

Le handicap en prison : les usages pénitentiaires de la vulnérabilité

Synthèse

Auteur : Yana Zdravkova

▪ Contexte institutionnel de la recherche

Cette recherche est un travail de thèse, menée au sein du LISE (CNAM-LISE, UMR 3320) sous la direction de Serge Ebersold (Professeur au Cnam, titulaire de la chaire Accessibilité). Le projet a été porté administrativement par l'INS HEA, ce qui nous a permis une intégration au sein de son EA, le Grhapes (INS HEA, UPL). Le projet a bénéficié d'un soutien du CIRAP (ENAP) sous la forme d'une convention doctorale (sans financement) de 3 ans.

▪ Contexte et objectifs du projet

Cette recherche explore un sujet peu étudié. Elle décrit et analyse les prises en charge des personnes handicapées incarcérées. La question du handicap en prison est récente. Elle se constitue comme question politique, articulant des questionnements de santé publique et de droit (droits sociaux, droits de l'homme).

La seule recherche d'ampleur sur le handicap en prison, HID Prison (1999), chiffrait à 68 % les prisonniers présentant une déficience, une incapacité, une limitation d'activité ou une reconnaissance du handicap (Désesequelles, 2005). Ce résultat reste peu connu et non interrogé en milieu pénitentiaire. Les recherches de santé en prison se développent généralement autour de la dimension médicale et sont centrées sur un type de maladie ou trouble et sa prise en charge médicale (maladie chronique, maladie mentale, maladies infectieuses, addictions).

La population carcérale est réputée plus vulnérable aux nombreuses affections, mais ces situations restent peu documentées (IGAS, 2015 ; CCNE, 2006). L'étude par maladie reste donc très pertinente. Néanmoins, le vécu quotidien des conséquences des maladies, l'accès aux droits sociaux, les stratégies pour réduire la vulnérabilité sociale mises en place par les prisonniers et par les professionnels pénitentiaires demeurent largement méconnus.

Ainsi, aujourd'hui, dans les prisons françaises, la question du handicap semble se limiter à la dépendance et au vieillissement. Dans d'autres pays occidentaux, lorsqu'on parle de handicap dans l'univers carcéral, d'autres dimensions sont aussi abordées. En Angleterre, on pose la question de la gestion des troubles cognitifs et d'apprentissage en prison (Talbot, 2009). Au Canada, c'est la question du handicap mental et notamment de la déficience intellectuelle est abordée (Mercier, C., Crocker, A., Côté, G., Ouellet, G., 2010). Les travaux australiens ont plus récemment révélé l'importance du handicap psychosocial en prison (Human Rights Watch, 2018).

L'émergence de la question du handicap vient dans un contexte législatif qui a beaucoup changé, tant dans le milieu carcéral que dans le milieu du handicap. Des changements sont intervenus depuis la seconde moitié du XXème siècle dans les politiques pénales, sociales et du handicap. Aujourd'hui, le droit à la santé, à la compensation, à la réinsertion concerne toutes les dimensions de la vie sociale, y compris la prison. De plus, la loi du 11 février 2005 et les décrets d'application ont mis l'accent, y compris au niveau pénitentiaire, sur les exigences d'accessibilité et de compensation dans tous les établissements recevant du public. Dans ce contexte l'architecture carcérale, délibérément tournée vers l'empêchement, n'est que rarement questionnée. S'ajoute à cela la formalisation des droits des prisonniers. Des documents internationaux sont aussi venus réaffirmer la nécessité d'« adapter les prisons à tous les types de populations » (Comité des droits des personnes handicapées, ONU, 2013).

À un tel contexte, s'ajoute celui relatif à l'augmentation de la population pénale et d'allongement des peines. Ces deux facteurs jouent conjointement sur deux autres phénomènes, les conditions de vie en prison et l'état de santé de la population pénale.

L'objectif de cette recherche est d'étudier ce sujet complexe dans trois dimensions : les évolutions des politiques publiques, la mise en œuvre des politiques du handicap en prison et l'expérience carcérale des prisonniers considérés comme handicapés.

▪ **Méthodologie utilisée**

La question du handicap en prison est un objet de recherche complexe. Elle s'est constituée lors de la recherche comme un « objet-frontière » (Star et Griesemer, 1989). En effet, le handicap en prison interroge les frontières des politiques publiques : pénale et sociale, leurs instruments de catégorisation, d'analyse et d'action. Le prisonnier handicapé défie les catégorisations traditionnelles : étant considéré à la fois comme capable et responsable, et comme vulnérable et dépendant. Cette question nous situe d'emblée à l'intersection de plusieurs mondes sociaux et ravive des dilemmes identitaires tant chez les prisonniers handicapés que chez les professionnels. C'est une question qui interroge les positionnements éthiques des professionnels et les prises en charge concrètes, à tous les niveaux où cette question se règle.

L'étude d'un tel objet n'est pas aisée, et la méthodologie a dû prendre en compte ces dimensions. Elle a nécessité de mettre en place une recherche de type ethnographie multi sites (Marcus, 1995). Pour aborder la vie quotidienne des prisonniers handicapés, nous avons privilégié une approche qualitative et non directive. Les données du terrain ont été revues à la lumière des données historiques et documentaires (arrêtés de jugement, lois nationales et internationales, rapports, articles de presse, etc.).

Concrètement la recherche a été mise en place de la manière suivante :

- 15 entretiens ont été menés avec des responsables autour de l'application générale des politiques sociales en prison (responsables de la DAP, DISP, représentants des associations engagées dans la question du handicap en prison, représentants des associations intervenant en prison. Nous avons également été incluse dans un groupe de travail (association de personnes handicapées) autour de la question du handicap en prison.
- Le recueil des données a eu lieu dans quatre établissements pénitentiaires (pour hommes majeurs) se différenciant par le régime de détention – une maison d'arrêt, un centre de détention, une maison centrale et un centre pénitencier (composé d'un quartier maison d'arrêt et un quartier centre de détention). Au sein de ces établissements, nous avons étudié les dispositifs de prise en charge (cellules aménagées, quartier aménagé, travail aménagé), ainsi que les aménagements quotidiens.
- Nous avons mené 51 entretiens semi-directifs avec les professionnels (personnels de direction, surveillants, conseillers pénitentiaires d'insertion et probation, personnels médicaux y compris des psychologues, enseignants des centres scolaires)
- Nous avons également réalisé des entretiens avec 52 prisonniers, dont 49 bénéficiant de dispositifs de prise en charge du handicap ou se déclarant handicapés, trois autres étaient des « aidants ».

▪ **Principaux résultats obtenus**

La recherche a permis de comprendre la manière dont la question est envisagée en prison et de décrire les actions concrètes. Nous nous sommes centrée sur la manière dont, professionnels et détenus, se positionnent autour de la frontière que représente le handicap en prison.

La recherche a montré que si la question du handicap n'est pas institutionnalisée dans l'univers carcéral, les actions concrètes sont nombreuses.

Une condition pénale inscrite dans les relations entre politiques sociales et pénales

Les politiques d'assistance et de répression expriment une partie des fondements du lien social. Dans certaines époques, fort lointaines, les deux catégories, « criminels » et « infirmes » étaient une menace pour la société et il s'agissait de les éloigner pour la préserver. Plus près de nous, c'est par l'enfermement qu'on a envisagé de remédier aux

désordres que toute déviance (biologique, morale ou sociale) provoquait. Aujourd'hui, les deux populations (prisonniers et handicapés) sont symboliquement séparées – exprimant des liens différents à la société : de solidarité et d'adhésion aux valeurs sociales pour le handicap et d'opposition et d'infraction de l'ordre pour la peine. Les politiques sociales comme pénales visent cependant aujourd'hui la responsabilisation des individus leur « activation » donc.

Le handicap bouscule les routines organisationnelles et professionnelles

Le milieu pénitentiaire n'a pas pour mission la prise en charge du handicap, mais légalement il se doit d'assurer la protection, la dignité et l'égalité de traitement des prisonniers qui lui sont confiées. La présence de personnes ayant une déficience peut rendre cette tâche beaucoup plus difficile.

Si la définition du handicap est donnée dans certains documents officiels (Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 2012), celle-ci est relativement peu connue en prison, ne faisant pas partie d'une politique générale. En l'absence de telle définition, il n'y a pas de pratiques de détection institutionnalisées, le handicap est donc un phénomène qui se produit dans les interactions quotidiennes.

Tout d'abord le handicap bouscule les routines carcérales – il remet en question les catégorisations et les hiérarchies carcérales. D'un point de vue organisationnel, le handicap se définit par l'incertitude qu'il provoque dans la gestion de la détention – il est surtout vu comme « vulnérabilité » ou « fragilité », mais n'exclut pas la « dangerosité ». L'accès au droit – accessibilité et compensation – sont d'abord envisagées en terme de gestion de la détention et de l'exécution de la peine - les missions principales de la prison - et non pas en vue de détection des besoins.

Une appréhension du handicap inscrite dans des conventions sociales précaires

Aucun métier en prison n'est particulièrement concerné par le handicap. Les situations se règlent différemment selon l'établissement : dans certains établissements, c'est le service médical qui prend entièrement en charge cette question et c'est donc sur un versant médical et individuel qu'elle est réglée ; dans d'autres, ce sont les services d'insertion et de probation qui se chargent de rendre effectif l'accès aux droits ; dans d'autres encore, la prise en charge peut être purement pénitentiaire et déléguée à la gestion de la détention. Normalement, la prise en charge nécessite la concertation de tous ces corps de métier. La prise en charge des personnes vulnérables en prison doit respecter des exigences non seulement médicales, mais aussi judiciaires et pénitentiaires (exigences de sécurité) et se fait obligatoirement dans un travail conjoint. Ce travail ne va pas de soi. Ainsi, les différents métiers ont des missions différentes et les catégorisations de leurs populations divergent. Tout ceci dans un contexte institutionnel qui, malgré les nombreuses avancées, continue à produire des effets totalisants. Cette situation contribue à exacerber les dilemmes éthiques qui traversent chaque groupe professionnel et apparaît parfois sous la forme d'injonctions paradoxales.

La mise en place des dispositifs et aménagements est fortement dépendante de la configuration (architecturale, géographique, relationnelle) de chaque établissement. Pour étudier ces effets de contingence, nous avons utilisé la « théorie des conventions » (Boltanski, Thévenot, 1991). Le fait que les détenus soient considérés à la fois comme « criminels », « prisonniers » et « vulnérables » joue dans la possibilité d'accéder aux droits. Les conventions qui structurent les rapports professionnels se distinguent selon quatre figures idéal-typiques. Ces conventions dépendent des façons de catégoriser les prisonniers et de la division du travail entre les différents métiers : elles peuvent inscrire les relations dans une logique réadaptative, lorsque les services travaillent en concertation ; une logique médicale prévaut quand les détenus handicapés sont vus essentiellement comme malades et les collaborations sont limitées au strict minimum ; une logique normalisatrice prédomine quand la prison tend à se rapprocher de la vie à l'extérieur, les professionnels cherchent à « routiniser » certains comportements et les prises en charge deviennent hybrides ; une

logique « désaffiliante » est à l'œuvre lorsque les prisonniers ne peuvent pas être catégorisés - la lourdeur du handicap et la longueur des peines se renforcent l'une l'autre ne permettent pas l'affiliation, même provisoire, à un seul statut.

Tableau n° 1 : Rationalités présidant aux conventions face au handicap en prison

ns Catégorisations	Catégorisations « disjonctives » des détenus (malade OU criminel) correspondant des catégories d'action publique	Catégories « conjonctives » (malade ET criminel) réalisées dans l'action
Professionnels		
Travail en concertation entre les services (même conflictuel)	Logique réadaptative – Séparation des plus vulnérables, selon leur handicap. Entrée forte du secteur médico-social. Compensation.	Logique normalisatrice - Normalisation de la vie carcérale et normalisation des comportements – prises en charge hybrides.
Cloisonnement fondé sur les identités professionnelles distinctes	Logique médicale - Séparation entre « détenus malades » et les autres. Prise en charge médicale et sociale renforcée. Séparation entre handicap mental et physique.	Logique désaffiliante - Impossible séparation (et détenu et malade) – Impossible affiliation à un seul statut. Prise en charge médico-pénitentiaire. Les différents types de handicaps ne sont pas séparés.

De ces conventions vont dépendre les mises en place et l'utilisation des différents dispositifs de prise en charge. Nous avons repéré trois types de dispositifs en prison.

- Dispositifs d'accès à la santé – assurés par les services médicaux en prison.
- Dispositifs matérialisant l'accessibilité et la compensation selon la loi 2005 – cellules aménagées, aides humaines, aides techniques, aménagement des espaces et des activités.
- Aménagements pénitentiaires visant la gestion du handicap – quartiers, ailes, unités spécifiques ; surveillances spécifiques, détenus aidants, « classements thérapeutiques » au travail et autres activités.

L'expérience carcérale du handicap

Indépendamment du type de déficience, de la peine ou des critères sociodémographiques, l'analyse a mis à jour trois formes d'appropriation de l'identité du prisonnier handicapé.

- *Errance identitaire.* Ces interviewés peinent à détacher la déficience d'un parcours de marginalité et de la raison de l'enfermement. Les personnes qui en font partie ont expérimenté diverses prises en charge : médicales, sociales, socio-éducatives et pénales. Ils circulent entre ces espaces, en connaissent les règles et mettent en place des tactiques pour y faire face. Malgré cela, les différentes prises en charge semblent les vulnérabiliser.
- *Refus de la condition de vulnérable.* Les prisonniers de ce groupe revendiquent une « criminalité » choisie sans lien avec une pathologie. Même s'ils semblent avoir vécu dans leur enfance ou jeunesse des prises en charge médicales, sociales ou socio-éducatives, celles-ci ne sont pas mises en avant dans le récit de soi qu'ils font. Ils décrivent leur condition physique sur le mode de la maladie et revendiquent des prises en charge appropriées, mais refusent la condition d'handicapé, notamment le statut.
- *Enfermement dans le statut de vulnérable.* Dans ce groupe, nous avons inclus tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, font partie du groupe des « malades », tels que nommés dans le monde pénitentiaire. Il s'agit le plus souvent de ceux qui sont pour la première fois en prison, qui apparaissent comme atypiques pour l'univers carcéral et qui sont exclus de la sociabilité carcérale. Il peut s'agir également de ceux qui, à cause d'une dégradation de leur condition physique ou mentale ne peuvent plus faire face aux exigences carcérales.

▪ **Impacts potentiels de ces résultats**

La recherche a permis de montrer que la définition du handicap n'était pas institutionnalisée en prison. Les grilles de lectures de ce qui fait handicap s'organisent autour du bouleversement des routines des professionnels et de l'incertitude que cela provoque. Cette

place assujettit la vie quotidienne des personnes handicapées aux politiques des établissements et aux contingences des interactions avec les différentes catégories de professionnels et les autres personnes détenues.

Les résultats de notre recherche peuvent avoir un impact sur trois axes :

- En terme de recherche les résultats soulignent la nécessité d'approfondir les connaissances sur les modes d'articulation entre le social, le sanitaire et le juridique dans les trajectoires « institutionnelles » des personnes sous-main de justice : par des études plus approfondies de la prise en compte des dimensions médico-sociales dans les décisions judiciaires en amont, pendant et en aval d'une peine. Cela permettrait de comprendre les proximités et les oppositions dans l'expertise médicale et la décision judiciaire lorsqu'il s'agit de concilier justice sociale et justice pénale. De même, approfondir les articulations entre les notions de « capable » juridiquement et « responsable » pénalement peut apporter des éclaircissements sur les visées des politiques publiques aujourd'hui. Cette recherche souligne aussi la nécessité de s'intéresser aux modes de positionnement à la société que provoque l'incarcération. Mieux comprendre les processus à l'œuvre dans l'appropriation d'un traitement institutionnel peut permettre d'avoir des connaissances sur les processus de marginalisation, refus de soin ou non-recours aux droits.
- En terme de formations et sensibilisation : les professionnels exerçant en milieu pénitentiaire disposent des connaissances concrètes sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour penser la condition handicapée dans l'univers carcéral. Ces connaissances devraient être étudiées en profondeur et peuvent être harmonisées et diffusées. Ceci permettra de ne pas faire peser des situations complexes sur ces mêmes professionnels.
- Enfin, la recherche donne quelques indications sur la complexité de la mise en place des stratégies d'accessibilisation de l'univers carcéral.

Renseignements scientifiques

Plan détaillé

Interactions entre les équipes

Une recherche inscrite dans l'interdisciplinarité

Rappel des objectifs

- Le contexte de la recherche
- Un premier objectif : Poser un regard neuf sur un « objet-frontière »
- Second objectif : Étudier les liens entre les politiques sociales et pénales
- Objectif trois - Comblent le manque de données sur l'expérience quotidienne du handicap en prison : du côté des prisonniers considérés handicapés et du côté des professionnels.

Les méthodes mises en œuvre

- Positionnement épistémologique : une conception plurifactorielle des déterminants sociaux.
- Un univers difficile à pénétrer
- Le choix des établissements
- Une définition contextuelle du handicap ?
- Recueil des données.

