Quoi qu'il en soit et malgré l'existence d'un contrôle externe formel sur la médication, les analyses convergent pour regretter le primat de la médication… mais aussi, jusqu'à un certain point, pour s'y résigner. Ce que souligne en effet *a contrario* le recours massif au

médicament, c'est aussi la difficulté d'entamer une démarche clinique avec des patients qui, très souvent, ne sont pas « en demande » de soin. Face à un patient interné sous la contrainte judiciaire, imposer le médicament est plus facile que contraindre à une relation thérapeutique. Un des enjeux, pour le personnel de soin, est de susciter « l'envie » de se faire soigner. Ce n'est pas facile et, parfois, le médicament représente ici une première étape. Un autre élément à prendre en compte eu égard à la création d'une relation thérapeutique est la position de l'intervenant face à son patient : être dans une posture exclusive de soignant ou cumuler les fonctions de soin et d'expertise, ce n'est pas la même chose. Sur ce plan, la scission du soin et de l'expertise en défense sociale apparaît comme un enjeu central.

La scission soin-expertise : privilégier le soin ou la collégialité dans le travail

La « Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus » du 12 janvier 2005, qui impose la scission entre les missions de soin et d'expertise à l'égard des détenus ordinaires a été étendue aux internés retenus en annexe psychiatrique et dans l'établissement de défense sociale relevant du ministère de la Justice (Paifve). Curieusement, elle n'est pas formellement d'application dans les établissements de défense sociale dépendant du ministère de la Santé, même si elle répercute une règle de déontologie médicale[14] édictée dans un but de protection de la relation soignant/soigné par l'instauration d'une plus grande confidentialité.

Cette problématique de la scission, progressivement mise en place à travers le recrutement d'équipes spécifiques de soin dans les annexes et dans l'EDS de Paifve, a été débattue au cours de chacune des quatre analyses et a constitué le nœud de l'une d'entre elles *(Mathieu, chronique d'un suicide annoncé)*. Elle représente de toute évidence pour tous les intervenants – les soignants bien sûr mais pas seulement ces derniers – un enjeu considérable.

La scission entre soin et expertise : des tensions entre intervenants compensées par un « plus » thérapeutique ?

La scission entre soin et expertise a donc été imposée dans les annexes psychiatriques de prison et dans l'EDS de Paifve. Imposée d'en haut, peu concertée, cette scission s'est accompagnée de la création des nouvelles équipes du Service de soins de santé (SSSP), séparées des équipes du service psychosocial (SPS), désormais chargées de la seule évaluation. Cette dualisation de fonction a soulevé diverses difficultés assez prévisibles.

La première, qui renvoie à des questions de savoir et de pouvoir, fait l'objet d'une lecture en termes de problèmes de communication[15]. La scission reconfigure les territoires d'intervention et opère une césure entre les intervenants, avec l'interdiction pour l'« équipe soin » de communiquer des informations aux collègues chargés de l'expertise

[14] Article 121, § 2 du Code de déontologie médicale.

[15] Ce type de déplacement, au terme duquel la « ritournelle de la communication » vient voiler pudiquement la réalité plus brutale de rapports de pouvoir est un classique des modes de fonctionnement institutionnels (voyez van Campenhoudt, 2003).

ou à la direction. Un minimum de communication demeure toutefois indispensable, et il a fallu aux acteurs de terrain « se débrouiller seuls » pour trouver des terrains d'entente et de nouveaux modes de collaboration en l'absence de directives précises :

> *On a été fort perdu. Les personnes qui nous coachent aussi s'adaptent… Sur un mode de communication, ce qu'on peut dire ou non, ils peuvent dire oui un jour et non deux jours après* (une psychologue coordinatrice de l'annexe psychiatrique).

Dans des institutions où la dimension sécuritaire est plus importante que dans un hôpital classique, la pression des intervenants périphériques au soin pour obtenir des informations est aussi plus grande. C'est vrai dans le chef de la direction ou des équipes chargées de l'évaluation qui sont désireuses de transmettre des avis à la Commission de défense sociale en connaissance de cause :

> *L'équipe soin, c'est du secret professionnel, y compris la médication. Mais nous, on doit pouvoir trouver des canaux de communication* (une directrice d'établissement pénitentiaire en charge de l'annexe psychiatrique).

