



Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs

Malgré la garantie par la loi d'un accès aux soins équivalent à celui des autres citoyens, les personnes incarcérées souffrent de l'insuffisance des moyens médicaux et pénitentiaires, de la culture de la sécurité à tout prix et de la crainte d'une partie du monde médical.

Adeline Hazan
Contrôleure générale des lieux de privation de liberté

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 indique dans son article 46 que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». Un tel droit fondamental revêt une place essentielle dans la prise en charge des personnes détenues, qui ont souvent une santé plus dégradée que celle de la population générale en raison de la précarité de leurs conditions de vie antérieures, de leur éloignement des services médicaux et de la prévalence des addictions. Et la prison, avec sa violence, sa promiscuité et les carences qu'elle implique, vient en outre aggraver les pathologies somatiques et mentales, qui, souvent, se cumulent.

Sur le fondement du principe d'égalité d'accès aux soins défini par la loi, le « système médical » qui prend en charge les personnes détenues fait l'objet d'une organisation entièrement confiée au service public hospitalier – et non plus à l'administration pénitentiaire depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale – et dans laquelle se complètent des procédures d'accès aux services de droit commun et des institutions spécialement destinées à la population pénale.

Une organisation en manque de moyens et insuffisamment adaptée

Dans chaque établissement pénitentiaire (environ 190), une unité sanitaire propose une médecine de proximité à la fois somatique et psychiatrique. Elle est parfois complétée par un service médico-psychologique régional, qui propose des soins psychiatriques

ambulatoires dans une enceinte pénitentiaire (il en existe 28).

Pour bénéficier des soins de spécialistes ou d'hospitalisations de courte durée en matière somatique, les personnes détenues peuvent être accueillies dans les autres services de l'hôpital auquel appartient l'unité sanitaire de leur prison. Ils sont alors « extraits » de la détention pour des soins ambulatoires ou une hospitalisation de moins de quarante-huit heures dans une « chambre sécurisée ». Pour de plus longs séjours, on a recours à l'une des huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Des expérimentations encore peu nombreuses de télémédecine complètent le dispositif.

Pour les soins de santé mentale, les personnes détenues dont l'état nécessite une prise en charge hospitalière peuvent être accueillis dans un établissement psychiatrique de proximité sous le régime de l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique, ou dans l'une des neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Comme les UHSL, les UHSA sont implantées au sein de l'établissement hospitalier, dont elles constituent un service, et sécurisées par l'administration pénitentiaire.

Bien que cette organisation soit pensée pour couvrir l'ensemble des besoins, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), dans ses visites comme dans les courriers qu'il reçoit, ne cesse d'être le témoin des difficultés que rencontrent les personnes détenues pour obtenir les soins auxquels la loi leur garantit l'accès. Ces difficultés reposent sur quatre insuffisances principales : le manque des moyens nécessaires

pour la prise en charge au sein de la prison, les conditions d'accueil parfois dissuasives des personnes détenues dans le réseau hospitalier, les ruptures dans la continuité des soins, et l'absence de structures adaptées à la prise en charge des pathologies chroniques.

En détention, la présentation d'une personne à un médecin suppose que soit accomplie une série d'actes en apparence simples, qui vont de la prise de rendez-vous à l'acheminement d'une personne détenue de sa cellule à l'unité médicale. Chacun de ces actes peut, s'il vient à faire défaut, rendre la consultation impossible. Or les causes d'échec sont nombreuses.

En premier lieu, la surpopulation carcérale rend difficile la mobilisation de médecins et des surveillants pénitentiaires nécessaires pour la prise en charge des personnes. N'oublions pas en effet que c'est la capacité théorique des établissements pénitentiaires et non la population réellement hébergée qui détermine les moyens humains dont disposent tant l'administration pénitentiaire que les services hospitaliers pour exercer leurs missions.

Les difficultés que les établissements pénitentiaires surpeuplés rencontrent pour exécuter les mouvements de détenus peuvent être à l'origine de « rendez-vous manqués ». Les équipes médicales exerçant en prison dénoncent de manière récurrente les rendez-vous non honorés, mais si ce phénomène aux causes multiples demeure mal mesuré, une des raisons est à l'évidence le manque de moyens pénitentiaires.

