



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 châtements 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 châtement, 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. ●