> *À* [...], *il m'est difficile de réaliser des évaluations alors que j'ai un trou de huit mois dans la détention…* (un assistant social de service psychosocial de prison).

L'enjeu est important également pour la Commission de défense sociale, devant laquelle les membres de l'équipe soin peuvent refuser de se présenter pour parler de leurs patients internés. Or, en commission, le principe du secret peut se retourner contre l'interné, qui se verra éventuellement refuser une demande de libération à l'essai, faute d'informations suffisantes sur son évolution :

> *La loi veut que « les conditions de la réinsertion sociale » soient réunies pour envisager une libération… et que « l'état de santé se soit amélioré ». Comment faire si on n'a pas l'information* (une présidente de commission de défense sociale).

Enfin, l'importance de la communication est également soulignée par les agents de surveillance, lesquels se plaignent d'une circulation à sens unique. Ils transmettent les informations qu'ils possèdent aux membres de l'équipe soin, mais l'inverse n'est pas vrai : n'étant pas tenus au secret professionnel et sommés de faire rapport à leur hiérarchie, les agents de surveillance se heurtent à un gel de l'information de la part du personnel soignant, ce qui ne facilite pas leur travail de première ligne face aux internés :

> *Gérer le quotidien, tout en n'étant pas informé du pourquoi des décisions, ça complique énormément les choses* (un agent pénitentiaire d'annexe).

La deuxième difficulté provoquée par la scission est liée à la réorganisation des équipes qu'elle a occasionnée au sein des annexes et de l'EDS concernés, suscitant des tensions diverses au sein du personnel. À la démotivation des intervenants des services psychosociaux (SPS), versés dans l'expertise et dépouillés du jour au lendemain de leurs missions

de soin et d'accompagnement, a répondu une certaine méfiance des nouveaux intervenants chargés du soin (SSSP), soucieux de « défendre leur territoire » :

> *On nous a dit du jour au lendemain, scission… Une assistante sociale qui était dans l'accompagnement s'est retrouvée dans l'expertise, elle a perdu 10 kilos, elle ne s'y retrouvait pas du tout* (une directrice d'établissement pénitentiaire en charge de l'annexe psychiatrique).

> *Les débuts ont été très difficiles, les équipes de soin ont été mal perçues au début. « Autant de personnes pour aussi peu de patients », se sont dit les équipes SPS. Donc les équipes de soin ont eu une réaction un peu radicale pour se protéger : elles ont décidé de ne rien leur donner, aux intervenants de l'évaluation…* (une psychologue coordinatrice d'équipe soin d'annexe).

La scission a donc créé des barrières ou des tensions entre les différents intervenants et produit des jeux de concurrence sur les espaces de compétence des différents professionnels. Au fil du temps, ces derniers semblent néanmoins chercher à contourner un principe de séparation parfois trop rigide, qui peut soit se retourner contre l'interné, soit se heurter ici encore à un « état de nécessité ». Si une sortie accompagnée avec le patient s'est bien déroulée, par exemple, l'équipe soin ne peut en principe pas le faire savoir aux experts évaluateurs… Une manière de contourner la césure est alors *d'inciter le patient à aller en parler aux experts* (une infirmière EDS). De même, si le personnel soignant constate un état de dangerosité manifeste, il est en principe tenu par le secret professionnel. Jusqu'où ? S'il n'a pas à donner un diagnostic, certains estiment qu'il peut s'autoriser à fournir des éléments d'information :

> *« L'état de nécessité, ça tombe sous le sens, mais il y a certaines conditions bien strictes à respecter… ». « On ne doit pas donner un diagnostic de risque sur un tiers, ça c'est le boulot des experts… Mais on doit donner des éléments »* (une psychologue coordinatrice d'une équipe soin d'annexe psychiatrique de prison).