La présence médicale elle-même est rare. En effet, les difficultés de démographie médicale que l'on observe partout sont accrues en prison en raison de la faible attractivité de ce mode d'exercice pour les médecins. Dès lors, s'il est toujours possible de mobiliser des praticiens hospitaliers contraints par leurs obligations de service public, il n'en est pas de même des praticiens libéraux, qui, déjà saturés par leur exercice normal, ne peuvent se permettre de venir dans des lieux où les mesures de sécurité multiplient à l'envi les contraintes et les temps d'attente. La difficulté d'accès à des spécialistes (dentistes ou ophtalmologistes notamment) ou des paramédicaux (kinésithérapeutes en particulier) est à l'origine de lourdes carences dans la prise en charge des personnes détenues, dont l'état de santé est souvent déjà précaire avant leur entrée en détention.

Les conditions d'accueil des personnes détenues dans le système hospitalier sont souvent dissuasives, menant une partie

d'entre elles à renoncer aux soins dont elles ont pourtant besoin.

Les mesures de sécurité mises en œuvre à l'hôpital ont un caractère contraignant et humiliant, parfois accentué par la nécessité de conduire une personne détenue menottée dans des locaux fréquentés par le public. Au cours des consultations et des soins, la présence des surveillants pénitentiaires est quasi systématique, parfois même à la demande de médecins peu habitués à rencontrer des détenus, ce qui porte une atteinte grave à la dignité des personnes et au secret médical. L'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, selon lequel « *tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire* », est le plus souvent méconnu.

Le séjour des personnes détenues en chambre sécurisée, même s'il est en principe limité à quarante-huit heures, peut être une épreuve difficile pour les personnes détenues en raison de l'absence de tout équipement, de toute distraction, de toute intimité, ainsi que de l'impossibilité de recevoir des visites ou de téléphoner, alors que le détenu y a droit en prison. Ce régime s'apparente à celui de l'isolement ou du quartier disciplinaire, aggravé par une surveillance policière constante.

Dans les UHSI et UHSA, où le mode de vie est en principe respectueux des droits conférés par le statut de détenu, la continuité de la prise en charge pénitentiaire est souvent rompue : les droits liés au maintien de relations familiales du patient détenu (visites et téléphone) ne sont que tardivement rétablis, son accès au travail en détention est perdu, et les actions entreprises pour la préparation de sa sortie sont interrompues.

Les nombreuses ruptures que suppose la vie carcérale, cloisonnée par nature, présentent autant d'obstacles à la continuité des soins. Chaque changement d'établissement donne lieu à une transmission souvent différée du dossier médical et oblige à reconstruire péniblement une prise en charge marquée par les difficultés que l'on a déjà mentionnées. La sortie d'UHSI ou d'UHSA marque le retour dans le monde carcéral peu propice au soin. Enfin, la sortie de prison n'est pas toujours accompagnée des rendez-vous médicaux et de l'accompagnement social qui seraient nécessaires pour assurer la continuité d'une prise en charge.

L'ensemble de ces raisons a conduit le CGLPL à publier le 16 juin 2015 un avis sur la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. Les mesures

préconisées pour mettre fin aux errements observés ne semblent cependant pas se mettre en place.

Enfin, la prison n'est pas un lieu de soin au long cours et n'est pas en mesure de prendre en charge des personnes détenues atteintes de pathologies chroniques, qu'il s'agisse de pathologies liées au vieillissement, de maladies chroniques ou d'affections mentales de longue durée. Dans ces situations, la loi prévoit la possibilité de prononcer une « suspension de peine pour raison médicale » mais celle-ci, en pratique, ne trouve guère à s'appliquer faute de places disponibles dans des structures médico-sociales, qui peuvent en outre se montrer réticentes à accueillir des sortants de prison.

