La discipline médicale : ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité

Lara Mahi

▶ **To cite this version:**

Lara Mahi. La discipline médicale : ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité. Sociologie. Université de Nanterre - Paris X, 2018. Français. NNT : 2018PA100072 . tel-02370381

HAL Id: tel-02370381

https://theses.hal.science/tel-02370381

Submitted on 19 Nov 2019

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

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

Université Paris Nanterre
200 av. de la République
92001 Nanterre Cedex
www.parisnanterre.fr

Université Paris Lumières
École Doctorale « Économie, Organisations, Société » (ED 396)
Laboratoire Sociologie, Philosophie et Socio-anthropologie Politiques (EA 3932)

Lara MAHI

LA DISCIPLINE MÉDICALE

Ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité

Thèse présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2018
en vue de l'obtention du doctorat de Sociologie de l'Université Paris Nanterre

sous la direction de M. Philippe COMBESSIE (Université Paris Nanterre)

Jury :

Mme Janine BARBOT, Directrice de recherche, Inserm (Rapporteure)
M. Marc BESSIN, Directeur de recherche, CNRS (Rapporteur)
Mme Isabelle COUTANT, Chargée de recherche, CNRS (Examinatrice)
M. Nicolas DUVOUX, Professeur, Université Paris 8 (Examinateur)
Mme Liora ISRAËL, Maîtresse des conférences, EHESS (Examinatrice)
Mme Corinne ROSTAING, Professeure, Université Lumière Lyon 2 (Examinatrice)

Résumé

La prison fait l'objet d'un nombre croissant de publications biomédicales depuis les années 1980, en France, comme dans la plupart des pays occidentaux industrialisés, mettant l'accent sur les prévalences élevées de certaines affections chroniques parmi la population carcérale. Comment se fait-il que tant de personnes emprisonnées ont des « problèmes » de « santé » ? Cette thèse entreprend de répondre à cette question en appréhendant la santé non pas comme un état, mais comme une norme. À partir d'une enquête ethnographique associant observations de pratiques judiciaires, monographies des services médicaux d'établissements pénitentiaires, entretiens, statistiques et étude de corpus d'articles scientifiques, elle s'attache à montrer, pas-à-pas, selon une approche processuelle, comment la chaîne pénale produit des « malades » en confrontant les individus saisis par ses dispositifs à des normes de santé et à des savoirs médicaux. À la croisée d'une sociologie des institutions, d'une sociologie de la médecine et d'une sociologie de la connaissance, en étant à la fois attentive à des pratiques bureaucratiques, à la construction de décisions (pénales, gestionnaires et médicales), aux conditions concrètes de réalisation d'études biomédicales en maison d'arrêt et à leurs effets, à des rhétoriques judiciaires et scientifiques, aux activités professionnelles qui constituent le soin en prison et à l'appropriation socialement différenciée de ce travail par les détenus, l'enquête permet de comprendre comment le pouvoir médical se déploie, au présent, de façon discrète et diffuse, dans et par des institutions ne se donnant pas pour première mission de soigner.

Mots clés : Ethnographie, pouvoir médical, justice pénale, prison, santé, médicalisation, analyse processuelle.

In France, as in most Western countries, prison has been the subject of a growing number of biomedical publications since the 1980s that emphasize the high prevalence of certain chronic conditions among the prison population. Why do so many prisoners have "health" "problems"? This dissertation undertakes to answer this question by approaching health not as a state, but as a norm. At the intersection of the sociology of institutions, the sociology of medicine and the sociology of knowledge, it draws on an ethnographic study combining observations of judicial practices, monographs of prison medical services, interviews, statistics and analyses of scholarly articles. Through a processual approach, it shows how the penal system produces "ill persons" by confronting the individuals caught by its devices with health norms and medical knowledge. By attending to the bureaucratic practices, to the construction of (criminal, managerial and medical) decisions, to the concrete conditions under which biomedical studies are conducted in prison as well as their effects, to the judicial and scientific discourses, to care activities and to the appropriation of such care by prisoners according to their social background, the present investigation allows for an understanding of how medical power currently unfolds, in a discreet and diffuse fashion, in and by institutions that do not primarily mean to cure.

Key words: Ethnography, medical power, criminal justice, prison, health, medicalization, processual approach.

Université Paris Nanterre
Laboratoire Sophiapol
200 av. de la République
92 000 Nanterre

Cette thèse a bénéficié du soutien financier de Sidaction et du Fonds de dotation Pierre Bergé.

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à Philippe Combessie, qui a encadré la réalisation de cette thèse, et avant cela de mes travaux de master, avec disponibilité et bienveillance. Je lui dois également de m'avoir encouragée à m'engager dans la recherche tandis que je n'envisageais pas cela possible, malgré mon grand intérêt pour la sociologie, parce que cette possibilité n'existait tout simplement pas.