Reste que d'un point de vue thérapeutique, la scission soin-expertise présente incontestablement des avantages et rencontre par là les objectifs de la loi : celle-ci visait à améliorer la relation entre soignant et soigné et, par là, un travail thérapeutique de qualité fondé sur une relation de confiance maximale. Difficile, en effet, pour le patient de « tout » dire à son soignant si ce dernier exerce aussi une fonction d'expert, s'il est amené à se prononcer sur sa dangerosité et à relayer une information importante (par exemple l'interruption de la médication) ou son diagnostic vers la Commission de défense sociale… De ce point de vue, les personnels soignants désormais soumis à la scission estiment l'évolution positive sur le plan clinique, pour eux-mêmes comme pour le patient. Déchargé d'une fonction ambiguë, le membre de l'équipe soin se trouve dans une position plus claire et plus confortable à l'égard du patient :

> *La séparation entre expertise et soin est positive. C'est un confort dans la relation entre l'agent et le patient aussi. Avant la scission, s'il y avait un mal-être…, comme*

le psychologue était à la fois dans le soin et dans l'expertise, il lui était plus difficile d'agir dans le sens du bien-être du patient (un agent de surveillance d'annexe psychiatrique de prison).

Mais surtout, le travail en profondeur est facilité par un cadre de confidentialité qui permet au patient de parler plus librement, d'en dire plus, ce qui est tout profit d'un point de vue thérapeutique :

Il est intéressant d'avoir une confidentialité vis-à-vis du patient… Il a tendance à exposer plus de choses quand il sait que cela ne va pas faire l'objet d'un rapport. On peut travailler plus en profondeur que les intervenants qui doivent divulguer leurs informations. Cette confidentialité de l'équipe de soin, c'est un élément thérapeutique important (un ergothérapeute d'une équipe soin d'annexe psychiatrique de prison).

C'est ce que confirme un intervenant ayant connu les deux régimes de travail :

J'ai travaillé pendant sept ans dans l'expertise, maintenant, en étant dans le soin, les patients amènent des choses qu'ils n'amèneraient jamais. Il vaut mieux cela, que le patient puisse parler, par exemple de ses envies meurtrières, qu'on puisse travailler là-dessus (une psychologue coordinatrice de l'équipe soin d'annexe psychiatrique de prison).

Par contre, d'un point de vue thérapeutique toujours, la scission peut susciter deux effets paradoxaux. Tout d'abord, si elle est généralement mal comprise par les patients qui circulent entre des institutions soumises à des régimes différents, elle est parfois « instrumentalisée » par le patient… pour se soustraire au soin. Sachant que c'est l'expert évaluateur qui détient un pouvoir sur leur trajectoire, certains patients auraient tendance à privilégier la relation avec ce dernier au détriment de la relation avec le soignant… Face à des patients non demandeurs, le soignant renvoyé à la sphère exclusive du soin n'aurait plus de levier pour pousser l'interné à accepter des entretiens thérapeutiques :

Si je lui dis que je fais une activité cognitive et qu'il me répond 20 fois non…, je n'ai pas d'élément pour lui dire : « faites-le ou vous ne rentrez plus dans les critères de fonctionnement » (un ergothérapeute en annexe psychiatrique de prison).

Ensuite, la création d'équipes soin consécutive à la scission n'attire pas plus de psychiatres vers le soin, au contraire. Vu la disproportion des moyens consacrés au soin et à l'expertise (budget, taille des équipes du Service psychosocial), les psychiatres, déjà peu présents en annexe ou dans l'EDS dépendant du ministère de la Justice, peuvent privilégier la mission d'expertise, mieux dotée :

Quand j'ai eu à choisir entre aller dans l'équipe d'évaluation et l'équipe de soin, je n'ai pas hésité… J'ai choisi l'expertise… Il y a des moyens (un psychiatre d'établissement de défense sociale).

L'absence de scission soin-expertise : se bricoler des frontières pour protéger le soin face aux dérives de l'expertise

A contrario, les avantages et les inconvénients d'un mode de travail hors de la scission soin-expertise se déclinent souvent en miroir de la situation vécue dans les institutions soumises à la scission. Un avantage de l'absence de scission est un mode de travail apparemment plus collégial. Que ce soit au quotidien ou pour préparer les audiences de commission, les cas sont débattus en équipe, à partir de ce qu'en dit le « référent » du patient :

> *Chez nous, il y a une réunion d'équipe tous les mardis, il y a un brassage de l'information* (un infirmier d'EDS du ministère de la Santé).