Même avec un système censé couvrir la totalité des besoins, la prise en charge sanitaire des personnes détenues achoppe sur des difficultés concrètes : la culture de la sécurité à tout prix, la crainte irraisonnée du détenu dans une partie du monde médical, l'insuffisance des moyens médicaux et pénitentiaires interdisent aux personnes incarcérées de bénéficier concrètement de l'égal accès aux soins pourtant garanti par la loi. ●



tribunes

L'environnement social : l'exemple de l'association Genepi

**Avec près
de 900 bénévoles,
l'association Genepi milite
pour le décloisonnement
des institutions carcérales
par la circulation
des savoirs
et des témoignages
entre les personnes
enfermées, les bénévoles
et la société civile.
Témoignages...**

Pour en savoir plus sur le Genepi :
www.genepi.fr
ou sur les réseaux sociaux,
sous le nom Genepi France.

Association Genepi

« **E**n ce moment, faire une rétrospection dans l'estomac diabolique de ce dragon, enragé, me plonge dans un état abyssal » : extrait d'une lettre de S., détenu au centre pénitentiaire de Moulins-Yzeure, juin 2018.

Au mois de janvier 2018 est paru le numéro 70 de la revue du Genepi, *Le Passe-Murailles*. Nous y présentons un dossier intitulé « La prison, peine de mort... sociale ». Après la grève des surveillants et le discours brumeux et manichéen prôné par les médias dominants à ce sujet, nous souhaitons écrire sur les éléments qui constituent, en premier lieu, les conditions carcérales – soit la folie, la déshumanisation, le suicide, la mort en prison.

L'association Genepi, depuis plus de quarante ans, dénonce la prison comme « *corps malade* ». Avec Alain Brossat, nous pensons que « *la prison, substituée à la mise à mort, constitue un espace d'exercice indirect du droit de mort*¹ ». Ainsi, le Genepi sensibilise et informe les publics, dénonce les inerties politiques et médiatiques en ce qui concerne la prison, et lutte contre la répression et les formes d'enfermement. Également, l'association propose des ateliers en détention, prévus en concertation avec les personnes détenues, sous le signe de l'éducation populaire. Une motion du conseil d'administration du Genepi adoptée en 2016 précise que « *notre position est celle d'égaux*² ».

Cette intervention, cette entrée dans un lieu artificiel de mort, s'accompagne ainsi

d'une réflexion perpétuelle sur le sens que nous donnons à l'action en détention. Cette réflexion est notamment inscrite dans nos prises de position, votées en assemblée générale depuis 1981. Il est important de dire que :

- nous ne prétendons pas agir sur l'environnement social des personnes détenues ;
- nous ne prétendons pas transformer le corps malade qu'est la prison ;
- certaines personnes enfermées nous parlent cependant d'une « bouffée d'air frais ».

Le plus important, ce à quoi nous sommes particulièrement attachés, est l'expression individuelle et collective des personnes enfermées. Ainsi, l'objet social du « *déclouisonnement des institutions carcérales* » prend quelque peu sens. L'association doit être le relais de leurs paroles, témoignages, expériences (nous nommons d'ailleurs cela le devoir de témoignage).

Témoignages collectifs, tels que les communiqués récents des prisonniers de Seysses. Témoignages individuels, en ateliers, ou par correspondance épistolaire – parfois retranscrits dans *Le Passe-Murailles*. Ces derniers ont souvent un lien avec la santé physique et mentale de la personne détenue qui écrit. Ainsi, dans *Le Passe-Murailles* n° 72³, L. raconte : « *Pour ma part, je souffre au quotidien, je pleure beaucoup, et mes angoisses se transforment en rétention urinaire. Comme notre outil n'est plus notre cerveau mais notre corps, c'est lui qui parle, qui guide nos émotions et qui*

1. Brossat A. Pour en finir avec la prison. La Fabrique, 2001.

2. Motion du conseil d'administration de Genepi de 2016 : « Le scolaire, le socio-culturel et l'éducation populaire au Genepi : une gageure? ».