Cette thèse n'aurait pu voir le jour ensuite sans les personnes qui ont accepté de participer à son enquête, que ce soit en me permettant de mener des observations à leurs côtés ou en prenant part à un entretien, à des moments parfois difficiles de leur vie. Je les remercie de leur confiance, et j'espère qu'elles trouveront les analyses justes ou, tout du moins, qu'elles s'y retrouveront. Sans pouvoir les remercier nommément, j'ai de plus une pensée particulière pour les trois professionnelles de santé qui ont soutenu les projets des enquêtes menées dans les prisons de « Servoud », de « Rodan » et d' « Alauposo », en les présentant à leurs chefs de pôle hospitalier et aux directeurs de ces établissements, me permettant ainsi d'obtenir en un temps record les autorisations d'accès nécessaires. Les mois passés dans les villes de « Rodan » et de « Servoud » n'auraient ensuite pas été aussi enthousiasmants sans les joueuses et les coachs de leurs équipes de roller derby, qui me les ont fait découvrir sous un autre jour (que celui de leurs prisons) tout en me transmettant un peu de leur endurance et de leur combativité ; à « Rodan », Anne-Lise BK et Élodie BZ ont eu en plus la gentillesse de m'accueillir chez elles : je leur en suis extrêmement reconnaissante.

Durant ces années de recherche, le laboratoire Sophiapol m'a offert un cadre à la fois stimulant et bienveillant pour mener à bien ce travail, et je tiens à remercier ses directeurs successifs, Alain Caillé, Stéphane Dufoix et Philippe Combessie, ainsi que ses administrateurs de la recherche, Delphine Mondout, Marion Forest, Amélie Le Bihan et Antoine Dauphragne, qui sont pour beaucoup dans le dynamisme de l'équipe. J'adresse également mes remerciements à Christophe Bénavent, directeur de l'école doctorale « Économie, Organisations, Société », et à Isabelle Tripet, en charge de sa gestion administrative, dont les conseils prodigués m'ont été très précieux, du premier au dernier jour de la thèse.

Cette recherche a bénéficié de conditions de réalisation idéales grâce à des financements me permettant de m'y consacrer pleinement durant plusieurs années. Le soutien de l'association Sidaction, loin de se limiter à un support financier sur quatre années, m'a permis de la conduire avec une entière liberté quant à ses directions tout en m'offrant régulièrement la possibilité de discuter ses analyses et, si certaines des personnes rencontrées au sein de l'association ont depuis vogué vers de nouvelles aventures, je tiens tout particulièrement à remercier Serawit Bruck-Landais, Paola de Carli, Marc Dixneuf, Vincent Douris, Sophie Lhuillier, Veronica Noseda et Ridha Nouiouat, dont le partage d'expériences et les encouragements ont pour moi beaucoup compté.

L'accueil durant deux années au sein de la mention « Santé, populations et politiques sociales » de l'EHESS, dans le cadre d'un poste d'ATER, m'a par la suite donné la possibilité de consolider les analyses développées, stimulée par les échanges avec les étudiantes et les étudiants rencontrés dans ce cadre. Cela n'aurait pas été possible sans la confiance accordée par les coordinateurs de la formation, Jean-Paul Gaudillière, Boris Hauray, Nicolas Henckes et Bertrand Pulman, et sans l'appui de Zeina Bouzid, en charge de son secrétariat. Je les remercie pour l'accueil exemplaire qui m'a été réservé au sein de l'équipe et d'avoir ainsi encore un peu plus conforté mon souhait de m'engager durablement dans la recherche. J'adresse également mes remerciements à Fanny Bugeja-Bloch, Baptiste Coulmont, Sylvaine Conord, Béatrice de Gasquet, Frédérique Leblanc et Gabriel Segré, pour m'avoir permis d'assurer des heures d'enseignements en parallèle à la conduite de la thèse ; et, pour tout ce qu'ils m'ont appris, je remercie les étudiantes et les étudiants qui ont pris part à ces enseignements à l'Université Paris-Nanterre, à l'Université Paris-Diderot et à l'Université Paris 8.

Aux différents stades de leur élaboration, les analyses développées dans la thèse ont bénéficié du regard critique de nombreux collègues que je tiens à remercier. Au sein du laboratoire Sophiapol, les séances mensuelles du séminaire du Lasco ont tout spécifiquement constitué un espace de travail à la fois riche et bienveillant ; je remercie ses coordinateurs, Philippe Combessie et Gabriel Segré, ainsi que ses participantes et participants, Julien Bernard, Lucie Bony, Sylvaine Conord, Catherine Deschamps, Aurélien Djakouane, Muriel Epstein, Laurent Gaissad, Myriam Joël, Christian Laval, David Lepoutre, Sybilla Mayer, Lucie Nayak, Sylvie Pédron-Colombani, Sacha Raoult, Jacques Saliba et Gilles Verpraet. Au-delà des apports tirés des nombreux séminaires et rencontres organisés au sein du laboratoire, prendre part à d'autres collectifs a également joué un rôle central dans la conduite de la thèse. L' « Université jeunes chercheur.e.s », organisée par Sidaction à Carry-le-Rouet en 2011, a ainsi constitué un premier grand moment de socialisation au milieu académique au début de mon parcours de chercheure, et je remercie ses organisatrices et organisateurs de m'avoir donné