> *Je trouverais très compliqué qu'il y ait deux groupes différents d'intervenants, l'un dans la confidentialité et un autre d'experts qui rédigent des rapports. Chez nous, il y a une réunion d'équipe tous les mardis, il y a un brassage de l'information* (un infirmier d'EDS du ministère de la Santé).

Ce mode de fonctionnement – système de « référent » doublé par des réunions d'équipe – est *a priori* assez semblable à celui qui existe dans les hôpitaux psychiatriques classiques.

L'absence de scission fonctionnelle ou la « double casquette » soignant-expert est-elle un frein au travail thérapeutique ? Pas forcément. Dans ce type d'organisation plus collégiale, « la relation humaine prime sur la relation de soin ». Dès lors qu'un patient accroche avec une personne, le travail thérapeutique s'engage avec cette dernière et que celle-ci soit dans une position d'évaluation ou non ne changerait rien à l'affaire :

> *Beaucoup de patients accrochent avec une personne plutôt qu'avec une autre. La plupart du temps, le patient veut que ce soit la personne qui le connaît le mieux qui fasse le rapport. Même quand on a fait des rapports nuancés, le patient a continué à venir. La première demande est même, une fois la libération envisagée : « Est-ce que vous pouvez me suivre quand je serai dehors ? »* (une psychologue d'EDS).

Quant au malaise que peuvent éprouver les soignants par rapport à la question de la confidentialité, ils y répondent par un « bricolage » interne de frontières qui leur permet de ne pas avoir l'impression de trahir leur patient ou de marquer leur statut privilégié de soignant :

> *Je me sens tout à fait dans le soin, avec seulement une petite baguette d'expertise… On prend beaucoup de tournants, beaucoup de précautions… Il y a moyen, c'est nager en eaux troubles* (une psychologue d'EDS).

Ainsi, les psychologues d'un EDS dépendant du ministère de la Santé refusent-ils de faire passer des tests psychologiques, faisant appel à un « pool » externe pour ce faire. Ils peuvent aussi (à l'EDS de Mons par exemple) refuser d'assister aux audiences de la commission de défense sociale.

Il n'en reste pas moins que, dans le contexte actuel dominé par les préoccupations sécuritaires, l'absence de scission rend difficile la protection de la fonction de soin. Le « bricolage » des frontières semble plus difficile face à une tendance lourde qui pousse tous les intervenants vers une fonction d'expertise de dangerosité :

> *Pour le moment, on est tiré vers l'expertise. Il y a dix ans, on n'était que dans le soin, maintenant on est tiré vers l'expertise* (une psychologue de l'EDS).

> *Nous, en EDS, on bascule dans l'expertise la plus complète* (un psychologue d'EDS).

Dans ce contexte, l'évolution générale du diagnostic d'expertise, tant dans un régime de scission que de non-scission, n'est sans doute pas anodine : d'un type de diagnostic clinique *dynamique* – celle qui est construite au jour le jour, tout en finesse, par les soignants proches du patient au quotidien – on glisse vers une expertise *photographique*, fruit de quelques entretiens très ponctuels, de tests techniques, de classement sur fond d'échelles de gravité, mais délestée d'un savoir évolutif sur la trajectoire du patient[16] :

> *J'imagine le psychologue expert qui a ses 40 patients, qui les voit, disons une fois tous les 15 jours pour faire les tests, etc. Mais, il peut se passer tellement de choses en 15 jours, c'est incroyable. Lui, il va perdre le fil conducteur des différents événements, donc il perd toute une partie de son observation* (un infirmier d'établissement de défense sociale).

> *Les nouveaux experts se basent sur ces échelles-là. C'est ça qui fait le lien entre l'infirmier et le médecin, ils ont un savoir théorique commun* (un psychologue d'EDS).

Au delà de la scission soin-expertise, cette évolution de l'expertise vient traduire un changement de culture plus général qui s'immisce à l'intérieur même du soin : moins relationnel et plus technique, moins dans la rencontre avec le patient que dans l'évaluation de son état à l'aide des grilles technoscientifiques du DSM-IV… Ce qui amène certains à déplorer la médicalisation « expertale » croissante de la prise en charge dans les établissements de défense sociale en regard du mode de traitement antérieur, peut-être moins armé « scientifiquement », mais en définitive plus humain :

> *Les patients font la différence entre les personnes super-formées et les surveillants de prison. Dans les prisons, c'est un rapport d'humain à humain alors qu'en EDS, c'est une relation de soignant à soigné* (une psychologue d'EDS).