Les résultats significatifs

- État de l'art – Une condition pénale inscrite dans les relations entre politiques sociales et pénales
- Qui sont les prisonniers handicapés et comment concilient-ils dans leurs trajectoires deux identités opposées ? Profils et expériences carcérales.

- Sélection des interviewés.

- Profils des prisonniers handicapés rencontrés.

Les plus jeunes, les « troubles du comportement » et « les problèmes avec la justice »

L'âge mûr, le cumul de déficiences et la désocialisation

Les prisonniers les plus âgés, la longueur de leurs peines et les affections chroniques

- Expériences carcérales

- Conventions sociales : résoudre les dilemmes professionnels et aménager le dispositif carcéral.

Dilemmes professionnels

Conventions sociales

- Les dispositifs de prise en charge du handicap en prison

- Des dispositifs individuels d'accès à la santé

- Des dispositifs sanitaires complétés par des dispositifs liés à la loi du 11 février 2005

- Les usages pénitentiaires du handicap

Interactions entre les équipes

Cette recherche est une thèse en sociologie, menée au sein du CNAM-LISE (UMR 3320) et portée administrativement par l'INS HEA du fait du changement de poste du responsable scientifique du projet. Il n'y a pas eu officiellement d'autres équipes impliquées.

Néanmoins, outre le LISE où nous avons présenté l'avancement de nos travaux dans le cadre d'un séminaire, nous avons été intégrée au Grhapes (Groupe de recherches sur le handicap et les pratiques éducatives spécialisées), l'Équipe d'accueil de l'INS HEA. Nous avons contribué à l'organisation des séminaires de recherche et avons pu présenter l'avancement de nos travaux. Nous avons également bénéficié d'une convention en tant que doctorante associée au CIRAP (Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire), espace de recherche au sein de l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), localisé à Agen. Des chercheurs y appartenant ont été impliqués dans un comité de pilotage. Nous y avons fait plusieurs séjours, avons assisté aux séminaires de recherche, présenté nos travaux. Dans ce cadre, nous avons pu consulter des mémoires des élèves de l'École (futurs directeurs et conseillers d'insertion et de probation) sur les problématiques qui nous intéressent (handicap, santé, dépendance, vieillissement). Nous avons également pu nous entretenir avec des formateurs de l'École, qui sont souvent des professionnels ayant pratiqué longtemps en prison. Sans le soutien décisif des chercheurs du CIRAP, pour l'obtention de l'autorisation de la recherche, ce travail n'aurait pas été possible.

Cependant, dès le départ, le caractère novateur de cette recherche a posé de nombreuses questions. Si étudier ensemble l'action sociale et l'action pénale peut se révéler heuristique et permet de mieux comprendre les phénomènes sociaux, les envisager ensemble est apparu difficile pour les deux équipes. En effet, les manières de problématiser, d'établir des hypothèses et de poser des questions sont très différentes quand il s'agit d'étudier les politiques pénales et pénitentiaires et les politiques sociales ou du handicap. Même si ces deux politiques nous placent au cœur de l'État¹, on a pour habitude de les étudier séparément. En effet, Bourdieu avait déjà envisagé l'action sociale comme la main gauche et l'action financière, et par extension pénale, comme la main droite de l'État². Même si les travaux de Loïc Wacquant, qui stipule une nouvelle pénalité liée à la politique de gestion de la marginalité ou « punir les pauvres »³, sont bien connus dans les deux champs, les articulations semblent difficiles à faire.

Nous pouvons envisager cela comme un tout premier résultat, montrant la difficulté disciplinaire de sortir des visions catégorielles des populations. La vulnérabilité sociale, physique et psychique des personnes détenues est bien documentée. Mais ce phénomène est étudié soit comme une preuve des limites de l'action sociale - les filets protecteurs ne pouvant plus jouer leur rôle, soit comme une difficulté supplémentaire à gérer pour le monde pénal – les politiques sociales devenant des auxiliaires du traitement des prisonniers. Dans les deux cas, les deux politiques, sociale et pénale, semblent s'opposer ou s'exclure mutuellement. Notre souhait était d'étudier les politiques, les traitements et les expériences en cherchant les articulations entre ces deux systèmes – de protection et de punition. Cette perspective a été choisie en vue de comprendre les façons d'agir lorsqu'il fallait gérer une double catégorisation : pénale et sociale.

Une recherche sociologique inscrite dans l'interdisciplinarité

¹ Fassin, D. et al. (2013). *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat*, Paris, Seuil

² Bourdieu, P. (1993). Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 96-97, p. 49-62

³ Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité*, Paris, AGONE

Ce premier constat nous a poussé à faire un effort d'interdisciplinarité. Nous avons donc consulté la littérature dans les différentes sous-disciplines de la sociologie, sociologie du handicap et sociologie de la prison bien évidemment, mais aussi d'une manière plus large la sociologie des politiques publiques, de l'action sociale, de la santé, du droit et de la justice. Nous avons également envisagé les différents courants de la sociologie, sociologie critique ou sociologie pragmatique. Sans les opposer, nous avons tenté de tirer des enseignements de leurs façons d'envisager les relations entre la société et les individus. Nous avons consulté des ouvrages qui traitent de ces mêmes problématiques dans les pays anglo-saxons. De même, les deux objets « prison » et « handicap » ont été saisis historiquement par des travaux en philosophie.

Nous avons également dû consulter des ouvrages en santé publique et en épidémiologie, les deux populations - « handicapés » et « détenus » - présentant des particularités qui les rendent population-cible de politiques de santé particulières. La criminologie aussi peut s'intéresser aux carences sociales, physiques ou mentales des hommes incarcérés. Des psychologues se sont penchés sur le vécu de l'incarcération et le vécu de la maladie. Leur lecture nous a permis de comprendre certains phénomènes liés au rapport au corps en détention. Enfin, pour comprendre le phénomène d'articulation entre les politiques sociales et pénales, nous avons eu besoin de le situer historiquement. Cet apport de la littérature historique a été primordial. Ainsi, la construction de l'objet de recherche a été fortement influencée par des travaux d'autres disciplines que la sociologie.

Rappel des objectifs

• Le contexte de la recherche

Selon les résultats du volet Prison de l'enquête Handicap Incapacités Dépendances (INSEE-INED, 2001), avoir une déficience est deux fois plus fréquent en prison qu'en population générale⁴. Cette recherche quantitative de type épidémiologique a été basée sur le modèle de Wood (OMS, 1980). La surreprésentation des populations présentant une déficience et des limitations d'activité interroge fortement les types de populations incarcérées et invite à se demander : fait-on entrer des populations plus malades en prison ?

Cela met également en question les réalités de la condition carcérale, reconnue pour ses effets pathogènes⁵. Concrètement, cette réalité interroge surtout les pratiques d'identification et du traitement du handicap au sein des prisons françaises. À la lumière des lois nationales et conventions internationales (la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, 2006), tous les établissements recevant du public doivent mettre en place des aménagements pour permettre un traitement égal et digne des personnes handicapées. Les personnes handicapées ne sont pas exclues *a priori* du champ pénal. En effet, même si le droit garde une dimension catégorielle en octroyant un statut de « personne handicapée », la dimension universelle – d'accessibilité, et la dimension individuelle – de compensation, doivent se matérialiser dans les tous les milieux.

La prison, parce que faisant partie de la société, doit donc mettre en place les aménagements nécessaires pour assurer un accès égal aux droits. Les évolutions sociétales sont allées dans la direction de donner des droits aux prisonniers. Cependant, la prison reste une institution d'abord sécuritaire, de traitement de la criminalité et de la délinquance. Son architecture, son organisation et son mandat sont explicitement tournés vers l'empêchement, l'exécution d'une peine et la prévention de la récidive. De plus, en France, contrairement à d'autres pays européens, il n'existe pas d'établissements spécifiques pour la prise en charge de prisonniers ayant une maladie invalidante. À l'inverse, en Belgique les établissements de défense sociale accueillent des personnes ayant un trouble mental ou psychique qui ont

⁴ Désesquelles A. Institut National d'Études Démographiques et le groupe de projet HID-prisons (2002). Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur, *INSEE Première* N° 854

⁵ Gonin, D. (1991). *La santé incarcérée : médecine et condition de vie en détention*, Paris, l'Archipel

commis des crimes et délits. En Italie, c'est l'hôpital judiciaire qui joue ce rôle. En Allemagne, ce sont des hôpitaux psycho-légaux qui accueillent des détenus reconnus irresponsables en raison d'une pathologie mentale. Enfin, aux États-Unis, il existe des prisons pour malades somatiques ou mentaux. Dans les prisons françaises, il n'existe pas de telle catégorie intermédiaire. L'ensemble des établissements doit pouvoir prendre en charge toute personne envoyée par un juge.

Cela nous a amené à poser plusieurs questions : Quelles pratiques quant à l'identification des déficiences et leur prise en charge ? Dans quelles pratiques professionnelles pénitentiaires s'inscrivent-elles ? De nouvelles pratiques sont-elles mises en place ? En quoi l'expérience carcérale contribue-t-elle ou pas au processus du handicap, tant médical que social ?

• Un premier objectif : Poser un regard neuf sur un « objet-frontière »

La question du handicap en prison commence à apparaître dans divers textes législatifs⁶, des rapports⁷ et des études⁸. Dans cette littérature, on constate que ce sujet n'est plus envisagé seulement comme lié à la question de la santé et du soin. Il commence à être vu comme relevant de la concrétisation des droits en prison. Il s'insère dans une question plus large : les droits de l'homme et plus particulièrement ceux des détenus et ceux des personnes handicapées (OMS 2001, ONU 2007).

Des enquêtes sur la santé des personnes détenues ont été menées, plus particulièrement depuis l'entrée de la médecine hospitalière en prison. Plus récemment, des recherches ont été financées par le GIP Droits et Justice sur le vieillissement et la perte d'autonomie en prison⁹. Ces deux recherches se sont plus particulièrement intéressées aux pratiques professionnelles face à la dépendance et à l'expérience de la vieillesse derrière les barreaux. Elles nous ont permis d'accéder aux informations et analyses intéressantes. Elles mettent en avant le phénomène de la dépendance vue comme une « anomalie » par l'administration pénitentiaire et par les prisonniers, tel qu'il se présente effectivement dans leurs discours. Nous nous plaçons dans une autre façon d'envisager la question, autour des articulations des deux problématiques, à la fois pour la prison et pour les politiques sociales, sans postuler des frontières catégorielles étanches. Nous avons cherché à comprendre les manières dont ces frontières se constituent dans l'action et le travail autour d'elles.

En effet, nous avons construit notre objet de recherche comme un objet-frontière¹⁰, interrogeant les limites des différents types de politiques publiques, les catégorisations et les actions autour des frontières.

En vertu du principe de neutralité axiologique, nous n'avons pas postulé l'existence d'une population-type de la prison ni d'un profil-type de personne handicapée. Nous posons une

⁶ LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire ; Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction ; Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées ; Circulaire interministérielle DGCS/SDIC/DAP no 2013-203 du 11 juillet 2013 relative aux conditions d'accès et aux modalités de calcul du revenu de solidarité active et de l'allocation aux adultes handicapés des personnes placées sous-main de justice – incarcérées ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement ou d'exécution de peine ; Guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

⁷ CCNE 2003, Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2011, 2012, Défenseur des droits 2000-2013, IGAS 2001 et 2015

⁸ HID-Prison 2001, La santé des personnes entrées en prison, DRESS 2003, ORS Basse-Normandie 2006

⁹ Touraut, C. et Désesquelles, A. (2015). *La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »* ; Combalbert, N. sous la dir. de (2016). *Étude transversale multicentrique de l'état de santé mentale des détenus âgés et de leur prise en charge pénitentiaire*.

¹⁰ Star S.L., Griesemer J. (1989). "Institutional ecology, 'Translations', and Boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie", *Social Studies of Science*, 19(3) : 387-420 ; voir aussi

Retour sur la notion d'objet-frontière (numéro thématique) (2009). *Revue d'anthropologie des connaissances* V 3, n° 1

question intéressante pour la recherche sur le handicap – que se passe-t-il dans un milieu où les personnes handicapées sont considérées a priori comme « capables » et « dangereuses » et qu'il faut avant tout empêcher ?

- **Second objectif : Étudier les liens entre les politiques sociales et pénales.**

L'individualisation des politiques publiques par la responsabilisation individuelle et l'activation des populations semble être constitutive d'une reconfiguration des frontières entre différentes institutions et des catégories de populations qu'elles instituaient.

Dans une vision catégorielle des politiques publiques, le handicap reste difficile à envisager pour l'univers carcéral. En témoignent de nombreux procès contre la France et les établissements pénitentiaires, intentés par des détenus et des associations, aux niveaux national et européen. Le « handicapé » en prison apparaît dans l'angle mort des politiques sociales et pénales. Sa présence met particulièrement en lumière la difficulté de la prison à remplir sa mission de réinsertion. Cette présence éclaire également les limites des politiques sociales dans leur fonction de protection. La prison apparaît comme un lieu révélateur et amplificateur du handicap et donc limitant l'activité de par l'environnement et le difficile respect des droits (OMS, 2001).

Les mécanismes de contrôle et de veille sur le respect des droits se sont saisis de ces questions. Le 16 octobre 2013, le Défenseur des droits a rendu le bilan de son travail d'une quinzaine d'années, auprès des détenus. Concernant la situation des personnes handicapées, il constate que l'obligation d'un aménagement raisonnable et de respect du droit à la compensation « *ne s'est pas traduit dans l'organisation pénitentiaire* ».

Le Contrôleur général des Lieux de Privation de liberté s'est prononcé, dans chacun de ses rapports annuels d'activité (2011 ; 2012), sur l'inadaptation des établissements pénitentiaires à l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes à mobilité réduite et des malades chroniques. Il a également pointé du doigt l'extrême vulnérabilité de ces populations face à la violence de la prison, la non-prise en compte des droits sociaux, et plus particulièrement le droit de travailler.

Au niveau international, le Comité des droits des personnes handicapées (Haut-Commissariat des droits de l'homme, ONU, 2013) a fait des observations sur les Règles minima de traitement des personnes détenues (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime). Il est préconisé donc le respect de la dignité, l'égalité, mais aussi la liberté de choix et l'autonomie en prison. La prison doit mettre en place des aménagements et soutiens à l'endroit des personnes handicapées au risque d'assimiler leur manque à de la « *torture et des traitements inhumains et dégradants* ». De plus, il est préconisé de mettre en place des programmes de réadaptation « *pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver leur indépendance maximale, physique, mentale et sociale, ainsi que professionnelle et la pleine inclusion et participation à tous les aspects de la vie en prison, sur un pied d'égalité avec les autres* »¹¹

Selon certains auteurs, les évolutions des politiques sociales ont entraîné un changement des profils des reclus, ce qui leur permet de poser la question suivante : « *la prison serait-elle devenue un lieu de prise en charge médicale des marginaux, des pauvres, de tous ceux que la société peine de plus en plus à intégrer ?* »¹² Pour d'autres, la prison joue le rôle « *d'un aspirateur de scories sociales* », où sont aspirés des « *petits délinquants d'occasion, chômeurs et indigents, sans-abri et sans papiers, toxicomanes, handicapés et malades mentaux laissés pour compte par le relâchement du filet de protection sanitaire et sociale* »¹³.

¹¹ Observations on the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners prepared by Committee on the Rights of Persons with Disabilities (20 novembre 2013, Haut-commissariat des droits de l'Homme, ONU)

¹² Olbrecht, O. (1997). Une réforme au milieu du gué, *Revue Française des Affaires Sociales*

¹³ Wacquant, L. (2005). L'aberration carcérale à la française, *Regards sociologiques N° 30*

On parle de la « *nouvelle question sociale* »¹⁴, la réapparition de la figure de « *l'inutile au monde* »¹⁵ qui en lui proposant une « *condition d'autonomie* »¹⁶ le laisse seul et le surexpose aux vicissitudes de la vie en société.

Les différentes politiques en matière pénale semblent avoir joué un rôle dans l'augmentation du handicap en prison. Par exemple, les évolutions législatives vis-à-vis de la délinquance sexuelle sont considérées comme ayant contribué à l'entrée en prison des personnes vieillissantes en perte d'autonomie¹⁷. De plus, la délinquance sexuelle étant considérée comme liée à un trouble psychique, l'incarcération de ces populations maintient toujours en évidence des liens entre criminalité et maladie¹⁸. De même, la pénalisation des infractions liées à la législation des stupéfiants a fait entrer en prison de nombreuses personnes dont le profil interroge les limites entre maladie, désaffiliation et délinquance¹⁹.

La prison aurait donc changé de populations, mais aussi de contraintes : certaines ouvertures vers le monde du travail et de la formation²⁰, une augmentation des contrôles par des organismes extérieurs à l'administration pénitentiaire²¹, un accroissement de la sensibilité aux traitements dégradants et au non-respect des droits²². Ces conditions ont permis de poser un regard sur la situation des personnes handicapées et en perte d'autonomie incarcérées. Les captifs ont désormais des droits formalisés²³ et certains s'en saisissent. Sur les personnels pénitentiaires pèsent donc de plus en plus de contraintes et « *ils sont obligés de traiter des aspects des personnes occultés jusqu'aujourd'hui* »²⁴.