la possibilité d'y participer. Je tiens aussi à remercier Marilou Gagnon et Viviane Namaste de m'avoir encouragée à rédiger de premières analyses tirés de la thèse en m'offrant de prendre part à un atelier d'écriture d'articles scientifiques mis en place à l'Université Concordia en 2014. J'ai beaucoup appris aux côtés des autres participantes et participants à cet atelier, Anne Bekelynck, Séverine Carillon, Pierre-Marie David, Serge Djossa Adoun, Gwénaël Domenech-Dorca, Marjorie Gerbier-Aublanc, Gabriel Girard, Natalie Gravelle et Larissa Kojoué, que je remercie vivement. J'adresse également mes remerciements aux membres des comités de rédaction d'*Anthropologie & Santé* et de la *Revue française de sociologie*, pour avoir accompagné leur publication en me faisant de précieuses remarques. Si le passage de l'écriture d'articles à l'écriture de la thèse s'est révélé quelque peu délicat, j'ai alors pu compter sur l'expérience, les conseils et les relectures d'Émilie Adam-Vézina, Stéphanie Alexander, Maud Arnal, Hugo Bertillot, Fanny Chabrol, Pierre-Marie David, Catherine Jones et Caroline Meier zu Biesen, dans le cadre d'un groupe d'écriture dit « GGG » constitué (un peu clandestinement) à la Maison des sciences de l'homme Paris-Nord en 2015-2016. Je les remercie chacune et chacun très chaleureusement de m'avoir aidée à dépasser un sentiment de doute devenu paralysant.

Au terme de cette recherche, je tiens à remercier quelques personnes qui en ont accompagné le déroulement : Olivier Chassaing, Anne-Claire Collier, Eva Debray, Muriel Epstein, Anthony Fouet, Jérémy Lemarié, Clément Méric, Adèle Mommeja, Lucie Nayak, Olivier Surel, Margot Verdier, Claire Vincent-Mory et Marie-Claire Willems, pour tous ces moments à la fois joyeux et studieux passés ensemble à la « T 211 » du Sophiapol ; les collègues avec lesquels j'ai été très heureuse d'échanger sur la route, Solène Billaud, Martino Comelli, Marine Dassé, Corentin Durand, Jacques Dutrieux, Lucille Gallardo, Jérémie Gauthier, Michelangelo Giampoali, Samir Hadj Belkacem, Meoïn Hagège, Ayrin Kök, Ana Marques, Sacha Raoult, Sébastien Saetta, Gaëtan Thomas, Alexandre Violle et Minoru Yokoyama ; les membres du « Réseau des jeunes chercheur.e.s VIH/sida » et du groupe « Traitement & Contrainte », pour le plaisir à faire émerger des réflexions collectives ; Anne-Claire Collier et Adèle Mommeja, pour leurs précieuses relectures lors de la finalisation du manuscrit ; et Claude Helleu, Amélie Karklins et Meriem Selmani, pour m'avoir si souvent fait profiter de leur recul.

Les mots ne suffisent pas pour exprimer ma gratitude à Baptiste Brossard, avec qui j'ai non seulement tant de plaisir à parler de sociologie et à partager mes réflexions jour après jour depuis des années, mais qui a en plus eu la gentillesse de me faire part de ses commentaires critiques sur plusieurs versions du manuscrit.

Pour leur soutien de toujours, j'adresse enfin mes remerciements à mes parents, Abdelkader et Régina Mahi, à mes sœurs, Leïla Notturno et Mélissa Mahi, et à Hugo Notturno, Léa et Pablo.

À Alberto et Edy Boton,

À Mimoun et Nounout Mahi

Liste des abréviations

Notes : (1) Les sigles et les acronymes témoignant d'un certain niveau d'institutionnalisation des phénomènes sociaux qu'ils désignent, et leurs usages constituant une pratique sociale en soi, manifestation de l'intensité de la socialisation à certains mondes sociaux des individus, il m'a semblé nécessaire de prendre de la distance vis-à-vis de cette pratique, en la réduisant a minima, *tout en étudiant lorsque cela m'est apparu significatif leurs usages par les enquêtés. Quelques abréviations développées ci-après sont néanmoins quelques fois employées dans la thèse. (2) Dans une logique proche, j'utilise dans la thèse des termes n'ayant pourtant plus d'existence légale pour désigner les services médicaux des établissements pénitentiaires ; ces services ont été réorganisés en 2012, c'est-à-dire au cours de l'enquête, en « Unités sanitaires » composées d'un « Dispositif de soins somatiques » et d'un « Dispositif de soins psychiatriques » : les appellations d' « Ucsa » et de « SMPR », qui désignaient* grosso modo *l'un et l'autre de ces deux dispositifs auparavant sont donc obsolètes, mais, celles qui les ont remplacées (« US », « DSS », « DSP ») n'ayant jamais été entendues sur le terrain contrairement aux anciennes, ce sont elles que j'ai privilégiées.*