3. « Prisons de rêve, cauchemars en prison ». *Passe-Murailles*, mai-juin 2018. <https://www.genepi.fr/produit/72-prisons-de-reve-cauchemars-en-prison/>

Un bénévole témoin

Bien que les militants de Genepi soient habitués à relativiser l'impact de leurs interventions auprès des personnes détenues, les moments passés ensemble lors des ateliers socioculturels ont en réalité une importance certaine pour les participants.

En effet, lors de d'un atelier que j'ai mené dans un centre pénitentiaire, j'ai pu me rendre compte de l'importance croissante de notre présence. Le fait que nous soyons des bénévoles mais aussi des militants, avec une réflexion poussée sur l'univers carcéral, et que nous ne soyons pas assermentés, a permis une libération progressive de la parole des personnes détenues. Par notre écoute, et par l'absence de remise en cause de leur parole, nous sommes vite devenus des confidents privilégiés, comblant alors le manque d'attention des différents acteurs du monde carcéral : conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), surveillants, juges d'application des peines (JAP), psychologues, psychiatres, etc.

Nous avons été poussés, un peu malgré nous, dans ce rôle. Certains prisonniers nous ont confié avoir attendu près de neuf mois

un premier rendez-vous avec le psychologue. D'autres n'avaient le droit qu'à un seul rendez-vous par mois avec le psychiatre, pour en ressortir avec un sachet de 36 gélules à ingérer en une semaine – et sans avoir pu échanger sur leurs problèmes.

Les confidences portaient également sur les problèmes de santé rencontrés en prison, plus ou moins graves selon les cas : d'un problème de dos causé par la mauvaise literie à une hernie abdominale nécessitant une opération urgente. Dans ce dernier cas, le détenu a supplié en pleurs la gradée afin qu'elle l'autorise à se rendre à l'infirmerie. Cette dernière, impassible, lui a simplement ordonné de rentrer en cellule sous la menace, en cas d'inexécution, de l'envoyer au « cachot ». Ce n'est qu'une heure plus tard qu'on est venu le chercher pour qu'il voit un médecin, lequel a constaté la gravité de la situation et la nécessité de le transférer à l'hôpital.

Il existe également des récits encore plus effrayants, comme celui qui m'a été fait par une personne détenue ayant subi des violences physiques et sexuelles par des surveillants lors

d'une fouille. Face à la volonté du personnel d'étouffer la parole de la victime, les militants de Genepi ont alors un rôle important à jouer, celui d'écouter, de croire, de ne pas remettre en cause, puis de témoigner : cela existe, cela se passe.

Outre cette écoute, ce rôle de confidents et de conseillers, les militants de Genepi deviennent parfois de réels acteurs de la santé des personnes détenues. Non pas directement en apportant des soins ou une aide matérielle, mais justement à travers ce rôle d'écoute. Nous sommes alors ceux dont la parole, qui suit l'écoute, a de la valeur. Lorsque nous savons trouver les mots justes, nous pouvons par exemple aborder le sujet des addictions et tenter de trouver des alternatives aux substances prises par les personnes détenues. Ou alors, plus simplement, les moments d'activités que nous proposons, en changeant la routine et le quotidien, en montrant qu'ils ne sont pas stigmatisés et jugés, leur permettent de s'accrocher à une autre réalité que celle de l'intérieur de la prison. Notre action peut en ce cas devenir un réel soutien psychologique. ●

nous maintient debout. » Dans d'autres cas, les proches des personnes détenues trouvent aussi au Genepi le soutien de personnes compréhensives, alors que, jusque dans le cercle familial, le mot prison ne crée la plupart du temps que stigmates et stéréotypes.