Le monde carcéral est de plus en plus en proie à des logiques contradictoires : celle qui la définit, la logique sécuritaire, mais par l'obligation de protéger les plus faibles, la raison humanitaire²⁵ est convoquée. De plus en plus « *normalisée* »²⁶, en ayant désormais les mêmes contraintes que les autres services publics, l'accessibilité et la non-discrimination, la prison reste « *l'institution totale* »²⁷ par excellence, caractérisée par ses propres règles et par une déresponsabilisation des détenus.

Les liens que la prison entretient avec le champ de l'action sociale ont été pensés depuis longtemps. La mission revendiquée par l'univers carcéral de réadaptation et de resocialisation est assez proche de celle de l'action sociale. Le « *projet pénitentiaire* »²⁸, né de la Révolution industrielle, pour corriger les écarts de comportements : « *les illégalismes* »,

¹⁴ Wacquant, L. (2005)

¹⁵ Rosanvallon, P. (1995). *La nouvelle question sociale : repenser l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil ; Castel, R. (2014) *La nouvelle question sociale*, SpécificITE N° 6

¹⁶ Voir la discussion entre Robert Castel et Alain Ehrenberg « L'autonomie, aspiration ou condition ? » : <http://www.laviedesidees.fr/L-autonomie-aspiration-ou.html>

¹⁷ Kensey A. (2001). Vieillir en prison, *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 10

¹⁸ Sébastien Saetta, « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XIII | 2016, mis en ligne le 06 octobre 2016, consulté le 26 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/9401> ; DOI : 10.4000/champpenal.9401

¹⁹ Jaeger M, et Monceau M (1996). *La consommation de médicaments psychotropes*, Paris, Eres ; Fabrice Fernandez, « Usages et usagers de drogues dans les mondes de l'errance urbaine et de la prison : une "expérience totale" ? Sociologie du sens endogène des pratiques de consommation de produits toxiques associées à des prises de risques pour la santé », *Bulletin Amades* [En ligne], 73 | 2008, mis en ligne le 1er mars 2009, consulté le 27 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/amades/466>

²⁰ Rostaing C. (2009). Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle, *Tracès* N° 17

²¹ Cliquennois G. (2013). *Le management des prisons. Vers une gestion des risques et une responsabilisation des détenus ?* Bruxelles, Larcier

²² Règles pénitentiaires européennes, 2006, Conseil de l'Europe, <https://rm.coe.int/16806ab9b6>

²³ Rostaing C. (2007). Processus de judiciarisation carcérale : le droit en prison, une ressource pour les acteurs ? *Droit et société* N° 67

²⁴ Cliquennois, 2013, op citée

²⁵ Fassin, D. (2010). *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Gallimard/Seuil

²⁶ Rostaing, 2007, op. cit.

²⁷ Goffman E. (1968). *Asiles*, Paris, Minit

²⁸ Foucault M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, Gallimard

supposait déjà des liens avec les autres formes de « *régulation sociale* »²⁹. Aujourd'hui, des auteurs³⁰ considèrent les politiques néo-libérales comme condition du développement des logiques sécuritaires, intimement liées à l'explosion de la population carcérale. Pour certains, la régulation des populations défavorisées est passée du *Welfare* au *Workfare* pour aller jusqu'au *Prisonfare*³¹. La prison apparaît donc comme un moyen de gérer les populations les plus défavorisées et marginalisées, en les séparant en « *capables ou non d'être responsables de leur vie* »³². Dans le même sens, l'univers carcéral est évoqué « *comme le maillon ultime d'un circuit d'exclusion surplombé par une justice actuarielle de gestion des risques, dirigé vers ceux que l'on n'essaie plus de réintégrer dans des circuits d'inclusion* »³³. Les circuits d'exclusion prendraient tout leur sens « *au regard des circuits d'inclusion au cœur desquels les refus des injonctions, ou l'impossibilité de les réaliser - injonction à la responsabilisation "libérale", au travail, à l'autodiscipline, à la citoyenneté, au bonheur consumériste - menacent de faire basculer dans les circuits d'exclusion* »³⁴. Les auteurs ayant travaillé sur la prison font donc le lien avec les évolutions des politiques publiques, notamment de protection sociale, ayant une ambition d'inclusion.

Nous avons appréhendé cette hypothèse à partir d'une analyse documentaire autour de la littérature nationale et internationale : des textes législatifs, des enquêtes sur la santé et le handicap en prison, des rapports, de la littérature grise (documents produits par l'administration pénitentiaire). **L'étude de ces documents a permis de comprendre quelles sont les normes et les valeurs communes des politiques publiques : dignité, égalité, responsabilité, capacité de s'auto légitimer, idéal d'autonomie, qui fondent les évolutions sociétales et les modes de régulations qui leur sont associées.** La recherche de terrain a permis de comprendre comment agissent ces normes et valeurs en prison.

• **Objectif trois - Comblent le manque de données sur l'expérience quotidienne du handicap en prison : du côté des prisonniers considérés handicapés et du côté des professionnels.**

Depuis le volet Prison de l'enquête HID (Insee-Ined), qui représente la référence sur la question du handicap en prison, quelques autres études ont tenté de combler le manque de données (rapports mentionnés plus haut). Les résultats de ces études sont assez parlants : le handicap est beaucoup plus fréquent en prison qu'en population générale, cela étant dû plutôt aux effets de sélection qu'aux effets pathogènes du milieu carcéral³⁵. Autour de 8 % des personnes entrant en prison ont une reconnaissance administrative et/ou médicale d'une incapacité ou un handicap³⁶. La question du handicap en prison émerge dans d'autres pays occidentaux³⁷. Les troubles psychiatriques et mentaux y sont les plus étudiés et souvent

²⁹ Robert Pagès (1967) Le « social control », la régulation sociale et le pouvoir, *Revue française de sociologie* 8-2 pp. 207-221

³⁰ Wacquant L. (1999). *Les prisons de la misère*, Paris, Raisons d'agir ; Chantraine, G. (2004). *Par-delà les murs*, Le monde, PUF (pour le cas américain)

³¹ Wacquant, 1999 op. cit.

³² Wacquant, 1999 op. cit.

³³ Chantraine, 2004, op. cit.

³⁴ Chantraine, 2004, op. cit.

³⁵ Désesquelles A. et le groupe de projet HID-prisons (2002). *Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur*, Insee-première, n° 854 ; Désesquelles A. (2006). Le handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? in Chauvin P. et Parizot I. (dir), *Santé et expériences de soins. De l'individu à l'environnement social*, Paris, Inserm/Vuibert, p. 125-155

³⁶ Mouquet MC. (2005). *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Études et Résultats (Drees)

³⁷ Talbot, J. (2008). Prisoners » Voicies. Experiences of the criminal justice system by prisoners with learning disabilities and difficulties; Thematic report by HM Inspectorate of Prisons (2009). Disabled prisoners: A short thematic review on the care and support of prisoners with a disability; Humans Right Watch (2108). Abuses Against People with Disabilities in Prisons in Australia; Mercier, C., Crocker, A., Côté, G., Ouellet, G. (2010). Quand la participation sociale emprunte la voie pénale. Rapport de la recherche : « Nouvelle normativité sociale

analysés comme liés à la fermeture des anciennes structures de prise en charge telles que l'asile.

Les études menées sur la question du handicap en prison se sont concentrées sur l'évaluation du nombre et le type de « situations de handicap ». Certains auteurs³⁸ ont insisté sur le manque de données portant sur les effets concrets du handicap en prison, les stratégies développées par les détenus handicapés et les compensations mises en place.

Ce troisième objectif se trouve au cœur de la recherche. Nous l'avons approché par l'étude de trois types de phénomènes – les dispositifs et les aménagements du monde carcéral pour la prise en charge de personnes handicapées, les pratiques professionnelles et l'expérience carcérale des prisonniers handicapés.

Les méthodes mises en œuvre

• *Positionnement épistémologique : une conception plurifactorielle des déterminants sociaux*

Avant de décrire la méthode que nous avons mise en place, il nous faut faire quelques remarques théoriques. Nous tenons à opérer une double rupture quant aux façons d'envisager la prison et le handicap. Cette rupture nous a servi de posture épistémologique tout au long de la recherche. Tout d'abord, la prison est souvent vue comme un lieu enfermant des personnes dangereuses pour l'ordre social, l'incarnation d'un mal. Pour preuve, les cas médiatiques qui mettent en scène les peurs des citoyens, les souffrances des victimes et leurs proches et la revendication de neutralisation et de punition des coupables. Il s'agit bien sûr d'une représentation, qui lie crime et châtement nécessaire. Mais dans les faits, l'augmentation de la population pénale est plutôt due à l'enfermement des populations très défavorisées qui créent des désordres sociaux mineurs ainsi qu'à l'allongement des peines³⁹. Nombreux sociologues insistent sur la séparation du couple crime et châtement⁴⁰. Ils sont convaincus que les prisonniers sont plutôt enfermés en vue d'une gestion de l'insécurité sociale, apparue avec les politiques néo-libérales qu'à cause de leur dangerosité.

Nous avons pris le parti de nous détacher de ces deux visions, la première - de sens commun, la seconde - de sociologie. Ou plutôt, devrions-nous dire, nous acceptons que les deux soient vraies. En effet, on peut se retrouver en prison pour la consommation de drogue, pour la conduite automobile sans permis, pour le vol à l'étalage ou le braquage d'une banque, pour avoir provoqué un esclandre ou pour avoir organisé un meurtre, pour avoir violé, etc. Se retrouvent en prison des personnes ayant commis une grande variété d'actes, avec une grande variété de peines – la durée des peines peut aller de moins d'un mois à la réclusion criminelle à la perpétuité. L'affirmation semble simple, mais elle est nécessaire à dire : il n'y a pas en prison que des criminels dangereux, mais il n'y a pas non plus seulement des infracteurs du code de la route.

Pour faire face à la complexité du monde pénitentiaire, nous avons suivi Simmel, qui définit le « pauvre » non pas par rapport à une essence ni par rapport à un acte ni d'ailleurs par rapport à une situation économique, mais plutôt par rapport à la relation symbolique et pragmatique qui le lie à la société – la relation de dépendance et d'assistance⁴¹. Nous avons choisi de considérer que ce qui rassemble les personnes incarcérées est d'abord le lien qu'ils se voient obligés de contracter à la société – la peine et l'incarcération. Ils sont liés a

et déficience intellectuelle : les réponses du système pénal ». Montréal : Équipe Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité.

³⁸ Barreyre J-Y., Bouquet C., Peintre C. (2005). *Les situations de handicap en milieu carcéral – Exploitation de l'enquête HID Prison 2001* - Délégation ANCREAI Île-de-France

³⁹ Tournier, P. (1998). Démographie carcérale en trois dimensions : le temps, l'espace et l'individu, *Déviance et société* 22-2 pp. 215-229

⁴⁰ Wacquant, 1999 op. cit. ; Chantraine, 2004, op. cit.

⁴¹ Simmel, G. (2011, 4^{ème} édition française). *Les pauvres*, Paris, PUF

priori par un rapport d'opposition, entre eux et la société : ils ont enfreint des normes sociales, ce qui signe leur nécessaire exclusion pour un certain temps. Un second lien entre les personnes incarcérées se base sur leurs profils sociodémographiques assez identiques – ils viennent le plus souvent des milieux très défavorisés, sa caractérisant par nombreuses carences.

La seconde rupture découle de la première et consiste à dire qu'*a priori* aucune personne n'est pénalement enfermée à cause de son handicap. En effet, les affirmations faisant un lien direct entre la fermeture de l'asile et l'augmentation du nombre de prisonniers présentant des troubles psychiques et mentaux peuvent conduire rapidement à envisager l'enfermement pénal comme la réponse à une maladie. Nous préférons penser que, si ce processus a réellement eu lieu, il s'agit de l'envisager dans une perspective plurifactorielle : en envisageant les changements des rapports sociétaux quant à la maladie mentale et les désordres sociaux.

À l'inverse, nous avons considéré que la personne handicapée est aujourd'hui dans un autre rapport social que la personne incarcérée. Il ne s'agit pas d'une relation d'opposition, mais de solidarité et d'adhésion aux valeurs sociales. En effet, aujourd'hui les politiques du handicap doivent permettre une participation sociale aux personnes ayant des déficiences. Nous savons également que la question du handicap concerne plus particulièrement les milieux défavorisés.

Dans ce partage entre les deux types de populations se pose la question de la déficience mentale et psychique, et plus particulièrement « est-ce que des comportements atypiques peuvent être punis par la loi ? ». Cela interroge le système judiciaire, qui affirme juger un acte et non pas un comportement. Mais l'individualisation de la peine prend en compte la vie des personnes et nous pouvons envisager que certains modes de vie peuvent apparaître plus répréhensibles que d'autres. De plus, la prison peut être parfois considérée par les juges comme un lieu de soin pour des personnes très défavorisées. Ce partage entre des actes dus à une pathologie n'a de cesse de questionner le système pénal. La présentation des justiciables handicapés devant la justice devrait faire l'objet à une recherche plus approfondie. En effet, si on a étudié la mobilisation des problèmes de santé devant les tribunaux⁴², le phénomène du handicap n'a pas été envisagé à la lumière de droits sociaux. Les personnes sous tutelle par exemple sont une réalité en prison.

Le handicap et la criminalité sont donc vus comme deux déviations, l'une biologique et l'autre morale, qui instaurent des rapports différents entre les individus et la société. Nous savons qu'étudier chaque phénomène, l'enfermement pénal et le traitement social du handicap, nécessite de rendre compte de la très grande complexité des relations qui s'établissent au sein des deux dispositifs. Mais pour pouvoir traiter notre objet, nous avons procédé à cette simplification qui permet de le construire et l'envisager.

Notre problématique s'est centrée donc sur les façons dont cette opposition est résolue, que ce soit dans les textes réglementaires, dans les trajectoires des prisonniers handicapés et dans les positionnements des professionnels.

Cette problématique a orienté la méthode mise en place.

• *Un univers difficile à pénétrer*

Pour pouvoir mener la recherche en milieu carcéral, un long travail d'accès a été nécessaire. Tout d'abord, une autorisation de l'administration centrale, la DAP⁴³ est nécessaire. Pour ce faire, il faut prendre contact avec le bureau de la recherche. Lors de ces contacts, le projet doit être motivé et il doit apparaître comme faisable. Il s'agit de préciser les établissements

⁴² Mahi, L. (2015). Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux. *Revue française de sociologie*, Vol. 56, pp.

⁴³ DAP - Direction de l'Administration pénitentiaire, attachée au Ministère de la Justice

choisis et motiver leur choix par l'objet de la recherche. La question du handicap en prison peut apparaître comme sujet sensible, l'administration pénitentiaire n'ayant pas comme mission l'accueil des personnes porteuses de déficiences. D'autre part, au vu des procès intentés contre la France par des personnes handicapées, ce sujet met en question les conditions de détention. Il n'y a pas de politique officielle du handicap menée par l'administration pénitentiaire. Lorsqu'une telle politique est perceptible, elle est circonscrite à la question de la dépendance et d'une vision plutôt médicale. **Aujourd'hui c'est la question du vieillissement et de la dépendance d'une partie de la population pénale qui est apparait comme légitime.** Introduire le handicap, viendrait élargir la population et interroger en profondeur les pratiques et les missions de l'administration pénitentiaire. Pendant longtemps nos courriers à l'administration pénitentiaire sont restés lettre morte.

L'intervention du CIRAP (ENAP)⁴⁴ auprès de la DAP a été décisive. L'obtention de l'autorisation de principe nous a pris six mois. Cette autorisation nous oblige à respecter le droit de réserve et le secret professionnel des différents métiers que nous serions amenés à rencontrer. Elle stipule également la nécessité de préserver l'anonymat des personnes détenues.

Pendant cette première phase, nous avons dû établir une déclaration CNIL⁴⁵. Elle implique le fait de ne pas établir des listes ou fichiers et de ne pas classer les personnes détenues par type de déficience. Les détails de l'infraction ne doivent pas non plus faire partie de l'analyse. La démarche a pris quatre mois supplémentaires.

La recherche en milieu carcéral est soumise à plusieurs exigences de secret et d'anonymat. Ces dimensions ont eu une influence sur le matériau recueilli, son analyse et sur le positionnement du chercheur.

• *Le choix des établissements*

Dans le projet, nous avons prévu d'enquêter seulement dans des centres de détention, puisque tournés vers la réinsertion. Lors de la phase de travail sur l'autorisation, et donc du choix des établissements, nous avons été amenée à discuter avec des professionnels du bureau des politiques sociales de la DAP. À partir de ces conversations, il a été établi que, **d'une manière générale, les dispositifs mis en place pour prendre en charge le handicap ne sont pas centralisés et connus par l'administration centrale.** Ces dispositifs correspondent à la gestion d'un problème ponctuel et dépendent de la sensibilité et de l'engagement d'un ou plusieurs professionnels du terrain (un directeur de prison, un médecin ou un conseiller pénitentiaire d'insertion et probation). Pour connaître tous les dispositifs, il aurait fallu contacter les établissements un par un.