ACM : Analyse des correspondances multiples.
Apcars : Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale.
Apsep : Association des professionnels de santé exerçant en prison.
BEP : Brevet d'études professionnelles.
BEPC : Brevet d'études du premier cycle du second degré (« brevet des collèges »).
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle.
CHU : Centre hospitalier universitaire.
Drees : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques.
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.
RPS : Réductions de peine supplémentaires.
RSA : Revenu de solidarité active.
SMPR : Service médico-psychologique régional.
Spip : Service pénitentiaire d'insertion et de probation.
Ucsa : Unité de consultation et de soins ambulatoires (« infirmerie »).
UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale (« hôpital-prison »).
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

Sommaire

Résumé 3

Remerciements 7

Liste des abréviations 13

Introduction **17**

Une analyse processuelle du déploiement du pouvoir médical dans et par les institutions judiciaire et carcérale 22

"Là-bas", où les directions du terrain dessinent l'itinéraire de l'enquête : une ethnographie de la chaîne pénale 25

1ère Partie. – Des usages du registre de la santé dans des procédures judiciaires et carcérales **41**

Chapitre 1. Questionner des "problèmes" de "santé" (I) **45**

1. "Levez-vous" : des malades à juger ? 49

2. La construction de la "personnalité" 52

3. La maladie en débat 57

4. Déterminer une sanction 80

5. La santé dans la rhétorique judiciaire 105

6. Des jugements sociaux pour juger pénalement 113

Chapitre 2. Questionner des "problèmes" de "santé" (II) **117**

1. "Asseyez-vous" : des arrivants en prison à soigner ? 124

2. La construction d'une "opportunité" 128

3. La visite médicale d'entrée 138

4. Compter les malades 162

5. La prison dans la rhétorique médicale 178

6. Un recrutement actif dans les files actives 188

Conclusion : Problématiser *193*

2nde Partie. – Modalités et effets d'une socialisation à la santé en établissement pénitentiaire **203**

Chapitre 3. Façonner des patients **207**

1. "Tomber." En prison, et malade 211

2. L'annonce d'un résultat "positif" au test d'entrée 213

3. Une prise en charge totale 230

4. Incorporer le diagnostic 282

5. La formation d'un discours sur soi 314

6. Les sens des activités médicales 342

Conclusion : Normaliser ? *421*

Conclusion **425**

Références bibliographiques **431**

Annexes 467

Tableau des propriétés des patients détenus interviewés 489

Table des tableaux, graphiques et encadrés 495

Table des matières 497

Introduction

> « Prisoners bear a substantial burden of physical and psychiatric disorders relative to the general population », *Lancet*, 2011.
>
> « In our sample, 40,6% of detainees have at least one diagnosed chronic somatic condition, 44,8% have at least one psychiatric condition. […] Only 37,0% of detainees have neither a chronic somatic nor a psychiatric condition » *PloS One*, 2017.
>
> « The high turnover [in prison] makes screening and health care far more challenging, but it also creates opportunities to access a wide swath of communities frequently inaccessible to public health initiatives », *Annual Review of Public Health*, 2012.
>
> « Minimizing inmates' physical and mental disability is an important step in reintegrating them into family and employment roles », *American Journal of Public Health*, 2009.

Ces extraits d'articles publiés dans des revues scientifiques[1] illustrent les discussions développées par un certain nombre de professionnels de santé, de chercheurs en santé publique ou encore d'épidémiologistes engagés dans la production d'une réflexion sur les conditions de santé de la population carcérale et son accès à des soins médicaux en prison. Constituant depuis quelques dizaines d'années un champ de recherche à part entière, incluant des revues spécialisées telles que le *Journal of Correctional Health Care* ou l'*International Journal of prisoner health*, créées respectivement en 1994 et en 2005, le milieu carcéral fait l'objet d'un nombre croissant de publications biomédicales depuis les années 1980.[2] Le

1. Cette thèse s'appuie notamment sur l'étude de publications biomédicales portant sur les conditions de santé de la population carcérale. Afin de distinguer ces publications (matériau) de celles permettant la progression des analyses (références), leurs sources sont par la suite identifiées comme suit dans le texte : [x] (ou x est un nombre), et les références complètes sont présentées en annexe, accompagnées d'une traduction en français le cas échéant. Voir là : [0] en Annexe A. Cf. *supra*, « Sources des publications biomédicales étudiées citées », p. 467-472.

2. Ce que l'on peut observer à partir d'une simple recherche avec le mot-clé « prison » dans une base de données bibliographiques biomédicales. Cf. *supra*, « Annexe B. Volume des publications sur le milieu carcéral (1966-2016) », p. 472.

développement de ce champ de recherche est justifié par un constat *a priori* simple : la population carcérale est en « mauvaise santé ».