Mais que peut l'écriture, la publication d'un témoignage et l'écoute face à l'immense machinerie de la prison, le lieu des « enterrés vivants⁴ » ? L., encore, écrit : « *Il est important pour nous de pouvoir se sentir considérées.* »

Le désir militant de l'association est parfois

teinté d'idéalisme : « *Nous souhaitons non pas pallier une absence mais bien créer une émulation politique, critique, revendicative, contestataire* », et les ateliers devraient être des « *espaces de questionnement* » et « *de création*⁵ ». Une théorie qui se heurte, le plus souvent, aux réalités carcérales et à la véritable expérience sensorielle et individuelle de la prison... À l'idéal répond le désir de quelques détenus de connaître deux heures d'un « ailleurs » en compagnie des bénévoles du Genepi. Pour ces derniers aussi, souvent, c'est l'impuissance qui prévaut face à des situations scandaleuses, choquantes, insup-

portables ; et l'on se dit : « *Évidemment, tout cela ne sert à rien...* »

La colère qui parfois anime les bénévoles-témoins fait grandir une volonté de diffusion de la réalité au plus grand nombre – c'est ce qui est proposé par le compte Instagram « Dis-leur pour nous », qui recense un certain nombre de phrases prononcées en atelier et qui une fois de plus ont un lien avec la santé des personnes enfermées : « *Des schizos, y'en a pas mal ici, des fois d'un coup ils pètent un câble et deviennent violents, alors ils les bourrent de médocs. Y'a pas de budget pour les faire hospitaliser.* » ●

4. Chamzo D. Colloque « La prison du XXI^e siècle : pourquoi, pour qui, comment ? ». 21 juin 2018. <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/est-capable-d-inventer-un-autre-modele-que-prison#.WzNgJdUzaUl>

5. Motion du conseil d'administration de Genepi, op. cit.



Comprendre la condition carcérale pour penser la santé en prison

La prison n'est pas seulement une privation de liberté mais la condamnation à des conditions de vie difficiles et souvent indignes. En France, le taux de suicide y est au moins le double de celui des pays voisins.

Didier Fassin

Professeur à l'Institute for Advanced Study, Princeton, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris

Didier Fassin est notamment l'auteur de *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, et de *Punir. Une passion contemporaine*, tous deux publiés au Seuil.

La prison avait été imaginée par ses concepteurs, à la fin du XVIII^e siècle – pensons à Cesare Beccaria et à John Howard – comme une peine à la fois plus douce et plus juste pour la sanction des crimes et délits. Plus douce, car elle évitait les châtiments physiques, les supplices et les exécutions. Plus juste, car elle permettait de proportionner la durée de l'incarcération en fonction de la gravité de l'infraction. L'histoire a montré que, quelle qu'ait été la bonne foi de ces philosophes et philanthropes, ce double argument fut dès le départ un leurre.

Premièrement, l'opposition entre l'univers punitif classique et le monde pénitentiaire moderne, c'est-à-dire entre la cruauté de l'échafaud et l'humanisation par la prison, négligeait le fait que, si spectaculaires qu'elles fussent, les mises à mort, parfois précédées de tortures, étaient devenues rares, car d'autres peines, tels les amendes et les bannissements, leur étaient presque toujours préférées. Ce que l'enfermement a en réalité permis, c'est l'extension illimitée du domaine du châtiment, au point d'en devenir aujourd'hui la référence absolue, au sein de la justice comme parmi le public. Et les conditions dans lesquelles il se réalise ont été, dès la période révolutionnaire, et tout au long du siècle suivant, dénoncées pour leur indignité.

Deuxièmement, la gradation de la peine a facilité, et non empêché, une tendance à son alourdissement pour des infractions de plus en plus minimes, donnant lieu, au cours des dernières décennies, à une inflation carcérale qui connaît peu d'exceptions dans le monde et qui s'avère sans corrélation avec l'évolution de la délinquance et de la criminalité. De

plus, cette sévérité est socialement ciblée, touchant essentiellement les classes populaires, en particulier les minorités ethnoraciales, mais épargnant les classes moyennes et supérieures, grâce à une sélection des infractions punissables – petits délits plutôt que crimes économiques.

Cette double logique conduit à ce que le régime punitif soit, à bien des égards, à la fois plus dur et plus injuste depuis l'invention de la prison, et ce malgré les multiples rapports en critiquant les déficiences, les réformes supposées les corriger et les améliorations ponctuelles apportées en matière de droit ou de confort. C'est ainsi qu'en France, où l'on annonce chaque année des effectifs toujours plus nombreux de personnes détenues, soit 70 800 au 1^{er} juillet 2018, et où la population carcérale se caractérise par une surreprésentation considérable des ouvriers, des chômeurs et des hommes ayant fait des études courtes, un chef de l'État peu suspect d'idées progressistes a pu qualifier la prison de « *honte de la République* ».