Dans les discussions autour du choix des établissements, il est apparu important d'inclure les différents régimes de détention : les centres de détention, mais aussi les maisons centrales et les maisons d'arrêt. Ce sont les trois types d'établissements d'enfermement pénal complet, qui existent en France. Nous trouvons des prévenus et condamnés dans des procédures pénales, enfermés toute la journée. La recherche de terrain porte seulement sur ces établissements, dans lesquels les personnes sont enfermées entièrement.

⁴⁴ CIRAP – centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire/ENAP – école nationale de l'administration pénitentiaire

⁴⁵ CNIL – Commission nationale de l'informatique et de la liberté

Encadré n° 1 Types d'établissements

Les maisons d'arrêt reçoivent des prévenus et des condamnés à des courtes peines (2 à 3 ans), elles sont orientées vers la gestion quotidienne de la détention. Elles se caractérisent par une grande surpopulation.

Les centres de détentions reçoivent des condamnés à des courtes, moyennes et longues peines, avec une orientation vers la réinsertion, autour d'un projet et d'un parcours d'exécution de la peine.

Les maisons centrales ont surtout un but sécuritaire, les condamnés le sont souvent pour longtemps.

Les centres pénitentiaires sont des établissements dans lesquels sont présents plus d'un régime de détention. Par exemple un quartier maison d'arrêt et un quartier centre de détention.

La recherche que nous menons étant la première recherche qualitative sur la question, il nous est apparu important de connaître les différents types d'établissements et non seulement les centres de détention comme initialement prévu.

Nous avons choisi une maison centrale, une maison d'arrêt, un centre de détention et un centre pénitentiaire composé de deux maisons d'arrêt et un centre de détention. Le choix de différents régimes de détention permet de faire des comparaisons. En effet, les populations, leur gestion, les relations qui s'établissent et leurs enjeux peuvent différer selon le régime de détention.

Le choix de ces quatre établissements a été motivé par la présence des dispositifs de prise en charge d'un handicap : **une aile aménagée** initialement prévue pour des condamnés en fauteuil roulant, mais qui héberge aujourd'hui tout prisonnier considéré handicapé, **un atelier expérimental de travail** où les personnes ayant des difficultés psychiques ou mentales sont orientées par la MDPH, **deux établissements relativement accessibles, avec des cellules aménagées** et des **partenariats avec des associations d'auxiliaires de vie**. Ces différentes prisons datent de différentes époques, leur architecture est témoin de la manière dont a été pensé l'enfermement lors des différentes étapes de construction, mais aussi de la plus ou moins grande difficulté de les rendre accessibles. De plus, les différents établissements se trouvent dans différentes aires urbaines : en centre-ville, en périphérie de la ville, éloignés d'un lieu urbain. Cela permet d'étudier la possibilité d'intervention des personnes extérieures.

Nous avons également visité des établissements plus spécifiques sans y mener la recherche : un établissement pour peine pour femmes et un établissement spécialisé dans la prise en charge des auteurs des délits sexuels. Nous avons pu mener des entretiens avec d'autres professionnels, non seulement avec ceux qui exercent dans les établissements de notre échantillon.

Nous avons décidé de ne pas mener de terrain dans des établissements considérés comme spécifiques. Il existe, par exemple, des prisons spécialisées dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Tout récemment, deux prisons de haute sécurité ont ouvert leurs portes, accueillant les détenus qui posent de graves problèmes en détention. Un établissement très particulier existe, créé au départ comme « *prison pour aliénés* », prenant aujourd'hui en charge de lourdes situations psychiatriques considérées comme non adaptées à une détention ordinaire.

D'autres établissements sont connus comme étant des prisons pour personnes âgées ou malades, appelées naguère « *prison-hôpital* » ou « *prison-sanatorium* ».

Nous avons souhaité mener la recherche dans des établissements dits « *ordinaires* », qui disposent néanmoins d'un dispositif de prise en charge. Lors de notre recherche de terrain, nous avons constaté que d'autres aménagements existaient en plus des dispositifs légaux. Il s'agissait d'abord des pratiques pénitentiaires tournées vers la gestion des prisonniers vulnérables. Nous avons également décrit ces pratiques.

Encadré n° 2 Choix des établissements

Il aurait été intéressant de mener la recherche dans une prison sans aucun dispositif, mais cela a suscité beaucoup d'appréhension au départ. Nous aurions couru le risque de ne pas avoir d'autorisation et de ne pas pouvoir entrer sur le terrain. Pour avoir l'autorisation, nous avons dû motiver nos choix d'établissement, notamment en mettant avant les dispositifs existants. De plus, il serait intéressant de mener des recherches supplémentaires dans des établissements spécifiques.

Les hommes représentant autour de 97 % de la population pénale, nous nous sommes centrée sur les établissements d'hommes. Il serait nécessaire de connaître mieux la situation des femmes handicapées en prison. Lors de notre recherche, nous avons pu constater tout de même qu'elles sont plus encore concernées par des situations de handicap. Au vu de leur faible nombre, peu de dispositifs existent, ce qui les met dans des situations d'inégalité. Cependant, elles semblent être plus entourées que les hommes par des associations ou des professionnels.

• Une définition contextuelle du handicap ?

À partir du moment où les établissements ont été choisis et leur choix motivé, une autorisation officielle a été établie.

Il y a, aujourd'hui en France, 187 établissements pénitentiaires, gérés par 9 régions pénitentiaires ne correspondant pas aux régions administratives. Une direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) gère les politiques pénitentiaires au niveau régional. Lors de la phase exploratoire, nous avons rencontré des professionnels de la DAP, de deux DISP et des deux des établissements de notre échantillon.

Le travail effectué pendant cette phase peut être décrit comme assez laborieux. Nous avons dû contacter les personnes à plusieurs reprises pour avoir un entretien. Les usages de la recherche dans ce milieu semblent être subordonnés à une forte exigence d'interconnaissance, nous n'étions pas connues dans ce milieu et notre recherche suscitait des réticences.

Le sujet de la recherche, le handicap, rendait les contacts difficiles : comme nous l'avons mentionné, la question du handicap n'est pas une question pertinente pour l'univers carcéral. **Lors de cette première phase, il est clairement apparu que le handicap n'est pas défini au sens des textes normatifs en vigueur (France, 2005 ; OMS, 2001). Ces textes sont rarement connus par les professionnels pénitentiaires. Leur métier exige la connaissance de plusieurs autres textes, liés plus particulièrement à la procédure pénale et au droit pénitentiaire. Le schéma explicatif des politiques du handicap n'a pas cours dans le monde carcéral, les définitions que les professionnels en donnaient relevaient d'abord du sens commun.**

Ces définitions, très différentes de la vision instituée du handicap, étaient liées à « l'ordre pénitentiaire ». Ainsi, des situations que nous avons pu identifier comme handicap sur le terrain (par le fait que la personne avait une reconnaissance médico-administrative ou qu'elle avait bénéficié d'une scolarisation en IME par exemple) ont été décrites par les professionnels exerçant en prison comme « *ils n'ont rien à faire en prison* », « *ils ne sont pas autonomes* », « *ils sont malades* », « *c'est qu'on ne peut rien faire pour eux* », « *c'est quelqu'un d'extrêmement fragile* ».

La recherche a été orientée sur la manière dont le handicap se construit en prison : **en effet, le handicap n'est pas repéré à partir d'une déficience, mais par le fait qu'il bouscule les routines et à partir de l'incertitude organisationnelle**⁴⁶.

Pour étudier cette question, il a fallu privilégier une démarche compréhensive et mettre en place une méthode ethnographique.

⁴⁶ Garfinkel H. (2007) *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, PUF ; voir aussi Fornel M. de, Ogien, A., Quéré, L., dir. (2001). *L'ethnométhodologie. Une sociologie radicale*, Paris, La Découverte ; Goffman, E. (1975) *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit et (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit

• Recueil des données

Nous avons donc mené une recherche de type ethnographie multi-située⁴⁷. Il s'agit d'ethnographier un objet « le handicap en prison » en circulant entre différents espaces sociaux : dans les quatre prisons – les espaces de détentions, les dispositifs et les espaces professionnels, les associations qui travaillent sur la question du handicap en prison, les responsables des politiques sociales au niveau national et régional, mais aussi les rapports des institutions de contrôle, etc.

Notre démarche a été itérative, c'est-à-dire que nous avons circulé, fait des allers-retours entre hypothèses, problématique, résultats et recueil des données en les ajustant constamment.⁴⁸

Nous n'avons donc pas observé un espace en particulier comme c'est de coutume dans l'ethnographie, mais plutôt comment se construit, se compose et recompose l'objet « handicap en prison » dans différents espaces.

Encadré n° 3 Recueil des données

Nous avons rencontré 117 personnes sur le mode de l'entretien. Parmi eux :

52 personnes détenues – certaines rencontrées 2 ou 3 fois ;

51 professionnels exerçant en prison – parmi eux des directeurs de prison, des médecins, psychiatres, psychologues et infirmiers, des conseillers pénitentiaires d'insertion et probation, des surveillants d'encadrement

7 professionnels responsables des politiques à la DAP

8 militants ou bénévoles d'associations de prisonniers ou de personnes handicapées

Nous avons été intégrée dans certains dispositifs – en passant quelques demi-journées dans une aile spécifique pour personnes handicapées et dans un ESAT au sein de la prison. Nous avons également assisté à des réunions pluridisciplinaires qui touchent à la santé, le travail ou la vulnérabilité des personnes détenues, mais aussi à des réunions d'associations qui tentent de mettre en place des actions à la faveur des personnes handicapées en prison.

Dans certains établissements, un corps de métier entier (le service médical, le service psychiatrique ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation) a refusé de nous accorder des entretiens, malgré les autorisations préalables.

Cette impossibilité constitue un des résultats : **notre recherche montre que la question du handicap est rarement pensée au niveau plus général de l'établissement, mais elle se présente dans des configurations relationnelles – le handicap fait l'objet d'enjeux professionnels, souvent source de tension.** Une seule fois la question du handicap a été pensée en tant que politique à mettre en place, il s'agissait de l'établissement qui a mis en place un ESAT.

Les résultats significatifs

• État de l'art – Une condition pénale inscrite dans les relations entre politiques sociales et pénales

La première partie de notre recherche présente une vision élargie de l'état de l'art. Notre objet, le handicap en prison, n'a que très rarement été étudié scientifiquement. Lorsque ceci était le cas, il s'agissait d'une entrée seulement à partir de la déficience et la maladie et non pas en termes de droits et de besoins. Dès le début nous avons envisagé que dans l'étude du handicap, ces deux dimensions ont une égale importance.

⁴⁷ Marcus, George E., (1995). « Ethnography In/Of the World System : the Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, 24 pp. 95-117

⁴⁸ Jean-Pierre Olivier de Sardan, « La politique du terrain », *Enquête* [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 27 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/enquete/263>

En effet, nous avons dû étudier les ouvrages scientifiques qui traitent des deux sujets, le handicap et la prison, pris séparément et ensuite faire les liens. L'état de l'art a été constitué des **travaux scientifiques dans les deux domaines**, mais également d'une analyse documentaire. Il s'agit d'une **analyse des documents qui présentent la question du handicap en prison comme une question sociale** – des lois, des rapports, des articles de presse, des mémoires de professionnels. En troisième lieu, pour pouvoir contextualiser l'objet qui nous intéresse, nous avons fait une **recherche sociohistorique** se centrant sur les catégories d'handicapé et de prisonnier. Ce retour sociohistorique a été très important pour deux raisons : ne pas prendre la question comme caractéristique du temps présent, mais comme une question déjà ancienne ; envisager le phénomène comme une question qui travaille toute société – les rapports aux différents types de déviance.

Notre positionnement s'est basé sur une hypothèse : à l'instar de Stiker⁴⁹ nous avons constaté que les discours (d'experts, de journalistes, de politiques, des mécanismes de contrôle) sont placés dans un espace symbolique qui ne correspond pas exactement aux traitements réels accordés aux prisonniers et handicapés. **En effet, c'est une réalité sociologique classique que de dire que les mandats que les institutions se donnent ne correspondent qu'imparfaitement aux traitements réels.**

C'est en cela que la consultation des trois types de documents a été importante : la littérature scientifique nous permet de construire l'objet ; l'analyse documentaire permet de voir comme l'application concrète des normes et valeurs est vue dans le temps présent ; la sociohistoire vient dénaturer les frontières institutionnelles et donc catégorielles qui nous paraissent évidentes.

En effet, nous n'avions pas prévu initialement cette revue sociohistorique, mais à la suite de l'analyse documentaire et la recherche de terrain, nous avons compris que la gestion des questions actuelles et notamment l'établissement des conventions sociales sont de loin influencés par des visions plus anciennes.

Question sociale/Question pénale : une sociologie des déviances.

Les deux types de populations, handicapés et prisonniers, ont pendant longtemps fait partie de la population des « pauvres ». Depuis sa construction⁵⁰ cette population suscite des réactions opposées : de rejet et de pitié. Ces deux réactions dictent deux attitudes : répression et assistance.

Nous suivons Foucault, dans sa vision de l'apparition d'une **anthropologie capacitaire** : les différents types de populations ne pouvant pas satisfaire aux exigences d'une société se retrouvent à être pris en charge par différents mécanismes de contrôle social⁵¹. Selon Castel, l'apparition du « **social-assistantiel** » viendra rationaliser le traitement de toutes les populations désaffiliées, « les inutiles au monde »⁵². Voici donc les proximités entre les personnes handicapées et les prisonniers que nous pouvons encore retrouver aujourd'hui dans les discours.

Une séparation nette entre ces deux catégories est intervenue, à la suite de la Révolution française. Cette séparation se fait autour de la notion de **responsabilité individuelle**. Ceux qui pouvaient être tenus pour responsables de leur comportement étaient punis, ceux qui troublaient l'ordre suite à une différence biologique étaient considérés comme irresponsables et trouvaient leur place à l'asile. L'assistance, et plus tard les politiques du handicap se basent sur le fait que les personnes ayant une déficience ne sont pas responsables de leur

⁴⁹ Stiker, H-J. (2005). *Corps infirme et société*. Paris, Dunod

⁵⁰ Mollat, M. (1978). *Les pauvres au Moyen Âge*, Paris, Hachette

⁵¹ Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard ; Foucault M. (1997) « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France. 1976*, Paris, Seuil-Gallimard ; Denis Laforgue, « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *Socio-logos* [En ligne], 4 | 2009, mis en ligne le 23 septembre 2009, consulté le 27 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2317>

⁵² Castel, R (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard

sort. La séparation paraît réelle et facile à établir : dans le même mouvement naissent la prison pénale et l'asile. Dans les faits, il a été beaucoup plus difficile de séparer les deux populations⁵³. Pour preuve, tous les écrits de médecins ayant travaillé et visité des prisons ou bagnes⁵⁴. Ils semblaient continuer à trouver une surreprésentation de personnes très malades, physiquement et psychiquement⁵⁵. Dès le début de la prison, on sait qu'elle servira surtout à enfermer les franges les plus démunies de la population. De plus, le manque chronique de moyens, qui accompagne la prison depuis sa création ne permet pas d'assurer des conditions de salubrité. La question de la prison qui rend malade est posée également depuis sa création, en faisant apparaître que l'incarcération est plus mortelle que la peine de mort⁵⁶.

Le lien entre la prison et la présence de populations désaffiliées et en très mauvais état de santé (physique ou psychique) se pose donc depuis le début de la séparation. Dans l'espace symbolique, cette question semble être réglée autour de la **responsabilité pénale**. En effet, la prison contribuera à créer la catégorie de la délinquance et l'image du criminel, faisant partie d'une société à part. Les autres facettes de celui-ci sont très peu visibles pour la société.

Parallèlement, petit à petit se constituera un groupe de personnes, qui à cause de leur « condition mentale et organique »⁵⁷ méritent en priorité assistance, traitement moral puis réadaptation et prise en charge, sans parler encore du handicap⁵⁸.

Dans l'espace symbolique, la déviance morale passe du côté des criminelles tandis que la déviance biologique se fixe du côté des personnes handicapées. Quelques théories « scientifiques » surtout liées à l'hérédité arriveront encore à mêler ces deux ressorts – l'eugénisme qui voit dans les différences physiques une déviance morale, la théorie du criminel-né qui tend à biologiser les comportements.

C'est seulement à partir de la seconde moitié du XX^e siècle que l'on verra apparaître dans l'espace social des discours forts et indignés sur la condition des prisonniers, mais aussi des personnes enfermées dans les asiles. Ces discours se basent sur les droits de l'homme.

On prend conscience de la surmortalité en prison. Le suicide et les automutilations en prison posent un grand problème et la psychiatrie hospitalière sera la première à entrer officiellement en prison. À cette époque, une diminution du prononcé d'irresponsabilité pénale est à l'œuvre⁵⁹.