Troubles psychiatriques. Maladies infectieuses. Conduites addictives. Ces trois types de pathologies – sur lesquelles portent la quasi-totalité des études menées – apparaissent ainsi nettement plus répandues parmi la population carcérale des pays où leurs taux de prévalence ont été mesurés qu'au sein de leur population générale. En France, les enquêtes réalisées à l'échelle d'un ou de plusieurs établissements pénitentiaires ont par exemple souligné qu'un détenu sur trois déclare avoir au moins une « pathologie somatique » lors de sa visite médicale d'entrée en maison d'arrêt (Fauchille *et al.*, 2016) ; que les détenus sont environ un sur sept à faire état d'une « consommation à risque » d'une ou de plusieurs substances psycho-actives à l'occasion de cet examen systématique de leur santé (Sahajian *et al.*, 2006) ; que 40% des personnes entrant en prison présentent des « symptômes psychiatriques » (Prieto, Faure, 2004) ; que la prévalence des « déficiences » est deux à trois fois plus élevée parmi les détenus qu'en population générale (Désesquelles, 2005) – selon qu'il s'agit de « déficiences viscérales ou métaboliques » (20,3% *versus* 8,8%), de « déficiences motrices » (24,6% *versus* 11,3%), de « déficiences auditives » (10,9% *versus* 5%) ou de « déficiences visuelles » (9,5% *versus* 4,3%) ; et que la prévalence de l'infection par le VIH et/ou le virus de l'hépatite C est six fois supérieure parmi la population carcérale qu'en population générale (Chiron *et al.*, 2013). Ces quelques résultats de recherche donnent un bref aperçu, à partir du cas français, de l'ensemble des enquêtes portant sur les écarts de niveau de santé entre personnes détenues et personnes « libres ».

Structure socio-démographique de la population carcérale. Inégalités sociales de santé. Comportements à risque. Faible accès et recours aux soins. Institution pathogène. Cumulés les uns aux autres, ces facteurs expliqueraient *in fine* pourquoi les détenus « présentent un état de santé fragilisé », résume une équipe de médecins en santé publique dans une livraison du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de 2013, à partir d'une revue de la littérature internationale consacrée à cette thématique de recherche (5.000 publications dont 120 étudiées) :

> « La population carcérale peut être considérée comme un groupe vulnérable, si on la définit comme une population possiblement exposée, dans la durée et en amont de l'incarcération, à des risques se déployant sur plusieurs dimensions, et ce de façon cumulative (risque d'un revenu et d'un niveau d'éducation peu élevés, risque d'un logement précaire, risque de maladie). Les catégories sociales défavorisées y sont ainsi surreprésentées. Par ailleurs, à l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins, d'une prévalence

> importante des comportements à risque (addictions, usage de drogues par voie intraveineuse, partenaires sexuels multiples par exemple) et des troubles mentaux. Ces difficultés préalables à l'incarcération peuvent être majorées par des conditions de détention potentiellement pathogènes : surpopulation, confinement, manque d'hygiène, sédentarité. De plus, on observe un vieillissement progressif de la population carcérale (au 1er janvier 2012, 16% des détenus avaient entre 40 et 50 ans, 7,8% entre 50 et 60 ans et 3,5% plus de 60 ans) ainsi qu'un allongement des peines (23,4% des personnes détenues sont condamnées à des peines supérieures à 5 ans), pouvant se traduire par un nombre croissant de pathologies chroniques à traiter et à prendre en charge en milieu pénitentiaire. » [Extrait d'une publication scientifique – [1].]

Cette littérature biomédicale objectivant la prévalence de certaines affections chroniques parmi la population carcérale a semble-t-il parallèlement contribué, ces derniers années en France, à l'émergence d'une réflexion sociologique sur la situation des personnes détenues en établissement pénitentiaire présentant des problèmes de santé somatique. Ainsi, si les sociologues ne s'étaient jusque là que très peu saisis de cette question – cela tout particulièrement en comparaison à la vaste littérature consacrée à l'articulation entre santé mentale et pénalité[3] et, plus

3. Ces travaux ont décrit les processus d'étiquetage comme « délinquant » ou « malade mental » conduisant à l'orientation vers des filières pénales ou médicales (Laberge *et al.*, 1995) ; ils ont mis en évidence des effets de « balancier » dans les flux de ces deux institutions que sont l'hôpital psychiatrique et la prison (Raoult, Harcourt, 2016) ; ils ont montré comment la santé mentale des prévenus est discutée durant des procès, analysé ses effets sur la détermination des décisions judiciaires en interrogeant notamment le rôle des expertises psychiatriques conduites sur les prévenus (Hochstedler, 1986 ; Thys, Korn, 1992 ; Butler, Wasserman, 2006 ; Cartuyvels *et al.*, 2010 ; Guignard, 2010 ; Saetta *et al.*, 2010 ; Stites, Dahlsgaard, 2015 ; Protais, 2016) ; ils ont décrit la diffusion de la discipline psy dans l'institution carcérale, parlant de « carcéralisation » du soin psychiatrique (Bérard, Chantraine, 2008a) et de « psychologisation des rapports sociaux de travail » en prison (Rostaing, 1998) ; ils ont étudié les interactions entre détenus et soignants-psy en termes d' « économie morale » (Fernandez, Lézé, 2011) et mis en évidence des « hybridations » dans les activités de soin déployées dans les établissements pénitentiaires (Lancelevée, 2016) ; et ils ont aussi porté sur l'après-prison, décrivant notamment les conséquences d'un emprisonnement sur la santé mentale d'anciens détenus (Liebling, Maruna, 2005). À côté de cela, concernant l'articulation entre santé somatique et pénalité, seules des hypothèses avaient jusque là été posées, suggérant que « certains pays peuvent être tentés par une politique pénale qui utilise la prison pour remédier partiellement aux risques engendrés par la précarité sociale, par exemple en matière de grande pauvreté ou de difficulté de santé (alcoolisme, toxicomanie...) » (Combessie, 2009 [2001], p. 108), et des manques relevés : « la mesure dans laquelle les informations liées à la santé [physique] influencent informellement le parcours carcéral, le moment et les modalités de remise en liberté n'est pas connue » (Robert, Frigon, 2006, p. 214).