C'est à la lumière de cette grande illusion historique qu'il faut par conséquent analyser la question de la santé dans les établissements pénitentiaires. Je le ferai notamment sur la base d'une enquête ethnographique conduite dans une maison d'arrêt durant quatre années, de manière à pouvoir approfondir cette question au-delà des données statistiques, au demeurant rares sur le sujet. À la différence des établissements pour peine, réservés aux personnes dont l'emprisonnement est supérieur à deux ans, les maisons d'arrêt, où sont hébergés les deux tiers des prisonniers, regroupent des prévenus en attente de

leur procès et des condamnés à de courtes peines. Présumés innocents, pour les uns, et auteurs de petits délits, pour les autres, ils sont pourtant confrontés aux situations les plus éprouvantes.

D'une part, les maisons d'arrêt sont les seules institutions où l'encellulement individuel, inscrit dans la loi depuis 1875, n'est pas appliqué. La surpopulation y atteint 143 %, un taux qui sous-estime toutefois la gravité des situations. Ainsi, dans la maison d'arrêt que j'ai étudiée, en dix ans, l'excédent d'hommes détenus a presque triplé : tandis qu'au début de mon enquête, nombre de cellules étaient occupées par deux personnes, la cohabitation se fait désormais de plus en plus souvent à trois, avec deux lits superposés et un matelas au sol dans 9 mètres carrés. Un directeur d'établissement me disait que la première violence, en prison, c'est la surpopulation. C'est aussi une source fréquente de troubles physiques et mentaux.

D'autre part, les maisons d'arrêt n'offrent que peu d'activités aux personnes détenues, faute d'emplois et de stages disponibles, de places dans les cours dispensés, de structures sportives et de dispositifs culturels. Ainsi, moins d'un prisonnier sur cinq peut travailler, soit dans les services communs de la prison, soit dans les ateliers approvisionnés par de rares entreprises. Pour la majorité d'entre eux, et même pour la totalité de ceux condamnés à de courtes peines, la seule activité est, deux fois par jour pendant une heure, une sortie dans la cour de promenade, pour autant qu'ils ne décident pas de s'en priver par crainte des violences ou en quête d'un bref moment d'intimité. L'expérience carcérale consiste donc en cet enfermement vingt-deux ou vingt-trois heures par jour dans des cellules non seulement surpeuplées mais encore obscurcies par les caillebotis qui, pour des raisons de sécurité, doublent désormais les barreaux de fer. Progressivement intériorisé, le défaut de sens de la peine devient une source supplémentaire de souffrance.

Un taux de suicide révélateur du durcissement pénal conjugué à des conditions d'incarcération indignes

De cette épreuve et de ces effets sur les corps et les esprits, il est un indicateur tragiquement éclairant : le taux de suicide. La France est le pays d'Europe où ce taux est le plus élevé. Il est approximativement le double de celui observé au Royaume-Uni, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Suède, et le triple de celui enregistré en Autriche, en Espagne ou

en Grèce. Il a progressé de manière régulière au cours de la seconde moitié du xx^e siècle, avec une multiplication par 18 entre 1946 et 1990, année où l'on a compté 26 suicides pour 10 000 personnes détenues. S'il est vrai que le taux de suicide est dans la population générale française plus élevé que sur le reste du continent européen, ce facteur n'explique qu'en partie les chiffres constatés en prison, d'autant que la différence entre le taux en population générale et le taux au sein de la population carcérale n'a cessé de s'accroître pour atteindre un rapport d'un à sept. Ainsi, chaque semaine, deux personnes détenues se donnent la mort en moyenne, sans guère susciter d'émoi dans le public ni de questionnement par les responsables politiques de ce qui les explique. Car si les causes de ce phénomène sont complexes et difficiles à établir, on peut toutefois noter les circonstances dans lesquelles se produisent les suicides.