De nombreux changements interviennent en prison à partir des années 70, qui vont petit à petit donner plus de droits des prisonniers. Il s'agit notamment de l'entrée de la psychiatrie puis la médecine générale en prison et de leur autonomisation de l'administration pénitentiaire. À la même époque, la notion de handicap prend toute son ampleur, se sépare de la médecine et commence à être vue sur le versant des droits de l'homme⁶⁰.

Le passage d'une anthropologie disjonctive à une anthropologie conjonctive⁶¹ permettra de passer d'une vision binaire de l'homme, soit responsable soit irresponsable

⁵³ Petit, J-G. (1990). *Ces peines obscures. La prison pénale en France 1780-1875*, Paris, Fayard

⁵⁴ Debuyst C, Digneffe F, Pires, A. (2008). *Histoire des savoirs sur le crime et la peine : Tome 2. La rationalité pénale et la naissance de la criminologie*, Bruxelles, Larcier

⁵⁵ *Histoire des savoirs sur le crime et la peine*, op. cit. ; Hélène Taillemite, « La vie au bagne », *Criminocorpus* [En ligne], Les bagnes coloniaux, Articles, mis en ligne le 1er janvier 2008, consulté le 27 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/183>

⁵⁶ Petit, J-G. (1990), op.cit.

⁵⁷ Stiker, H-J. (2017). *La condition handicapée*. Grenoble, PUG

⁵⁸ Stiker, H-J. (1995). op. cit.

⁵⁹ Caroline Protais, « Le malade mental, dangerosité et victime », *Histoire, médecine et santé* [En ligne], 3 | printemps 2013, mis en ligne le 1er juillet 2013, consulté le 05 octobre 2017. URL : <http://hms.revues.org/482> ; DOI : 10.4000/hms.482

⁶⁰ Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens, *Contrastes* N° 27, 231 - 246

⁶¹ Genard J-L, (1999). *La grammaire de la responsabilité*, Paris, Cerf

(disjonctive) à la vision de l'homme pouvant être responsable et vulnérable à la fois ou consécutivement (conjonctive). Ce passage permet aussi de poser le regard sur les différentes facettes de l'homme. Il devient donc possible, dans l'espace symbolique, d'envisager un homme à la fois criminel, donc capable et responsable tout en étant malade et vulnérable.

Cela a permis d'envisager une personne à la fois capable d'accomplir un acte répréhensible, à la fois vulnérable. Les changements des politiques pénales et pénitentiaires suivent. Le Code pénal de 1995 introduit des degrés de la responsabilité pénale. Des nouveaux délits apparaissent (infraction à la législation des stupéfiants) ou sont plus durement punis (délits sexuels), qui font entrer des prisonniers pour lesquels il est difficile de détacher un éventuel trouble (addictions, troubles de l'identité sexuelle) de l'infraction. Ceci est accompagné par l'allongement des peines et l'augmentation des incarcérations. La « nouvelle question sociale » laisse sur le carreau des populations désœuvrées et enrégées, dont l'échec social et scolaire est « médicalisé »⁶².

Dans une perspective organisationnelle, la création des services médicaux et psychiatriques en prison semble avoir permis aux juges d'envoyer les personnes les plus démunies en prison. De plus, une catégorie de malades psychiatriques interroge la psychiatrie presque depuis sa création et elle tend à s'en dessaisir : il s'agit des malades violents, agressifs et criminels⁶³. C'est ce groupe, qui pose question à la justice et à la médecine, qui symbolise l'objet de notre recherche : ils semblent trop dangereux pour la médecine et trop vulnérables pour la prison, ils trouvent leur place en prison.

L'entrée en prison de la médecine hospitalière (1994) à la place des médecins et infirmiers vacataires de l'administration pénitentiaire a été un progrès indéniable à l'accès à la santé des personnes détenues. Mais ceci semble avoir laissé le corps infirme dans une brèche, dans laquelle ni surveillants ni infirmiers ne peuvent le saisir. En effet, depuis la réforme de 1994, les services médicaux sont des services de consultations et de soins ambulatoires et ils ne sont pas censés assurer des gestes de la vie quotidienne aux détenus malades.

Des changements législatifs ont été décisifs dans le maintien des malades, et par extension des personnes handicapées en prison : à une époque les grâces (médicales ou autres) auraient été un moyen de « désencombrer » les prisons et de libérer les prisonniers malades. Depuis, des procédures plus bureaucratiques ont été mises en place qui sont attachées à l'évaluation des comportements individuels et des risques sécuritaires. La sortie de prison d'une personne dont l'état de santé est incompatible avec les conditions de détention, la « suspension de peine » (Loi 2002) devient beaucoup plus compliquée et surtout, elle est conditionnée par sa dangerosité et par son comportement. La responsabilité personnelle est de plus en plus mise en avant. Pour bénéficier de réductions de peine les prisonniers doivent avoir un « bon comportement en détention » et « présenter des garanties sérieuses de réadaptation » visibles par le fait de travailler, suivre des formations, élaborer les faits jugés, etc. Les compétences pour accéder à des remises de peine ne sont pas accessibles à tous les prisonniers. Mais souvent, l'évaluation du comportement d'un détenu se fait en aval et le Juge d'application des peines⁶⁴ (JAP) peut ne pas prendre en compte le handicap des personnes. Ceci peut arriver notamment lorsque la demande de libération conditionnelle d'un prisonnier dont un retard mental a été constaté est renvoyée pour ne pas avoir suffisamment élaboré l'infraction ou qu'une personne avec une pathologie psychiatrique est recalée de la même procédure à cause de sa « dangerosité psychiatrique ». Cela peut aussi arriver alors qu'une personne à mobilité réduite n'a pas les

⁶² Ebersold, S. (1999). *L'invention du handicap. La normalisation de l'infirme*, Paris, CTNERHI ; Pinell, P, Zafiropoulos M (1978) La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 24 pp. 23-49

⁶³ Daniel Glezer, « La Psychiatrie publique à l'épreuve des murs de la prison », *Criminocorpus* [En ligne], Le SMPR de Marseille a 30 ans : Histoire et engagement, regards croisés, Communications, mis en ligne le 17 octobre 2012, consulté le 27 mars 2018. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2043>

⁶⁴ Le juge responsable de l'exécution des peines

bonnes conditions de se déplacer dans l'établissement, mais se voit refuser les réductions de peine pour ne pas avoir participé à la vie commune en détention.

La question de la responsabilité pénale occulte la question de la « capacité pénale » et même juridique. Cela semble avoir mis une équivalence entre responsable pénalement et capable de satisfaire à une incarcération.

Aujourd'hui, la question du handicap en prison se présente sous un jour alarmiste dans la presse. On peut voir que, symboliquement, les statuts de « handicapé » et de « criminel » sont toujours disjoints. En effet, même si les politiques ont évolué vers une anthropologie conjonctive, dans les définitions spontanées, il reste toujours difficile d'envisager qu'une personne handicapée soit capable de nuire. Cette même difficulté est visible en prison, selon certains professionnels, si on est en prison on ne peut pas être réellement handicapé. Selon d'autres, au contraire, l'incarcération est le signe même d'un handicap vu comme une « tare », sans laquelle on n'aurait pas commis d'infraction.

Du côté de la prison, d'autres difficultés sont pointées. Une surpopulation chronique, des sous-effectifs, manque de moyens pour remplir ses missions « principales ». Selon différents rapports à destination des professionnels qui travaillent au sein des prisons, il est admis que la prison est l'endroit où échouent des vrais criminels, mais aussi des personnes très marginalisées, signe de la défaillance des systèmes de prise en charge sociale⁶⁵. Ces populations posent un problème de gestion quotidienne. Pour les professionnels pénitentiaires, c'est la conciliation du respect de la dignité des personnes et la sécurité dans l'établissement qui est en première ligne⁶⁶. La question du handicap pose problème lorsqu'elle nécessite la mise en place de dispositifs particuliers et quand elle est vue sur le versant de la vieillesse et la perte d'autonomie. Un groupe de travail « Santé-Justice » a été mis en place et a donné lieu à un programme expérimental qui vise à faciliter la sortie des prisonniers dépendants. Ces dispositifs permettront éventuellement la prise en charge des personnes déclarées handicapées à leur sortie de prison. **La question du handicap, telle que promue par exemple par le Haut-commissariat des droits de l'homme, ne semble pas pertinente pour l'univers carcéral.** En effet, les professionnels pénitentiaires signalent comme point d'achoppement la conciliation de la **solidarité** et de l'**autonomie**, essentielles pour les politiques du handicap et difficilement praticables pour la prison.

La définition se fait en fonction du désordre et non pas en fonction de la déficience. C'est plutôt autour de la question de la préservation de la dignité que semble se construire le handicap en prison.

• Qui sont les prisonniers handicapés et comment concilient-ils dans leurs trajectoires deux identités opposées ? Profils et expériences carcérales

Sélection des interviewés

Nous avons rencontré les prisonniers handicapés de plusieurs manières. Tout d'abord nous avons rencontré des prisonniers qui étaient pris en charge dans ce que nous avons appelé les dispositifs de prise en charge : ceux qui travaillaient dans un ESAT, ceux qui vivaient dans une cellule ou dans une aile aménagée, ceux qui étaient pris en charge par un aide-soignant venant de l'extérieur. Nous avons constaté que des prisonniers handicapés pouvaient ne pas être pris en charge par ces dispositifs, mais bénéficier des aménagements pénitentiaires : surveillance spécifique, travail thérapeutique, transferts médicaux, placement seul en cellule, tutelle informelle, codétenu aidant, etc., nous les avons également sollicités. En troisième lieu, dans certains établissements, un courrier a été envoyé à l'ensemble des

⁶⁵ Outil de formation de base et programme d'étude à l'intention des directeurs de prison, fondés sur les normes et règles internationales ONU, Office contre la drogue et le crime, 2011

⁶⁶ Trouver un Équilibre entre Sécurité et Dignité en milieu carcéral : un cadre pour un monitoring préventif, Association pour la Prévention de la Torture/Penal Reform International

détenus, nous avons pu ainsi nous entretenir avec des prisonniers qui n'étaient pas pris en charge, mais qui se déclaraient handicapés.

Certains prisonniers pris en charge n'ont pas souhaité nous répondre, tout comme d'autres qui semblaient avoir des difficultés tant motrices que mentales sans prise en charge particulière. Dans certains établissements nous n'avons pas pu rencontrer les prisonniers ayant des problématiques psychiatriques avérées, pour des raisons de sécurité.

Nous avons émis l'hypothèse que notre sollicitation pour un entretien correspondait pour ceux qui ont répondu favorablement à un questionnement déjà présent autour de leur condition, à la fois d'handicapé à la fois de détenu. Ils semblaient être conscients de devoir faire des efforts particuliers pour maintenir une identité et des relations acceptables : quelque chose dans leur apparence ou dans leur comportement les mettait à part.

Le fait d'être prisonnier handicapé met en jeu plusieurs phénomènes : d'un point de vue politique, **concilier des relations à la société opposées** – celle du détenu, marquée par l'opposition et celle de la personne handicapée, qui met en avant un lien de solidarité ; d'un point de vue interactionniste, **concilier la gestion des effets de l'institution totale et les effets du stigmaté** ; enfin, d'un point de vue phénoménologique – **vivre une limitation biologique d'activité dans un environnement délibérément limitant.**

Profils des prisonniers handicapés rencontrés.

La population carcérale a un profil très différent de la population générale. Comme l'affirme Philippe Combessie « on n'enferme pas le *sociologiquement correct* »⁶⁷. Elle est par exemple constituée de 97 % d'hommes, plutôt jeunes avec un faible niveau d'étude et des situations professionnelles instables. Une surreprésentation d'étrangers ou des hommes d'origine étrangère est visible en prison.

Les hommes détenus handicapés que nous avons rencontrés ont entre 18 et 75 ans. Ils ont différentes déficiences, tant motrices que sensorielles, psychiques ou mentales, mais aussi dues à des maladies chroniques. Dans une enquête menée par l'INSEE⁶⁸ auprès des hommes détenus, la moitié avaient moins de 30 ans et l'âge médian était de 31,9 ans. Pour les 49 détenus se déclarants et/ou déclarés handicapés de notre recherche, l'âge moyen est de 45 ans et l'âge médian de 42 ans. 40 prisonniers ont plus de 30 ans et 20 plus de 40 ans, 10 ont plus de 60 ans. Même s'il s'agit d'une recherche qualitative, ces chiffres permettent de voir que les personnes déclarant un handicap que nous avons rencontrées en prison sont généralement plus âgées que la moyenne.

À l'analyse, il apparaît que les interviewés peuvent être répartis en trois types de profils. L'âge s'est révélé la variable la plus importante. En effet, le détenu handicapé est d'abord perçu par son âge, ce qui implique des représentations fortes liées à la déviance sociale. Ainsi, il y a les jeunes (entre 18 et 33 ans), ceux d'âge moyen (35 à 49 ans) et les plus âgés (à partir de 50 ans).

Les tableaux qui présentent ces trois groupes sont visibles en annexe.

Les plus jeunes, les « troubles du comportement » et « les problèmes avec la justice »

Ce groupe est constitué de 12 hommes entre 18 et 33 ans. Une déficience a été diagnostiquée ou de moins soupçonnée avant l'incarcération. La plupart de ces prisonniers ont bénéficié de prises en charge socio-éducatives et/ou médicales. Nous les avons rencontrés en Maison d'arrêt et en Centre de détention. En prison, la plupart des hommes de ce groupe sont étiquetés comme ayant des « troubles du comportement ». Ils préfèrent, eux, parler de leurs « problèmes avec la justice » et de révolte contre une société injuste.

Dans ce groupe, l'âge assez jeune, le milieu « populaire », le lieu d'habitation « le quartier » ou « la cité » apparaissent difficiles à détacher du diagnostic de « troubles du

⁶⁷ Combessie, Ph., (2009). *Sociologie de la prison*, Paris, La découverte

⁶⁸ Cassan F., Toulemon L., Kensey A (2000). *L'histoire familiale des détenus.*, Insee première n° 706

comportement »⁶⁹. Un seul prisonnier de ce groupe n'est pas considéré comme ayant de tels troubles.

En prison, les personnels pénitentiaires n'ayant pas des compétences médicales ni le mandat de faire des diagnostics signalent le plus souvent ceux pour qui un traitement particulier est nécessaire sans qu'une pathologie soit forcément détectée par des étiquettes de type « fou », « mental », « débile », « instable », « fragile » ou « troubles du comportement ». Avec nous, ils ont utilisé les plus souvent le terme de « troubles du comportement » sans qu'il corresponde à un trouble médicalement constaté. Il s'agit pour eux de qualifier les personnes qui créent un désordre qui dépasse celui attendu dans une détention. C'est aussi une reconnaissance que le prisonnier n'est peut-être pas totalement conscient ni responsable de son comportement et évoque la nécessité d'adapter la prise en charge pénitentiaire. En effet, ils le signalent par des phrases de type « en fait, ils ne se rendent pas vraiment compte », « on ne peut pas le sanctionner, il ne se contrôle pas ».

Dans ce groupe, tous sauf un évoquent des démêlés précoces avec le système pénal. Certains ont plus de vingt inscriptions dans leur casier judiciaire, ils font des « allers-retours » en prison. Au moment où nous les avons rencontrés certains sont déjà condamnés, d'autres en attente de jugement. Les condamnations se comptent généralement en mois, les deux peines les plus longues sont de 8 et 20 ans. Les infractions qu'ils déclarent sont le plus souvent liées à une activité de délinquance ou de « marginalité » – vente et consommation de produits stupéfiants, vols, dégradations des biens publics, conduite sans permis, violences et outrages. Les peines les plus longues sont liées à des « règlements de comptes qui ont mal tourné » : les faits sont directement liés à une activité de vente ou de consommation de produits stupéfiants.

Les « *problèmes avec la justice* » signent souvent un abandon précoce de la scolarité, si ce n'est pas le contraire. La plupart ont quitté l'école tôt, le décrochage commençant vers l'âge de 11-12 ans. On signale comme raison de ce départ précoce : ne pas s'être senti à sa place, s'être ennuyé à l'école, le refus aussi de suivre un enseignement spécialisé : « *être dans une école pour cancras* ». Ces jeunes hommes ont souvent expérimenté plusieurs prises en charge : on retrouve ici les différentes classes spécialisées, les centres éducatifs fermés, les suivis éducatifs de la PJJ, les programmes luttant contre divers décrochages, les centres de réadaptation et de rééducation. Ces diverses prises en charge, précèdent la prison, mais viennent aussi s'articuler les unes aux autres. Ainsi, le suivi en PJJ peut donner lieu à une prise en charge en classe relais, suivi d'incarcération, lors de laquelle il y aura une hospitalisation en psychiatrie, suivi par une prise en charge par un programme pour les jeunes les plus désocialisés, suivi par une incarcération. Toutes les prises en charge sont vécues sur le même mode, comme des moments d'emprise. Certaines apparaissent néanmoins comme plus difficiles à assumer, telles les hospitalisations en psychiatrie ou la scolarisation dans une classe avec des « *handicapés mentaux* ».