Les infirmiers, on leur donne un rôle d'expert. C'est la différence entre les surveillants et les infirmiers, on bascule du savoir vivre ensemble à un savoir théorique où on n'est plus dans le soin mais dans l'expertise : les infirmiers sont dans ça, ils ne vont plus à la rencontre du patient comme pouvaient le faire certains vieux chefs infirmiers (un psychologue d'EDS).

---

[16] Sur cette distinction, voyez aussi Cartuyvels, coll. Van Campenhoudt (2002).

Conclusion

La défense sociale en pratique traduit bien les ambiguïtés de son régime légal, entre soin et sécurité. Lieu ultime de détention de patients dont personne ne veut, les institutions de prise en charge, annexes et établissements de défense sociale, tentent de soigner avec les moyens du bord une population qui s'institutionnalise avec le temps. Annexes surpeuplées, établissements de défense sociale chroniquement saturés, manque d'institutions-relais à l'extérieur, patients libérés au compte-gouttes mais presque systématiquement réintégrés, l'image de la défense sociale en Belgique n'est guère enthousiasmante. En annexe, on y gère comme on peut une population hétérogène d'internés, de détenus de droit commun « en crise » dans le cellulaire ou de prévenus mis en observation. En établissement de défense sociale, la place faite au soin reste difficile dans des structures qui ne connaissent pas le même régime selon leur ministère de tutelle et où la pression expertale pèse sur le soin.

La réforme de 2007, dont l'entrée en vigueur est reportée sans doute à 2013, doit améliorer la situation. Une de ses principales innovations est de remplacer, comme instance de décision, la commission de défense sociale, aujourd'hui composée d'un magistrat (président), d'un avocat et d'un psychiatre, par le tribunal d'application des peines, au sein duquel le psychiatre ne siégera plus. Il est peu de dire que cette évolution inquiète tous les acteurs rencontrés, la disparition du médecin-psychiatre faisant craindre une évolution plus sécuritaire du régime actuel.

Yves Cartuyvels
Facultés universitaires Saint-Louis
43, boulevard du Jardin Botanique
1000 Bruxelles
Belgique
cartuyvels@fusl.ac.be

Anne Wyvekens
CERSA
10, rue Thénard
75005 Paris
France
anne.wyvekens@cersa.cnrs.fr

Brice Champetier
Université catholique de Louvain
OPES
32, rue de la Lanterne magique
1348 Louvain-la-Neuve
Belgique
brice.champetier@uclouvain.be

Bibliographie

BERNARD-TULKENS F., 1973, À propos du statut du malade mental en droit pénal. Des questions qui subsistent, *Annales de Droit*, 1973, 2-3, 195-217.

CARTUYVELS Y., avec la collaboration de VAN CAMPENHOUDT L. 2002, *Judiciaire et thérapeutique: quelles articulations ? Rapport pour la Fondation Roi Baudouin*, Bruxelles.

CARTUYVELS Y., 2002, Réformer ou supprimer : le dilemme des prisons, *in* DE SCHUTTER O., KAMINSKI D. (Eds), *L'institution du droit pénitentiaire. Enjeux de la reconnaissance des droits aux détenus,* Bruxelles, Paris, Bruylant, L.G.D.J., 113-132.

CARTUYVELS Y., 2010, La défense sociale en Belgique. Regard empirique sur les rapports entre juges et psychiatres, *in* CARTUYVELS Y., GUILLAIN C., TULKENS Fr. (dir.), *La peine dans tous ses états. Hommage à Michel van de Kerchove*, Bruxelles, Larcier (à paraître).

CHAMPETIER B., CARTUYVELS Y., WYVEKENS A., avec la collaboration de van de KERCHOVE M., 2010, *Soigner ou contrôler ? Un regard empirique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, FUSL, 2010.

COSIJNS P., D'HONT C., JANSSENS D., MAES E., VERELLEN R., 2008, Les internés en Belgique : les chiffres, *Revue de droit pénal et de criminologie*, 4, 364-380.