Temporellement, ils surviennent avec une fréquence plus élevée au début et à la fin de l'incarcération, une tendance qui s'est encore accentuée récemment. S'agissant des premières semaines du séjour en prison, la disproportion ressentie entre l'acte commis et la sanction pénale – une peine d'emprisonnement pour conduite après perte des points du permis, détention d'une petite quantité de cannabis ou bien outrage à agent dépositaire de l'autorité publique, pour citer quelques-unes des infractions dont la répression s'est accrue fortement depuis deux décennies – ainsi que les conséquences de l'incarcération sur la vie familiale, professionnelle et sociale, sont souvent déterminantes. S'agissant de la période avant la sortie, le geste suicidaire, en apparence paradoxal, trouve moins son explication dans l'angoisse de se retrouver à l'extérieur, comme on le croit, que dans l'annonce par le greffe de peines supplémentaires – pour des délits anciens retrouvés ou des sursis oubliés – conduisant à des actes de désespoir. Dans tous les cas, c'est bien le durcissement des politiques pénales qui rend compte de ces gestes auto-infligés.

Spatialement, les suicides sont particulièrement fréquents en cellule disciplinaire, le risque y étant au moins huit fois plus élevé qu'en cellule normale. Cette forme de punition dans la punition, ou de prison dans la prison, est de loin la réponse la plus souvent apportée aux fautes jugées en commission de discipline. Or, ce sont les personnes détenues les plus vulnérables qui sont le plus exposées à commettre ces fautes.

Par fragilité sociale, comme lorsqu'elles sont forcées d'accepter un téléphone portable de la part d'un prisonnier qui exerce son autorité sur les autres, ou par fragilité psychologique, qui les conduit à réagir aux provocations par des insultes ou des gestes violents. À l'angoisse de se retrouver à l'isolement au quartier disciplinaire s'ajoute alors le sentiment d'injustice du châtement, menant à l'acte funeste. Ici, c'est l'inhumanité des pratiques pénitentiaires qui est en cause.

Une circonstance singulière de survenue de ces suicides est révélatrice des difficultés d'accès aux soins. S'il est vrai qu'avec la loi du 18 janvier 1994, qui a transformé la médecine dite pénitentiaire sous autorité du ministère de la Justice en unités de consultations et de soins ambulatoires rattachées au ministère de la Santé, des améliorations significatives sont intervenues dans la prise en charge des malades, il n'en reste pas moins que, dans les faits, le fonctionnement des services médicaux obéit aux contraintes de l'institution pénitentiaire, causant des délais parfois importants dans le recours, y compris pour le simple soulagement de douleurs aiguës. Au moins deux des tentatives graves de suicide qui se sont produites dans la maison d'arrêt étudiée ont eu lieu dans ce contexte, dans un cas pour un volumineux abcès dentaire, dans l'autre pour une sciatique hyperalgique, tous deux laissés trop longtemps sans traitement : le premier prisonnier fut sauvé *in extremis* de l'incendie de son matelas ; le second fut découvert pendu par le surveillant venu le chercher pour sa consultation.

S'efforcer d'appréhender la question de la santé en prison nécessite donc de prendre en compte dans sa globalité la condition carcérale. Loin de n'être qu'une privation de liberté, comme le dit la loi, la peine d'emprisonnement est une privation de la plupart des éléments qui font la vie normale des individus en société : l'intimité, l'autonomie, la sécurité, l'affectivité, la sexualité, la confiance, la dignité. La réalité de cette condition carcérale, telle qu'elle vient d'être esquissée, supposerait que le public et les gouvernants révisent à la fois les politiques pénales qui conduisent à enfermer toujours plus et les pratiques pénitentiaires qui tendent vers toujours plus de rigueur. Or, on en est bien loin. À écouter les discours et lire les sondages, on ne peut que constater que le populisme des responsables et l'intolérance des citoyens vont dans le sens non seulement de punir plus mais aussi de punir plus durement. ●