Généralement ces hommes jeunes sont très souvent révoltés contre une société inégalitaire et injuste. Le handicap est considéré comme une étiquette qui ajoute à la violence symbolique dont ils sont victimes.

L'âge mûr, le cumul de déficiences et la désocialisation

Ce groupe, constitué de 23 hommes ayant entre 35 et 49 ans, est le plus consistant. Nous avons rencontré 3 prisonniers de ce groupe en Maison Centrale, 2 en Maison d'arrêt et tous les autres en Centre de détention. Dans les trajectoires de ces hommes, il apparaît difficile de détacher le handicap du parcours de désocialisation et de délinquance. Ce groupe est très hétérogène tant par les déficiences que par les infractions et les peines. L'homogénéité se situe dans la déclaration de désocialisation de tous les prisonniers qui en font partie. Cette désocialisation peut être due à un choix - carrière criminelle - ou des accidents de la vie. Ils déclarent tous avoir été par choix ou par contrainte dans les marges de la société

⁶⁹ Voir aussi quant aux troubles du comportement et des conduites qui articulent des phénomènes de médicalisation et de criminalisation des problèmes sociaux : Ehrenberg, A. (2006). Malaise dans l'évaluation de la santé mentale, *Esprit* « *Que nous réserve le numérique ?* », pp. 89-102

avant l'incarcération. La majorité de ces détenus fait un lien entre la déficience, le parcours de désocialisation et l'incarcération. C'est dans ce groupe que le cumul de déficience est perceptible.

Les peines sont généralement plus longues, près de la moitié (n=12) ont des peines de plus de 15 ans. Dans le groupe il y a 6 personnes en prison pour la première fois, pour des peines dépassant 10 ans.

Dans ce groupe, plus de la moitié des personnes (n=14) bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH). Les 6 étrangers en situation irrégulière n'ont pas la possibilité de faire les démarches. 3 détenus acceptent tout à fait leur maladie, mais refusent catégoriquement de demander une allocation, que ce soit l'AAH ou une allocation chômage. Pour ces derniers, il ne s'agit pas seulement de la dégradation dont le statut handicapé peut être porteur, mais surtout de la position par rapport à la société qu'implique le bénéfice d'une allocation « *je suis voleur, c'est mon métier et c'est un sale métier, et je le fais salement, je pense qu'il y a d'autres personnes qui ont plus besoin que moi* » ou « *je ne veux rien avoir de cet état, je ne veux pas qu'il me file un peu d'argent comme ça, je me suis toujours débrouillé seul* ».

15 personnes de ce groupe déclarent un problème psychique ou mental, dont 4 qui bénéficient de l'AAH pour une déficience physique. 10 déclarent une déficience physique, trois personnes déclarant des déficiences sensorielles, 3 autres des difficultés dues à des maladies chroniques, 4 personnes ont une mobilité réduite reconnue, due pour une à une paralysie qui s'est déclarée en prison, les 3 autres suite à des accidents liés aux modes de vie avant l'incarcération (rixes, tentatives de suicide, pratiques toxicomaniaques).

Les prisonniers les plus âgés, la longueur de leurs peines et les affections chroniques

Ce groupe est constitué de 15 personnes ayant plus de 50 ans⁷⁰. Nous avons rencontré 6 personnes en Maison Centrale, 6 en Maison d'arrêt et 3 en Centre de détention. Il apparaît ici difficile de détacher le handicap de l'âge et de la longueur des peines.

Parmi ces détenus, 10 sont de nationalité et d'origine françaises. Pour tous, le handicap est reconnu administrativement et pris en charge. 3 parmi les 5 autres séjournent de manière régulière sur le sol français et ont eux aussi une reconnaissance du handicap, sanctionnée par une allocation ou une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

Comme le premier groupe des plus jeunes, celui-ci est très homogène par rapport aux infractions, il s'agit surtout des violences contre des personnes (des crimes de sexe ou de sang). La gravité des infractions influe sur la longueur des peines et sur la difficulté ou même l'impossibilité d'obtenir suspension ou aménagement de la peine. En effet, ils sont toujours considérés comme dangereux et il se révèle très difficile de leur trouver une place dans un service ou établissement médico-social.

Le groupe se sépare nettement en deux, à travers le rapport à la prison. Le premier groupe (N=9) sont ceux qui sont en prison pour la première fois. Les prisonniers du second groupe purgent une seconde ou une troisième longue peine. Sauf deux peines qui se comptent en mois (8 mois et en attente de jugement, mais pour une peine qui normalement ne dépasserait pas 1 an), pour deux prisonniers « *primaires* », les autres peines vont de 10 ans à la réclusion criminelle à la perpétuité.

Sans grand étonnement, c'est dans ce groupe que l'on trouve une surreprésentation des maladies chroniques : 10 personnes sont en mobilité réduite (due à une maladie chronique) dont 5 se déplacent en fauteuil. Pour ces 10 hommes, la maladie s'est présentée en prison, ou après l'infraction jugée. Dans ce groupe, des plus âgés, apparaît la « *chronicisation* » de certaines pathologies dont la vie en détention renforce les effets invalidants.

Seulement les deux plus jeunes de ce groupe (50 et 52 ans) ont pour l'un des problèmes psychiatriques, pour l'autre un problème de dos et de cervicales, qui précèdent l'incarcération.

Ce groupe est assez complexe puisque malgré la surreprésentation des troubles physiques, lors des entretiens les prisonniers font état d'autres troubles (psychiques, mentaux). Les *primaires* ont souvent des prises en charge médicamenteuses pour faire face à la détention.

⁷⁰ En prison, les conditions de vie font débiter le vieillissement à partir de 50 ans

Pour le second groupe, la situation est encore plus complexe, faisant apparaître des difficultés psychiques préexistant à la détention, couplées aux effets du temps long derrière les barreaux.

Expériences carcérales

Indépendamment du type de déficience, de la peine ou d'autres critères sociodémographiques, notre analyse a mis à jour trois formes d'appropriation de l'identité du prisonnier handicapé.

Pour construire cette typologie, nous avons utilisé 4 facteurs :

- Le rapport à la peine
- Le rapport au handicap, et plus généralement, à la vulnérabilité
- La conciliation de l'opposition entre la peine et le handicap
- Le rapport à la détention – revendication d'une prise en charge ou refus

Errance identitaire. Dans ce groupe existe une difficulté de détacher le handicap de la marginalité et de la raison de l'enfermement. Les personnes qui en font partie ont expérimenté diverses prises en charge dans leur vie. Ils peuvent ensuite considérer la prison comme une institution de contrôle comme une autre. Dans leurs discours c'est juste une question de gradation. Même s'ils peuvent être exclus par les autres détenus, ils semblent trouver des manières de faire qui correspondent aux attendus pour pouvoir s'aménager une vie en détention. Ils cherchent à se saisir des différentes prises en charge. Ces détenus peuvent parfois dire que la prison est « finalement un mal pour un bien » qui leur permettra de mettre en place par exemple une prise en charge sanitaire, des démarches administratives, etc. Il n'en reste pas moins que les prises en charge éclatées – médicales, sociales, de logement, de travail, ponctuées par les incarcérations ont plutôt des effets vulnérabilisant.

Refus de la condition de vulnérable. Les prisonniers de ce groupe revendiquent une « criminalité » choisie sans lien avec une pathologie. Même s'ils semblent avoir vécu dans leur enfance ou jeunesse des prises en charge médicales, sociales ou socio-éducatives, celles-ci ne sont pas mises en avant dans le récit de soi qu'ils en font. Lorsqu'elles le sont, elles sont décrites plutôt sur un mode d'épreuve à dépasser ou comme une révolte contre « le système ». La prison est vécue comme suite de la carrière criminelle. Ils préfèrent parler de maladie plutôt que de handicap. Si la maladie apparaît, c'est d'expliquer que l'on soupçonne le système pénitentiaire de l'utiliser contre eux (notamment dans la dangerosité psychiatrique). Ils peuvent utiliser la maladie dans la revendication des droits supplémentaires, mais préféreront toujours trouver des moyens pénitentiaires pour se débrouiller.

Enfermement dans la condition de vulnérable. Dans ce groupe nous avons inclus tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, font partie du groupe des « malades » en prison : Ceux qui sont pour la première fois en prison, qui apparaissent comme atypiques pour l'univers carcéral et qui sont menacés et exclus de la sociabilité carcérale. Cette exclusion peut être due à des raisons carcérales ou médicales. Par exemple, douter de l'implication d'un prisonnier dans un crime sexuel ou qu'il apparaisse comme « cachetonné » (sous forte dose de psychotrope) ou bien encore celui qui a un comportement étrange peut être un désavantage dans la vie carcérale. Il peut s'agir également de ceux qui, à cause d'une dégradation de leur condition physique ou mentale, ne peuvent plus faire face aux exigences carcérales. Des prisonniers en mobilité réduite peuvent se retrouver dans cette situation, du fait de l'inaccessibilité du bâti. La « chronicisation » de certaines pathologies apparaît notamment dans ce groupe.

• *Conventions sociales : résoudre les dilemmes professionnels et aménager le dispositif carcéral.*

Nous l'avons déjà évoqué : la qualification du handicap en prison ne se fait pas au travers de la déficience, mais parce qu'il bouscule les routines et crée des incertitudes dans l'ordre carcéral. Les situations de handicap en prison relèvent donc plutôt d'un fait construit dans l'action que d'une donnée.

Cette construction est d'abord relationnelle. Elle correspond à l'impossibilité de certains détenus de satisfaire aux rituels de la vie carcérale. Cette impossibilité crée une incertitude et nécessite une réponse professionnelle – se trouvent perturbées à la fois les identités professionnelles et les prises en charge. L'impossibilité de satisfaire aux rituels carcéraux doit être socialisée : elle peut l'être par un discours de « biologisation » des comportements : la maladie, la vieillesse, la dépendance, les troubles psychiques peuvent être évoqués pour expliquer des écarts des règles carcérales. Pour ceci, les professionnels pénitentiaires feront appel aux services médicaux, en leur demandant de confirmer ou réfuter la véracité d'une pathologie.

Même si les prises en charge d'un handicap physique diffèrent d'un handicap mental, nous avons constaté que le commun est de bousculer les routines. Dans certains établissements, tous les détenus ne pouvant pas satisfaire aux normes carcérales se retrouvent au même endroit – peu importe le type de handicap. Dans d'autres, les prisonniers ayant des déficiences physiques seront éloignés de ceux ayant des déficiences psychiques et mentales.

Par cela, il ne s'agit pas seulement de catégoriser les détenus, ces catégorisations sont agissantes, des prises en charge particulières se mettront en place. Souvent, les actions précèdent et donnent lieu aux catégorisations. Ces prises en charge consistent souvent en des aménagements du dispositif carcéral et peuvent susciter la participation les différents métiers. Les différents métiers exerçant en prison ont chacun leurs contradictions et leurs dilemmes professionnels. Le « handicap » en prison oblige les métiers de travailler ensemble et renforce ainsi ces dilemmes. Enfin, la mise en place d'un dispositif d'accessibilité ou de compensation dépend fortement de l'accord qui s'établira entre les différentes professions. Ces accords se basent sur des principes de justice fortement influencés par la configuration - architecturale, géographique, relationnelle - de chaque établissement. Nous avons appelé ces accords des « conventions », en tant que réponses à la fois organisationnelle et morale à l'incertitude créée par les prisonniers handicapés. Nous nous basons sur la théorie des conventions⁷¹.

Tout d'abord, la question du handicap en prison met les professionnels d'emblée dans un entre-deux : entre principes de justice sociale et de justice pénale. Cette affirmation n'a rien d'anecdotique. En effet, du point de vue de la santé publique, l'infraction commise peut avoir seulement une valeur instrumentale. Par exemple, de savoir si telle ou telle déficience est plutôt associée à telle infraction. Dans les interactions concrètes et quotidiennes, ceci a une application anthropologique, qui touche au malheur et au mal. Par exemple, avec les médecins exerçant en prison, plus ils se positionnent sur le fait que les prisonniers sont tout d'abord des patients pour eux, plus il leur faut nous rappeler que ces patients ont tout de même fait « quelque chose » et qu'ils (personnels médicaux) doivent agir dans un respect aux victimes. Dans les quatre établissements que nous avons étudiés, nous avons repéré quatre types de conventions. Ces conventions signent la résolution, toujours fluctuante, des dilemmes professionnels et des conflits interprofessionnels. Nous présentons rapidement les dilemmes des professions qui peuvent être impliqués dans la prise en charge du handicap en prison

⁷¹Boltanski, L. et Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard ; Dodier, N. (1993). Les appuis conventionnels de l'action. *Éléments de pragmatique sociologique, Réseaux. Communication - Technologie - Société* 62, pp. 63-85

Dilemmes professionnels

« Nous ne pouvons pas être que dans la répression ». Les surveillants

Le métier des surveillants les place au cœur de la détention, en proximité immédiate avec les prisonniers. Ils suivent aujourd'hui un cursus de formation, dispensé par l'ENAP. Leur métier est en évolution, se caractérisant par une contradiction. Certains de leurs syndicats revendiquent à être considérés comme une force de l'ordre et donc comme un métier exclusivement sécuritaire. Mais les surveillants doivent également participer activement à la réinsertion des détenus (Loi pénitentiaire 2009).

Par la particularité d'avoir un contact prolongé avec les personnes qui leur sont confiées, d'être responsables de leur sécurité, ils sont obligés d'avoir un positionnement tout à fait différent des autres métiers sécuritaires (armée, police). Ce contact prolongé, les relations qui peuvent s'y nouer et l'exigence de protection de leur « public » changent complètement le rapport, qui ne peut plus être seulement sécuritaire. Dans les conversations, la première qualité qu'ils mettent en avant, pour décrire leur travail, c'est « l'écoute ». De plus, ils évoquent un travail émotionnel quotidien important « *ne pas s'énerver* », « *prendre sur soi* », « *ne pas montrer la peur* », etc. Étant en contact quotidien avec les détenus, ils considèrent faire office « *de psychologue, d'assistante sociale et de flic en même temps* »

Ils déclarent très souvent ne pas être formés pour prendre en charge des personnes vulnérables. Si, dans leur formation il y a des modules sur le repérage de la dangerosité et la vulnérabilité psychique, ils ne sont pas du tout formés pour les questions liées à la dépendance physique. Souvent de telles situations les interrogent sur leur métier et l'impossibilité de maintenir une posture seulement répressive.

« Nous faisons d'abord un travail sur l'infraction ». Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation.

Les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et Probation travaillent au sein des SPIP. Ils ont succédé aux anciens Centres socio-éducatifs au sein des prisons, qui étaient composés d'éducatrices et assistantes sociales. Aujourd'hui, leur métier a beaucoup changé. Il a pris une dimension plus criminologique et juridique que d'aide sociale, étant centré sur un travail sur l'infraction, la récidive et la réinsertion des prisonniers. Les CPIP sont majoritairement des femmes (73 %) et ont une formation universitaire, le plus souvent en droit ou en psychologie, avant d'être formés à l'ENAP⁷². Leur formation n'est plus orientée vers le travail social et certains déclarent connaître peu ou pas les dispositifs médico-sociaux existants. Très souvent, c'est vers eux que l'on se tourne pour toutes les questions relatives au handicap puisqu'ils sont responsables de l'accès aux droits des personnes détenues. Cela peut les mettre dans des situations complexes. D'une part, lors de leur formation on leur apprend qu'ils ne sont pas des travailleurs sociaux. D'autre part, on attend d'eux une réponse aux questions liées aux dispositifs de prise en charge sociale.

Entre « le médical » et « la pénitentiaire ». Le travail social en prison.

Avec la transformation des métiers de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, le métier d'assistant social avait, pendant un certain temps, disparu. Parfois dans les Unités sanitaires on trouve une assistante sociale, qui peut travailler avec les SPIP. En l'absence d'un ASS, c'est le Point d'accès aux droits, composé de juristes bénévoles ou recrutés par une association, qui peut se charger de monter des dossiers de handicap ou dépendance. Dans deux des prisons, au cours du travail de terrain, des assistantes sociales ont été recrutées au sein du SPIP. Elles ont pris en charge les dossiers du handicap. Dans d'autres établissements, des assistantes sociales peuvent être présentes et au sein du SPIP et au sein de l'Unité sanitaire. L'arrivée des assistantes sociales au sein de la prison semble avoir débloqué plusieurs difficultés.

⁷² Gras, L. et Lapeyronie, M. (2014). *Qui devient conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation. Évolution du profil sociodémographique des CPIP à l'entrée en formation de 1995 à 2013*, Agen : ENAP

Être assistante sociale en prison n'est pas sans contradictions. Elles ont été accueillies avec soulagement par les personnels médicaux, ayant une culture du travail social et non pas du monde pénitentiaire. Elles ont été perçues comme apportant des compétences n'existant pas jusqu'ici dans le monde carcéral, mais également comme personnes pouvant faire la jonction entre le « *médical* » et la « *pénitentiaire* ». D'autre part, elles doivent tout de même apprendre les particularités de la prison et faire avec les nombreuses contraintes d milieu.

Soigner comme à l'extérieur, mais en prison. Le « médical ».