GOETHAELS J., 1991, *Abnormaal en delinquent. De geschiedenis en het actueel functionneren van de wet tot bescherming van de maatschappij*, Anvers-Arnhem, Kluwer-Gouda-Quint.

Observatoire International des Prisons (OIP), Section Belge, 2005, *Notice 2002-2005*.

VAN CAMPENHOUDT L., 2003, Le pouvoir dans le travail en réseau, *in* CARTUYVELS Y. (dir.), *Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?*, Bruxelles, Éd. Loi et Société, 35-44.

VAN CAMPENHOUDT L., FRANSSEN A., CHAUMONT J.-M., 2005, *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod.

van de KERCHOVE M., 1983, Le juge et le psychiatre. Évolution de leurs pouvoirs respectifs, *in* GÉRARD P., OST F., van de KERCHOVE M., *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, Bruxelles, FUSL, 311-390.

van de KERCHOVE M., 1988, L'organisation d'asiles spéciaux pour aliénés criminels et aliénés dangereux. Aux sources de la loi de défense sociale, *in* TULKENS Fr. (ed.), *Généalogie de la défense sociale en Belgique (1880-1914)*, Bruxelles, É. Story-Scientia, 113-140.

VANDENBROUCKE M., 2009, De wereld van de internering en van de geïnterneerden : het functioneren van de commissie ter bescherming van de maatschappij, *Panopticon*, 2009, 6, 92-97.

VERVAELE J., 1987, La défense sociale en (temps de) crise : la criminologie au prétoire ou sur le banc des accusés ?, *in* COLLECTIF, *La criminologie au prétoire*, Colloque du 50e anniversaire de l'École des sciences criminologiques Léon Cornil, 1935-1985, Bruxelles, 2, 135-165.

Summary

Under the Belgian Law of Social Defense, offenders found unfit to stand a trial are transferred to psychiatric wards of prisons, to special high-security psychiatric hospitals or to simple psychiatric hospitals. Belgian Law sees this confinement as a way to both keep security and give access to mental-health care. But in reality, in the psychiatric wards of Belgian prisons and in the high-security psychiatric hospitals, the space given to mental-health care is very problematic : services are underfinanced, drug treatment is systematic and these confinement places are very often overcrowded. The separation between evaluation tasks and caring tasks, which has been recently enforced in some places of confinement, marks a very important issue.

Zusammenfassung

Nach dem belgischen Gesetz zur Sozialverteidigung werden Täter einer Tat, die als unverantwortlich interpretiert wird, entweder in einer psychiatrischen Abteilung eines Gefängnisses, in speziellen Hochsicherheits-Psychiatrien oder in speziellen Einrichtungen der Sozialverteidigung eingesperrt. Diese Maßnahmen gelten als Maßnahmen der Sicherung und Besserung. Tatsächlich ist allerdings in den psychiatrischen Abteilungen der Gefängnisse wie auch in den Einrichtungen der Sozialverteidigung die Bedeutung von Besserung problematisch : das Fehlen von Mitteln ist chronisch und der Rückgriff auf medikamentöse Behandlung in den überbelegten Einrichtungen ist systematisch. Die Trennung zwischen Begutachtung und Behandlung, die in einigen Einrichtungen eingeführt worden ist, stellt von daher eine sehr wichtige Neuerung dar.

Sumario

La ley de defensa social en Bélgica establece que al autor de una infracción considerado como irresponsable se le impondrá una medida de internamiento, sea en un módulo psiquiátrico adjunto a la cárcel, sea en un centro de defensa social *ad hoc*, sea en un hospital psiquiátrico. La medida de internamiento ha sido considerada como una medida de seguridad y cuidado. En realidad, no es evidente el lugar que ocupa la tarea de cuidado, ni en el módulo psiquiátrico de la cárcel, ni en el centro de defensa social: la falta de medios es crónica y se recurre sistemáticamente a la medicación en los espacios de internamiento que, a menudo, tienen problemas de sobrepoblación. En relación con este tema, resulta una cuestión importante la separación que se produce en algunas instituciones de internamiento entre las funciones de cuidado y la competencia.