modestement, aux travaux portant sur les consommateurs de drogues emprisonnés[4] –, plusieurs enquêtes ethnographiques ont été menées dernièrement à ce propos. Expérience du vieillissement en prison (Touraut, 2015a ; 2015b). Parcours de santé des sortants de prison vivant avec le VIH ou le virus de l'hépatite C (Hagège, 2016). Rapport à l'espace et au temps des malades en prison (Chassagne, 2017). Prévention et réduction des risques infectieux en prison et à la sortie (Joël, 2018). Centrées sur le rapport que les détenus ont à leur corps, à leur santé et aux discours médicaux, les problématiques de ces récentes enquêtes les distinguent très nettement des deux principales recherches sociologiques conduites jusqu'alors en France, sur l'articulation entre santé somatique et institution carcérale, dont le point de départ est tout autre, puisqu'il concerne les implications de l'application d'une réforme : la loi du 18 janvier 1994.

La réforme de 1994 a transformé l'organisation de la santé dans les prisons françaises en instaurant l'affiliation systématique des détenus au régime général de la sécurité sociale lors du placement sous écrou, c'est-à-dire à l'entrée en prison, et en transférant la responsabilité des activités de santé somatique développées dans les établissements pénitentiaires de l'Administration pénitentiaire à l'Hôpital public. Ainsi, plus concrètement, si les infirmières[5] présentes en milieu carcéral étaient auparavant membres du personnel pénitentiaire et les médecins rémunérés par son administration, ce sont désormais des professionnels de santé hospitaliers qui assurent les soins dispensés en prison. Les équipes soignantes sont composées de divers professionnels du secteur médical (infirmières, médecins, chirurgiens-dentistes, assistantes sociales, secrétaires médicales...), qui exercent exclusivement en prison, pour la grande majorité d'entre eux, tout en dépendant du centre hospitalier universitaire situé le plus à proximité de chaque établissement pénitentiaire, auxquelles sont rattachées les « Unités de consultation et de soins ambulatoires » (Ucsa) créées en remplacement des anciennes « infirmeries pénitentiaires ». Un nouveau groupe d'acteurs a donc intégré les prisons françaises il y a un peu plus d'une vingtaine d'années, avec pour mission de dispenser aux détenus des soins « équivalents » à ceux prodigués dans tout autre service hospitalier plus classique.

La transformation de l'organisation des activités de soins en milieu carcéral, consécutive à l'application de la loi du 18 janvier 1994, a ainsi constitué la trame de fond des deux principales recherches sociologiques menées jusqu'à il y a peu,

4. Voir notamment : Jacob Bouhnik et Maillard Touzé (1996), Fabrice Fernandez (2010), Ivana Obradovic (2013).

5. Les professions exercées très majoritairement par des femmes sont féminisées dans la thèse afin de ne pas faire disparaître la distribution genrée des rôles professionnels.

en France, sur la santé en prison. D'un côté, dans les années qui ont suivi la réforme, Bruno Milly (2001 ; 2003) a proposé une « sociologie des professions » d'inspiration boudonienne axée sur les médecins et les infirmières exerçant en prison, qui met l'accent sur les limites du principe d' « équivalence » défendu (faible autonomie des soignants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, non-respect du « secret médical »...) et les analyse au prisme des « logiques d'actions » de ces professionnels de santé.[6] D'un autre côté, Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2000) ont à la même période proposé une « sociologie des soins en prison », qui interroge les spécificités des activités de santé développées en milieu carcéral et décrit notamment ses contraintes et ses contradictions, ainsi que les négociations et les ajustements professionnels qu'elles imposent, en croisant, selon une approche compréhensive d'inspiration straussienne, les points de vue de ces trois groupes d'acteurs en présence que sont les professionnels de santé hospitaliers, les membres du personnel pénitentiaire et les détenus-patients.