Depuis la réforme de 1994, il n'y a plus de médecine pénitentiaire. L'hôpital est entré dans la prison. Comme déjà évoqué, chaque établissement a une unité sanitaire de soins ambulatoires. Dans certains établissements, les cellules des personnes malades ou dépendantes se trouvent à proximité immédiate de cette unité. Ce n'est pas le cas de tous les établissements où nous avons mené la recherche.

Dans les unités sanitaires, travaillent le plus souvent des médecins généralistes, des psychiatres, des infirmières, des psychologues, des spécialistes en addictologie. Plus rarement, des spécialistes exercent ou assurent quelques heures en prison, ce qui pose des problèmes récurrents, de présence de kinésithérapeutes et orthophonistes.

Les personnels médicaux que nous avons rencontrés ne travaillent pas au sein de la détention, les infirmières peuvent se déplacer en détention pour la distribution des médicaments. Ce n'est pas comme dans un hôpital, ils n'ont pas le droit ni la possibilité de s'occuper de la vie quotidienne des personnes détenues. La visée de la réforme de la santé en prison était une égalisation des prises en charge sanitaires et un accès à la santé égal à celui à l'extérieur. En effet, par cette réforme, les personnes détenues ont repris d'un certain point de vue, le droit sur leur corps et on considère que la prise en charge sanitaire en prison s'est grandement améliorée. Les professionnels médicaux doivent soigner des patients enfermés comme si c'était des patients qui peuvent aller et venir librement. De plus, ils ont toujours l'appréhension d'être instrumentalisés par le monde pénitentiaire.

« Ici, ils ne sont plus des détenus ». Les centres scolaires.

L'Éducation nationale est présente dans les prisons par le biais des centres scolaires en détention. Au début, c'est dans le cadre du service socio-éducatif que les enseignants intervenaient. Ils travaillaient avec les travailleurs sociaux et les éducateurs. Depuis la constitution du corps de SPIP, les enseignants interviennent dans le cadre des centres scolaires séparés. Ils donnent des cours de différents niveaux, cela va des cours d'alphabétisation à la préparation des diplômes universitaires.

Dans le cadre de la recherche, il a été important de savoir de quelle manière les différents types de handicaps étaient appréhendés. Il s'agissait de savoir si certains troubles de l'apprentissage étaient détectés et de connaître les dispositifs pour leur prise en charge. La fréquentation des centres scolaires et la préparation d'un diplôme représentent aussi, pour le Juge d'application des peines, une garantie d'effort sérieux de réinsertion. Les centres scolaires sont parfois investis par des personnes détenues considérées comme particulièrement fragiles, qui n'ont pas la possibilité de travailler.

Le plus souvent, la fierté des enseignants est le sentiment d'évasion que proposent les centres scolaires.

Les conventions sociales

Tous ces groupes professionnels ont leur propre mandat et donc ils catégorisent différemment les populations dont ils ont la charge, ils cherchent des résultats différents et disposent d'instruments d'intervention différents. De plus, lorsqu'ils exercent en prison, tous sauf les surveillants et les CPIP, sont « invités et tolérés » et ne sont pas sur leur propre territoire. Mais ces derniers travaillent sur les populations qu'ils n'ont pas eux-mêmes catégorisées.

Tout ceci vient à créer de difficultés lorsqu'il peut s'agir de travailler ensemble. Les relations entre les différents corps de métiers en prison sont très complexes. De plus, ils doivent tous

s'approprier les contraintes propres au milieu carcéral – exigences sécuritaires et de gestion de la détention.

Pour ceci, différentes façons d'agir et d'entrer en relation existent. Nous avons constaté que les différentes configurations jouent sur les prises en charge qui sont souvent contingentes. Néanmoins, une régularité est observable : ces configurations jouent sur les manières dont les métiers vont travailler ou non ensemble et sur les manières de catégoriser les détenus. De ces deux facteurs dépend le type de prise en charge du handicap qui se développe au sein d'une prison. Même si tout ceci est très complexe, et peut dépendre du type de handicap quatre logiques ont été repérées.

La mise en place des dispositifs et aménagements est fortement dépendante de la configuration - architecturale, géographique, relationnelle - de chaque établissement. Pour étudier ces effets de contingence, nous avons utilisé la « théorie des conventions ».

Le fait que les détenus soient considérés à la fois comme « criminels », « prisonniers » et « vulnérables » joue dans la possibilité d'accéder aux droits. Les « conventions » qui structurent les rapports se distinguent selon quatre figures idéal typiques. Ces conventions dépendent des façons de catégoriser les prisonniers et de la division du travail entre les différents métiers : elles peuvent inscrire les relations dans une logique réadaptative, lorsque les services travaillent en concertation ; une logique médicale prévaut quand les détenus handicapés sont vus essentiellement comme malades et les collaborations sont limitées au strict minimum ; une logique normalisatrice prédomine quand la prison tend à se rapprocher de la vie à l'extérieur, les professionnels cherchent à « routiniser » certains comportements et les prises en charge deviennent hybrides ; une logique « désaffiliante » est à l'œuvre lorsque les prisonniers ne peuvent pas être catégorisés - la lourdeur du handicap et la longueur des peines ne permettent pas l'affiliation même provisoire à un seul statut.

Tableau n° 1 : Rationalités présidant aux conventions face au handicap en prison

ns Catégorisations	Catégorisations disjonctives des détenus (malade ou criminel) correspondant des catégories d'action publique	Catégories conjonctives (et malade et criminel) réalisées dans l'action
Professionnels		
Travail en concertation entre les services (même conflictuel)	Logique réadaptative – Séparation des plus vulnérables, selon leur handicap. Entrée forte du secteur médico-social. Compensation.	Logique normalisatrice - Normalisation de la vie carcérale et normalisation des comportements – prises en charge hybrides.
Cloisonnement fondé sur les identités professionnelles distinctes	Logique médicale - Séparation entre « détenus malades » et les autres. Prise en charge médicale et sociale renforcée. Séparation entre handicap mental et physique.	Logique désaffiliante - Impossible séparation (et détenu et malade) – Impossible affiliation à un seul statut. Prise en charge médico-pénitentiaire. Les différents types de handicaps ne sont pas séparés.

De ces conventions vont dépendre les mises en place et l'utilisation des différents dispositifs de prise en charge. Nous avons repéré trois types de dispositifs en prison.

- Dispositifs d'accès à la santé – les services médicaux en prison.
- Dispositifs matérialisant l'accessibilité et la compensation selon la loi 2005 – cellules aménagées, aides humaines, aides techniques, aménagement des espaces et des activités.
- Aménagements pénitentiaires visant la gestion du handicap – quartiers, ailes, unités spécifiques ; surveillances spécifiques, détenus aidants, « classements thérapeutiques » au travail et autres activités.

• Les dispositifs de prise en charge du handicap en prison

La recherche de terrain a permis de mettre en lumière les différents dispositifs, formels ou informels, qui sont utilisés ou mis en place pour la prise en charge du handicap. Nous les avons séparés en trois types : des dispositifs individuels d'accès à la santé, des dispositifs d'accessibilité et de compensation liés à la loi du 11 février 2005, les usages pénitentiaires du handicap. Pour plus de visibilité, ces dispositifs sont présentés dans des tableaux dans les pages qui suivent.

Des dispositifs individuels d'accès à la santé (Tableau n° 2, page 33)

Il s'agit de dispositifs officiels communs à tous les détenus, y compris ceux qui présentent une déficience. D'ailleurs, ces derniers sont considérés assez automatiquement comme relevant d'une prise en charge principalement médicale. Une nouvelle contradiction apparaît – les personnes incarcérées vivent dans une institution totale dont le but n'est pas médical. Ils sont donc institutionnalisés, mais doivent consulter comme s'ils étaient libres. L'organisation de ces unités est différente selon les établissements, ce qui est commun c'est qu'ils ne sont pas censés procurer de soins en cellule, ils ne font que la distribution des médicaments. Ils ne peuvent donc pas s'occuper de la toilette, du lever du lit, de la douche des personnes handicapées.

Des dispositifs sanitaires complétés par des dispositifs liés à la loi du 11 février 2005 (Tableau n° 3, page 34)

Dans le tableau numéro 3, nous présentons les différentes façons de mettre en pratique les normes d'accessibilité et de compensation. De la même manière, cette mise en place est dépendante des configurations (architecturales, relationnelles) des établissements. La condition de détenu quand on est handicapé est assujettie à la mise en œuvre des modalités de compensation et d'accessibilité. En prison l'accessibilité peut prendre la forme l'accessibilisation de l'espace carcéral (cellules aménagées, trajets entre cellules et les lieux de la vie quotidienne – cours de promenade, bibliothèque, services médicaux, etc.). La compensation en prison se matérialise par des aides humaines, techniques et financières.

Usages pénitentiaires du handicap (Tableau n° 4, page 35)

Très souvent, la prise en charge médicale se révèle insuffisante dans la vie quotidienne et la prise en charge médico-sociale est absente. Ainsi, pour enrayer les effets du handicap en milieu carcéral, les professionnels pénitentiaires gèrent ces situations à partir de leurs propres référentiels. La condition du détenu est soumise à des usages pénitentiaires du handicap, décrit par le tableau n° 4.

L'organisation pénitentiaire fait apparaître les prises en charge autour des rationalités de classification, de spatialisation et de prise en charge hybrides. Les classifications sont liées à des activités de catégorisation : d'observation, de détection et de classement. La spatialisation correspond à la gestion spatiale de la détention et reste intimement liée à l'activité de classification. Elle consiste en l'utilisation de l'affectation dans des quartiers spécifiques. Les prises en charge hybrides sont celles qui empruntent des logiques différentes : un codétenu qui effectue des tâches médico-sociales, la prise en compte du handicap à la préparation à la sortie.

Tableau n° 2 Dispositifs individuels d'accès à la santé

Service	Année de création	Dans quel type d'établissement	Missions et fonctionnement
Service Médico Psychologique Régional (SMPR)	Réforme Sectorisation de la psychiatrie 1986. Font suite aux CMPR, créés en 1967	Dans certaines Maisons d'arrêt. Très rarement dans des établissements pour peine. 26 SMPR en France	Rattaché à un hôpital psychiatrique public. Sous l'autorité du psychiatre-chef de service. Service de consultation, soin et hospitalisation de jour (au sein de la prison)
Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (ancien UCSA)	Réforme Santé publique 1994	Dans tout établissement pénitentiaire. Les détenus sont affiliés à la sécurité sociale dès leur incarcération.	Détachement de l'hôpital de proximité de personnel médical. La direction est assurée par un médecin coordinateur, placé sous la responsabilité du chef de l'hôpital. Lorsqu'il n'y a pas de SMPR, au sein de l'USMP pratiquent des médecins, psychiatres, infirmières, etc. Pas d'hospitalisation.
Extractions médicales pour consultation avec un spécialiste et hospitalisation en hôpital de rattachement	Augmentation depuis la réforme 1994	Dans tous les établissements	Assurer une meilleure prise en charge sanitaire. Multiples difficultés liées à l'organisation, la sécurité, le risque d'évasion. Nécessite la coordination entre l'US, la direction de la prison, l'hôpital, la police, etc.
Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)	Arrêté 2000 suite Loi 1994	À la suite des difficultés d'hospitalisation en hôpital de rattachement. Au sein de 8 CHU en France. La sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire, mais l'orientation par l'Unité Sanitaire.	Assurent les hospitalisations en soins somatiques au-delà de 48 h et hospitalisation d'urgence. Tentent d'assurer la conciliation entre amélioration des soins et sécurité.
Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)	Loi 2002 d'orientation et programmation de la justice	À destination des détenus présentant des troubles mentaux. Sont implantés au sein d'un hôpital et reçoivent des détenus de la région - hommes, femmes ou mineurs. La sécurité est assurée par l'administration pénitentiaire.	Assurent des hospitalisations en psychiatrie, sans ou avec consentement.
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (Antennes CSAPA)	2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	Depuis le plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, l'Agence régionale de santé (ARS) a désigné, pour chaque établissement pénitentiaire, un Csapa qui assure cette mission en détachant un travailleur social de ses locaux à mi-temps.	Très inégalement réparti. Les intervenants - éducateurs - ont remarqué que les addictions en milieu carcéral sont accompagnées de multiples pathologies, nécessitant des prises en charge médico-sociales.
Intervention des infirmières libérales	Situations de dépendance physique sans hospitalisation	Depuis la fin des infirmiers pénitentiaires, vacataires de l'administration pénitentiaire, la dépendance est prise en charge par des organismes venant de l'extérieur. En effet, les infirmiers des US ne font que très exceptionnellement les soins et la toilette en cellule.	Pour assurer la continuité de la prise en charge.
Certificats médicaux		La façon de communiquer entre les services médicaux et la détention - les certificats (officiel ou pas) que les médecins établissent.	Il peut s'agir tant de la nécessité que le détenu soit placé seul en cellule, que d'aménagements des horaires de la promenade, de la nécessité de fournir une couverture de plus, etc.
Thérapies, groupes de parole, éducation à la santé	Des activités mises en place par les services médicaux au sein de la prison	Certaines de ces activités - sport, ateliers, etc. peuvent être à destination ou réservées pour les détenus les plus isolés, âgés ou malades.	

Tableau n° 3 Dispositifs liés à la loi du 11 février 2005

Dispositif	Type d'aménagement	Dans quel type d'établissement	Modalité d'application
Accessibilité Cellules aménagées	Obligation d'aménagement d'une cellule sur 100 dans les prisons construites avant 2010. Pour les prisons construites après, entre 2 et 3 % de cellules aménagées (selon la taille de la prison)	Pour les prisons construites avant 2010, des dérogations sont possibles pour la non-accessibilité de l'espace.	Dans le programme « 4000 », les cellules aménagées sont incluses lors de la construction. Dans les autres établissements, les cellules aménagées le sont après leur construction et correspondent à la présence de personnes en perte d'autonomie. Certaines prisons, anciennes sont déclarées « non accessibles », normalement des prisonniers en perte d'autonomie n'y sont pas affectés.
Accessibilité de l'espace carcéral	Rendre la prison accessible demande à rendre accessible : l'entrée dans l'établissement, la circulation dans la cellule et les espaces communs (souvent des portes étroites, des marches, un terrain inégal) : la cour de promenade, les services médicaux, les salles d'activité, des ateliers de travail, l'école.	Rendre l'espace carcéral accessible semble compliqué, d'autant plus lorsque cela n'a pas été envisagé dès le début.	Nécessité de : Mise en place d'ascenseurs - dans la plupart des établissements existent surtout des monte-charge. Besoin d'agrandir les portes des cellules. De mettre en place des rampes d'accès. D'aménagement des lieux de passage – souvent des margelles, des détecteurs de métaux, impossibles à franchir en fauteuil et même avec des cannes. D'aménager de signalisations. L'accessibilité est très partielle et souvent faite en fonction des problématiques existantes.
Compensation - Aides techniques	Lit médicalisé/fauteuil roulant/prothèses (y compris auditives)/cannes/matériel de lecture	Dépend fortement de l'établissement - par exemple dans certaines prisons il n'est pas possible de mettre en place un lit médicalisé. Les prothèses peuvent également être difficiles à faire entrer par mesure de sécurité. Certaines prothèses peuvent donner lieu à des fouilles plus importantes.	La prise en charge des aides techniques peut dépendre des relations entre les différents métiers. Dans certains établissements la location d'un lit médicalisé et d'un fauteuil roulant peut-être conventionnée par le service médical et presque automatique. Dans d'autres, la responsabilité d'une telle démarche n'est pas décidé - médecins ou SPIP. Cela peut exposer à des longs délais d'attente.
Compensation - Aides humaines	Auxiliaires de vie ou Aide médico-psychologiques (PCH, APA)	Les AMP existent très rarement, à notre connaissance dans deux prisons, connues pour la surreprésentation des personnes ayant de troubles psychiques. Les AVS sont plus souvent présentes dans les établissements pénitentiaires.	La signature des conventions avec des associations d'aide à la personne est fortement recommandée par l'administration centrale. Les démarches semblent être assez lourdes. De plus, fréquemment même si une convention avec une association d'aide à domicile existe, elle peut ne pas être activée (suite au manque personnel ou refus de certains détenus).
Compensation - AAH	L'allocation adulte handicapé peut être perçue en prison. Nombreuses difficultés sont signalées, notamment celle de l'adresse de domiciliation du bénéficiaire ainsi que les relations avec les MDPH.	Les nouvelles demandes ou les renouvellements peuvent se faire par : le service médical, le travailleur social, le SPIP, parfois même c'est à l'initiative du détenu seul (en demandant un certificat médical) sans que des services soient au courant.	Le fait de percevoir l'AAH en prison peut permettre d'améliorer le quotidien. Cependant, les recrutements au travail se faisant parfois sur le critère de non ressources, les bénéficiaires de l'AAH peuvent en être exclus. Cela peut contribuer à un isolement.
Compensation - travail adapté	Il n'y a pas de droit de travail ni de médecine du travail en prison. La RQTH est difficile à mobiliser.	Le service public pénitentiaire s'oblige à assurer du travail et des activités aux personnes détenus, tout en respectant la non-discrimination. Néanmoins des détenus peuvent se voir refuser du travail, par mesure de sécurité. De plus, les ateliers de travail sont rarement accessibles	Il existe dans certains établissements du travail en cellule : les prisonniers handicapés ne sont pas directement concernés, mais semblent avoir bénéficié de ce dispositif. Un seul établissement a mis pour le moment en place un ESAT, les détenus sont orientés par la MDPH. Parfois, très occasionnellement, un poste de travail ou une activité peuvent être aménagés.