On peut ainsi identifier deux temps de la problématisation de la recherche sociologique sur la santé en prison, en France, mais ces deux temps apparaissent en fait intrinsèquement liés, car – et nous y reviendrons[7] – c'est aussi l'entrée de professionnels de santé hospitaliers dans les établissements pénitentiaires, ou en d'autres termes l'application de la réforme de 1994, qui a favorisé l'accroissement de la production de connaissances sur les conditions de santé de la population carcérale et la mise en évidence du nombre important de personnes emprisonnées présentant un « état de santé fragilisé ». De fait, la transformation de l'organisation de la santé en milieu carcéral, il y a une vingtaine d'année, a aussi vraisemblablement concouru au développement d'une récente sociologie de l'expérience de la maladie en prison.

6. À partir d'une typologie, Bruno Milly (2001) identifie quatre « logiques d'action » parmi les professionnels de santé conduisant leurs activités en milieu carcéral : les « organicistes » « défendent le principe de consultations efficaces, technicisées, limitées à un traitement des pathologies organiques » ; les « puristes » « vivent au contraire en permanence dans le souci de respecter les normes déontologiques, particulièrement celles qui sont liées au secret médical » ; les « consensuels » « cherchent avant tout à éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires, en se souciant aussi peu du contenu du soin que du respect des normes déontologiques » ; et les « spécialistes pénitentiaires » « entendent affirmer la spécificité du soin des personnes détenues, en refusant un organicisme jugé inadapté aux besoins des personnes détenues, un purisme jugé intenable en milieu pénitentiaire et un consensualisme jugé déshonorant » (pp. 238-239).

7. Cf. *supra*, « Chapitre 2, section 4. Compter les malades », p. 162-178.

Une analyse processuelle du déploiement du pouvoir médical dans et par les institutions judiciaire et carcérale

Cette thèse se situe au croisement de ces deux temps de la recherche, dans la mesure où elle propose notamment d'étudier à la fois les activités professionnelles qui constituent le soin en prison et l'appropriation socialement différenciée de ce travail par les détenus, mais elle opère aussi un déplacement : elle appréhende la santé non pas comme *un état* mais comme *une norme* (Canguilhem, 1966). Par une analyse processuelle de trois dispositifs[8] de la pénalité, le procès en comparution immédiate, le « circuit arrivant » en maison d'arrêt et l'enfermement carcéral, la thèse entend montrer comment la chaîne pénale *produit* des « malades » en confrontant les individus saisis par ses dispositifs à des normes de santé et à des savoirs médicaux.

Elle s'inscrit ainsi dans le prolongement de travaux s'étant intéressés au pouvoir s'exerçant sur les individus à travers les institutions (Goffman, 1968 [1961]) ; Foucault, 1975 ; Foucault, 2004a ; Darmon, 2015 [2013]), travaux auxquels elle emprunte certains outils et concepts, tout en s'en distanciant en partie, puisqu'elle ne vise pas à comprendre comment l'institution – de façon globale – transforme les individus, comment elle les amène à adopter certains comportements, comment elle agit sur leurs subjectivités ou quels types d'individus elle fabrique ; la thèse applique ces questions à un pouvoir se déployant en son sein, la *discipline médicale*, entendue comme un ensemble de normes, de principes, de règles, de savoirs et de savoir-faire institués et instituants concernant la santé des individus. Pour le formuler autrement, à travers l'étude des institutions judiciaires et carcérales, il s'agit de comprendre comment la médecine imprègne de ses normes et savoirs les pratiques bureaucratiques et gestionnaires d'institutions ne se donnant pas pour première mission de soigner,[9] et d'interroger le pouvoir de

8. La notion de *dispositif* connaît plusieurs définitions (Dodier, Barbot, 2016) ; elle désigne ici une « séquence préparée d'opérations qui visent, pour les unes à qualifier des états de chose et pour les autres à les transformer » (Barbot, Dodier, 2014a, p. 408).

9. Ma démarche se rapproche en cela de travaux qui, s'inspirant du concept foucaldien de « biopolitique » (2004b) indexé à la « gouvernementalité », c'est-à-dire « l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité » (Foucault, 2004a, p. 111), ont porté sur les « manières dont bien d'autres agents sociaux, parfois inattendus, maintes institutions, apparemment étrangères aux problèmes sanitaires, définissent, pensent, mesurent et régulent les conduites corporelles, les représentations et les usages de soi concernant sa propre

transformation qu'elle exerce, dans et par leurs dispositifs, sur les façons de penser, de sentir, de croire, d'agir et de réagir des individus. Outre ses résultats, la thèse propose de ce fait également quelques outils et méthodes qui permettraient de les prolonger et de les approfondir, par l'étude notamment de l'imprégnation par la discipline médicale d'autres institutions qui peuvent pour certaines être qualifiées de « totales », de « disciplinaires » et/ou d' « enveloppantes » (*ibid.*), comme l'Armée ou l'École – à propos de laquelle je suggère à diverses reprises des rapprochements et je conclue.