Tableau n° 4 Les usages pénitentiaires du handicap⁷³

R	Action	Description
C L A S S E M E N T S	Classifications	L'observation et la classification des prisonniers font partie des tâches des personnels pénitentiaires. C'est un moyen de gestion des détentions : mais aussi une façon de protéger certains détenus. La plupart des autres dispositifs sont liés à cette activité de classification.
	Détecter la fragilité	La fragilité ou la vulnérabilité, selon le terme utilisé dans l'établissement, sont de plus en plus repérées. En effet, les professionnels doivent veiller à l'intégrité physique des détenus - dès les quartiers arrivants (RPE) toute problématique tend à être repérée. Ceci est discuté entre différents professionnels.
	Coopération des métiers	Les relations entre professionnels, notamment entre services médicaux et pénitentiaires, peuvent être souvent tendues. Des crispations autour des identités professionnelles peuvent en être la cause. La « fragilité » de certains prisonniers et l'incertitude autour de leur prise en charge vient questionner ces identités par le fait d'obliger les différents métiers de coopérer.
	Les classements thérapeutiques	Toute activité en prison est soumise aux « classements ». Que l'on demande du travail, une activité culturelle, une formation ou des heures de sport, il faut être « classé » : correspondre aux normes (pénales, pénitentiaires, etc.) de l'activité demandée. Des prisonniers « fragiles » peuvent bénéficier d'un « classement thérapeutique » - non pas parce qu'ils sont considérés comme « capables », mais pour leur permettre d'avoir des ressources, les sortir de leur isolement et parfois pour gérer certains troubles psychiques.
	Surveillances spécifiques	Il s'agit de surveillances, souvent décidées avec les services médicaux des sujets les plus fragiles : malades à surveiller, personnes à risque de suicide, etc. Dans ces cas, les surveillants se déplacent à des heures précises même la nuit, pour vérifier l'état des prisonniers surveillés. L'état des personnes est consigné dans des logiciels et des fiches de suivi ou de liaison. Ce type de surveillance existe aussi au sujet des prisonniers « dangereux », mais c'est une problématique purement pénitentiaire.
	Affectation en cellule	L'état de santé des prisonniers dicte leur placement en cellule. Par exemple les personnes à mobilité réduite seront presque obligatoirement placées au rez-de-chaussée ; les personnes ayant des troubles du comportement, seules en cellule ; pour les prisonniers avec une problématique dépressive, un placement avec une autre personne peut être recherché.
S P A T I A L I S A T I O N	Les quartiers spécifiques	Les détenus repérés comme « fragiles » sont souvent placés dans des lieux bien précis : à proximité des unités sanitaires, au rez-de-chaussée, à proximité des bureaux des surveillants gradés. Ceci crée des ailes, coursives, étages « spécifiques ». Cette gestion par l'espace voit son aboutissement en la création des « quartiers spécifiques » - entièrement aménagés et parfois séparés de la détention.
	Spécialisations des établissements	Suite à la création des lieux plutôt aménagés, certains établissements sont connus pour leur « accessibilité ». Ils se voient donc affecter de plus en plus de personnes présentant une fragilité. Finalement certains dispositifs naissent parce que le nombre de détenus présentant une problématique est tellement important qu'une solution autre que pénitentiaire doit être trouvée.
	Quartier disciplinaire	Dans les discours, le quartier disciplinaire est parfois signe de troubles psychiques. Pendant un certain temps, il a pu être utilisé comme prise en charge de prisonniers en crise. Aujourd'hui, il pose la question de la possibilité d'enfermer des personnes malades. Nous avons constaté que pour les personnes qui avaient une problématique psychique, le QD peut être l'antichambre de l'hospitalisation en psychiatrie. Depuis un certain temps, des cellules sécurisées ou « lisses » commencent à exister où sont placés les prisonniers en crise (risque de suicide ou d'agression).
	Quartier d'isolement	Le quartier d'isolement ne constitue pas une sanction, mais un éloignement pour la protection du détenu ou de la détention. Des détenus qui ne peuvent pas satisfaire aux exigences de la vie en détention peuvent se retrouver en quartier d'isolement.
	Transferts	Légalement, lorsque l'établissement n'est pas approprié aux besoins des personnes, un transfert vers un établissement mieux adapté est préconisé. Le transfert vers un autre établissement peut être aussi fait dans le cas de problèmes psychiatriques, lorsqu'une hospitalisation n'est pas possible.
H Y B R I D E S	Détenus aidants	Des détenus peuvent aider d'autres. Lorsque ceci est fait d'une manière informelle, l'administration pénitentiaire est suspicieuse et évite de telles situations. Le plus souvent, c'est l'auxi de l'étage (auxiliaire de service général : qui nettoie l'étage et distribue les repas). Si c'est l'auxi de l'étage « des malades », il peut se voir demander de nettoyer les cellules des détenus qui ne le peuvent pas. Dans certains établissements, des emplois de détenu-aidant existent : dans ce cas, la tâche de celui-ci est d'aider les détenus malades dans la vie quotidienne.
	Préparation à la sortie	Les détenus ne sont pas égaux face à la sortie. Aujourd'hui, les règles font peser sur les individus la responsabilité de leur sortie - à travers des réductions de peine. Ces réductions sont soumises à l'exigence d'une bonne conduite en détention, mais aussi au fait de montrer « des efforts sérieux de réadaptation » (suivre une thérapie, travailler, passer un diplôme). Souvent, le handicap peut empêcher d'entrer dans cette économie de la peine et retarder la sortie. De plus, il peut être difficile d'obtenir un aménagement de peine (par ex pour raison médicale) sans une prise en charge adaptée. D'autre part, le handicap peut, plus rarement, être une ressource pour la sortie, notamment dans le cas où il peut permettre de trouver un logement ou un travail adaptés.

⁷³ Légende Tableau n° 4

Colonne 1 – Rationalité ; Colonne 2 – type d'action ; Colonne 3 – description des actions

ANNEXE

Tableaux présentant les profils des détenus handicapés

Légende des tableaux :

Les colonnes

Nom ou prénom – Tous les noms ont été changés. Certains prisonniers nous ont demandé de les appeler par leur prénom, d'autres ont utilisé un nom de famille. Nous avons sauvegardé cette différence qui montre le type de relation qui s'est établie lors des entretiens. Ici, nous avons laissé seulement la première lettre du nom ou prénom changé.

La colonne N correspond au nombre d'entretiens enregistrés. Très souvent, il y a eu une rencontre préalable, sans enregistrement.

Prison type : MA – Maison d'arrêt/CD – Centre de détention/MC – Maison centrale.

Accès aux droits et traitement socio-pénitentiaire spécifique – il s'agit de tout traitement mis en place en prison, laissant apparaître une particularité de la personne.

Problématiques et prises en charge – ce sont les choses évoquées par le détenu comme faisant apparaître ou liées au handicap.

Peine – la longueur de la peine.

Primaire ou PI (première incarcération) – pour la première fois en prison.

Des items

Seul en cellule – dans une Maison d'arrêt qui affiche une surpopulation aux alentours de 170 %, placer un prisonnier seul en cellule est une façon de prendre en charge un prisonnier qui peut être « hétéro-agressif » suite à des troubles psychiques ou dont le comportement peut le rendre vulnérable aux violences d'autres prisonniers. Les prisonniers ayant des déficiences sont plus vulnérables aux violences en prison – notamment dans le cas de la déficience intellectuelle.

Avec codétenu « calme » ou « doublé » - c'est une manière d'agir face aux détenus « fragiles », à risque de suicide ou d'isolement.

Les « observations spécifiques » sont destinées aux personnes particulièrement vulnérables en ce qui nous intéresse – malades, suicidaires. (Elles peuvent l'être pour des prisonniers qui présentent une particulière dangerosité). Les surveillants de l'étage sont obligés de vérifier aux heures régulières, préalablement décidées par la direction, l'état du prisonnier (en langage pénitentiaire - des rondes et des contre-rondes).

Tableau n° 5 Les plus jeunes

Nom ou prénom	N	Âge	Prison type	Accès aux droits et/ou traitement socio-pénitentiaire spécifique	Problématiques et prises en charge précédentes évoquées par le prisonnier	Peine	Première incarcération
S	1	18 ans	MA	Seul en cellule	Hyperactivité. Scolarité en classe spéciale.	3 ans	non
B	2	23 ans	MA	Seul en cellule - Fréquentes sanctions disciplinaires	Prise en charge en classe spécialisée - Problèmes de communication - Prises en charge à destination de jeunes en échec	2 ans	non
K	2	28 ans	MA	Seul en cellule - Étage des malades - AAH - Sous tutelle	Problèmes neuropsychiatrique, physique et de communication. Prises en charge en centre de rééducation et de réadaptation.	2 mois	non
C	1	33 ans	MA	Avec codétenu « calme ». Fréquentes sanctions	Désaccord avec les règles de la prison - Sentiment d'injustice - Impulsivité	23 mois	non
D	1	33 ans	MA	Prise en charge thérapeutique de sevrage	Problème d'addiction/Plusieurs cures/Manque de prise en charge et d'accompagnement à l'extérieur de la prison	en attente	non
P	1	20 ans	MA	Seul en cellule	Plusieurs hospitalisations en psychiatrie	en attente	non
S	1	30 ans	MA	Seul en cellule - Transféré d'un autre établissement - En attente d'hospitalisation en psychiatrie	Entend des voix. Ne supporte pas d'être dans sa cellule.	13 ans	non
BT	2	32 ans	MA	Seul en cellule - Observation spécifique	Prise en charge en neuropsychiatrie - problèmes de dépression, de communication, crises d'épilepsie	en attente	oui
BK	2	22 ans	MA	Démarches MDPH en cours. Prise en charge médicale	Infirmité membre supérieur	18 mois	non
H	2	30 ans	CD	Suivi médical	Problèmes neuropsychiatriques - crises d'épilepsie.	20 ans	non
BL	1	30 ans	CD	Travail adapté en prison- Reconnaissance MDPH	Problème psychiatrique et d'addiction. Fréquentes hospitalisations en psychiatrie	2 ans	non

Tableau n° 6 Les détenus d'âge moyen

Nom ou pré nom	N	Âge	Type	Accès aux droits et traitement socio-pénitentiaire spécifique	Problématiques et prises en charge précédentes évoquées par le prisonnier	Peine	PI
G	1	35	CD	Dans un quartier spécial pour malades psy, AAH	Plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Addictions. Prises en charge sociales et du handicap avant l'incarcération	3 ans	non
D	1	34	CD	Travail adapté - Reconnaissance MDPH	Plusieurs hospitalisations en psychiatrie. Addictions. Foyers de réinsertion sociale.	25 ans	non
B	1	35	CD	Travail adapté - Reconnaissance MDPH	Maladie psychiatrique. Abolition du discernement constatée par l'expert psychiatre	30 ans	oui
MB	1	35	CD	Travail adapté - Reconnaissance MDPH - Hospitalisations en SMPR	École spécialisée déficience intellectuelle, déscolarisation. Sans domicile avant l'incarcération. Foyers de réinsertion sociale	22 ans	non
DL	1	47	CD	Travail adapté - Reconnaissance MDPH	Hospitalisations en psychiatrie. Addictions. Sans domicile avant l'incarcération	16 ans	non
A	2	47	CD	Pension d'invalidité. Activités aménagées. Suivi médical	Problèmes de communication, impulsivité, fréquentes sanctions disciplinaires. Dépression.	5 ans	non
R	1	45	CD	Suivi médical	Problèmes de communication, isolement lié à l'infraction.	8 ans	oui
BK	2	39	CD	AAH/Suivi médical	Handicap sensoriel. Analphabète. Prise en charge en IME	5 ans	non
T	2	47	CD	Observation/Suivi	Problème de TOC	8 ans	non
MZ	2	40	CD	AAH	Hospitalisations en psychiatrie/Difficulté de travailler	20 ans	oui
MR	2	43	CD	Suivi médical	Infirmité membre supérieur. Séquelles accident de voiture. Prise en charge en centre de rééducation. Dépression	25 ans	non
V	2	42	MA	AAH/Cellule aménagée	Maladie chronique. Mobilité réduite.	30 mois	non
MT	2	49	MA	Travail thérapeutique	Mobilité réduite. Difficulté d'adaptation.	1 an	oui
ML	2	40	MA	AAH/Travail thérapeutique	Hospitalisations en psychiatrie, isolement	en attente	non
D	1	40	MA	AAH/Aides techniques/Étage des malades	Handicap sensoriel. Difficulté d'adaptation	en attente	oui
MH	1	40	MA	Seul en cellule. Suivi médical	Difficulté de communication. Traitement psychiatrique. Sans domicile avant l'incarcération	2 mois	non
SD	2	42	CD	Démarches AAH. Sevrage. Suivi médical	Handicap sensoriel. Addiction. Sans domicile avant l'incarcération.	2 ans	non
SS	1	47	CD	Cellule aménagée/Fauteuil roulant/Promenade aménagée/AAH/Suivi médical/Aide pour le nettoyage de la cellule	Mobilité réduite. Dépression liée à l'incarcération.	en attente	non
G	1	49	MC	Suivi médical. Cellule aménagée. Étage des malades. Aide au nettoyage de la cellule	Maladie chronique. Mobilité réduite.	25 ans	oui
CV	1	39	MC	Suivi médical. Travail	Infirmité membre supérieur. Difficultés administratives	15 ans	oui
B	1	38	MC	Suivi médical. Fréquentes hospitalisations en UHSI	Maladie chronique	20 ans	oui
A	2	48	MC	Suivi médical. Démarches auprès de la MDPH	Mobilité réduite. Ancienne addiction. Problèmes psychiatriques avant l'incarcération	perpétuité	non
SU	2	35	MC	Suivi médical. Orientation pour travail par le personnel médical.	Hospitalisations en psychiatrie lors de la détention	20 ans	non

Tableau n° 7 Les plus âgés

Nom ou prénom	N	Âge	Type prison	Accès aux droits et traitement socio-pénitentiaire spécifique	Problématiques et prises en charge précédentes évoquées par le prisonnier	Peine	PI
Q	1	50 ans	MA	Traitement médical/seul en cellule	Hospitalisations en psychiatrie	en attente	oui
CP	1	51 ans	CD	Travail adapté - Reconnaissance MDPH	Ne signale pas	20 ans	non
KD	1	52 ans	MA	RQTH à l'extérieur/aides techniques	Problèmes dos et cervicales	8 mois	oui
CH	2	52 ans	CD	Suivi médical/AAH	Traumatisme viscéral/Prise en charge en école spécialisée	15 ans	oui
V	1	58 ans	MA	Libération conditionnelle pour problème de santé révoquée. Seul en cellule/Étage des malades/Suivi médical	Mobilité réduite/Dépression	12 ans	oui
P	2	60 ans	MC	Aile spécifique pour personnes à mobilité réduite	Mobilité réduite/Dépression	30 ans	oui
JM	1	62 ans	MA	Hospitalisation en UHSI/Suivi médical/Travail thérapeutique	Maladie chronique/Mobilité réduite	20 ans	non
D	2	63 ans	MA	Seul en cellule/Étage des malades/Suivi médical/Aide humaine nettoyage de cellule	Maladie chronique/Crises d'épilepsie	5 ans	oui
P	2	65 ans	MC	Dans une aile spécifique pour personnes à mobilité réduite/Fauteuil roulant/Aide d'un codétenu	Impossibilité de sortir en promenade ou d'aller en salle d'activité	25 ans	non
DH	2	65 ans	MC	Dispense de travail/Suivi médical	Mobilité réduite/Hospitalisations en psychiatrie	Perpétuité	non
CL	2	65 ans	MA	Cellule aménagée/Fauteuil roulant/Promenade aménagée/Aide d'un codétenu	Difficulté de réparer son fauteuil roulant. Le service médical et la détention se renvoient le problème.	12 ans	oui
VT	2	66 ans	MC	Dans une aile spécifique pour personnes à mobilité réduite/Fauteuil roulant/Aide humaine	Ne sort pas à l'extérieur de l'aile spécifique	30 ans	oui
D	2	70 ans	MC	Dans une aile spécifique pour personnes à mobilité réduite/Fauteuil roulant/Aide humaine	Handicap sensoriel et moteur. Extractions fréquentes en hôpital. Nécessite des soins impossibles en prison. Refus par le juge de suspension de peine	30 ans	non
E	1	70 ans	MC	Prise en charge médicale	Maladie chronique	Perpétuité	oui
C	1	75 ans	MA	Cellule aménagée / Fauteuil roulant / Aide humaine	Perte de mobilité en prison	12 ans	oui