La première partie de la thèse étudie les usages du *registre*[10] de la santé dans des procédures judiciaires et carcérales. Interrogeant des pratiques de tris conduites dans le cadre de deux dispositifs de la chaîne pénale, le procès en comparution immédiate et le « circuit arrivant » en maison d'arrêt, au travers desquels des « prévenus » deviennent des « condamnés » (Chapitre 1)[11] et des « arrivants » deviennent des « détenus » (Chapitre 2), ses deux chapitres s'attachent à saisir ce qui sous-tend et ce(ux) que produit la formulation d'une question posée par des acteurs se faisant alors « juges de normalité » (Foucault, 1975) – enquêtrices sociales, magistrats, personnel pénitentiaire, médecins, chercheurs... – à l'ensemble des individus confrontés à ces dispositifs : « Avez-vous des problèmes de santé ? »

La seconde partie de la thèse propose ensuite de centrer le regard sur l'expérience et le traitement réservé à des individus devenant « patients » en même temps que « détenus » (Chapitre 3), c'est-à-dire médicalisés lors du placement en établissement pénitentiaire, à la suite de leur passage par le deuxième dispositif étudié, le « circuit arrivant » en maison d'arrêt. Appréhendant la médicalisation[12]

existence à la fois biologique et biographique » (Fassin, Memmi, 2004, p. 11)

10. La notion de *registre* a été employée dans des acceptions variées (Leimdorfer, 2008). Elle désigne ici un thème qui est ouvert, exploré et mobilisé au sein d'un dispositif.

11. Ce chapitre a été publié dans une version précédente (Mahi, 2015a), qui est ici approfondie.

12. Le terme de « médicalisation » peut requérir quelques précisions quant à son usage. Notamment conceptualisée par Peter Conrad et Joseph Schneider (1980), dans un contexte où le pouvoir et le rôle de contrôleur social de la médecine sont au cœur des réflexions théoriques (Freidson, 1970 ; Zola, 1972 ; Illich, 1975 ; Foucault, 1976 ; Foucault, 1988), à partir de deux études montrant, pour l'une, comment les « conduites déviantes » d'enfants sont devenues des « symptômes » d'une nouvelle maladie, l' « hyperactivité » (Conrad, 1975) et, pour l'autre, comment les « consommations déviantes d'alcool » ont été reconnues par les autorités médicales comme relevant d'une « maladie », l' « alcoolisme » (Schneider, 1978), la *médicalisation* renvoie selon leur définition au « processus par lequel des problèmes non-médicaux deviennent identifiés et traités comme des problèmes médicaux, généralement en termes de maladie ou de troubles » (Conrad, 2007, p. 4 : je traduis). Ce concept a par la suite donné lieu à une vaste littérature (Conrad, 1992), proposant par exemple de décrire comment des phénomènes sont devenus des « problèmes médicaux », tels que l' « addiction aux jeux »

en prison en tant qu'*expérience socialisatrice*, et mettant donc l'accent « sur ce que les contextes d'action vécus "impriment" comme changement, modification, transformation sur les acteurs » (Lahire, 2013, p. 138), cette seconde partie emprunte et apporte aussi une contribution aux recherches menées sur l'institution carcérale selon cette perspective[13] (Clemmer, 1940 ; Sykes, 1958 ; Wheeler, 1961 ; Lemire, 1990 ; Cabelguen, 2006) qui, si elles ont déjà pu cibler des activités se déroulant derrière ses murs comme le travail des détenus (Guilbaud, 2008) ou leurs pratiques religieuses (Sarg, Lamine, 2011 ; Galembert et *al.*, 2016) ou sportives (Gras, 2003 ; Bodin et *al.*, 2007), n'ont jusque là pas interrogé les activités médicales développées en prison dans leur dimension socialisatrice.

Les analyses se fondent sur un raisonnement inductif associé à la *grounded theory* (Glaser, Strauss, 1967), comme je vais l'expliquer plus en détail dans le second temps de cette introduction, et l'exposé débute donc par une analyse d'inspiration pragmatique (Barthe et *al.*, 2013) des usages d'un registre et de pratiques discursives et argumentatives, puis il s'oriente peu à peu vers une étude des dispositions et incorporations (Bourdieu, 1980a) produites, en conséquence, par l'institution. Le lien entre ces deux approches est autorisé par une conception des opérations de catégorisation telle que développée par Ian Hacking (1995 ; 2002 ; 2004), dont le « nominalisme dynamique » se fonde sur le concept d' « effet de boucle » : ce processus par lequel les catégories deviennent des réalités et les réalités deviennent des catégories. Ainsi cette thèse developpe-t-elle l'idée que les institutions judiciaire et carcérale n'identifient, ne désignent et ne soignent pas seulement les malades : elles les produisent en partie à travers les multiples opérations de catégorisation dont font l'objet les individus confrontés à leurs dispositifs.

(Rosecrance, 1985 ; Rossol, 2001) ou le « syndrome prémenstruel » (Bell, 1987), ou encore comment des phénomènes « naturels », tels que la naissance (Wertz, Wertz, 1989) ou l'adolescence (Hill, Fortenberry, 1992), ont été progressivement régis par des conceptions médicales. Mon usage du terme de « médicalisation » est en fait assez éloigné de cette conceptualisation, dans la mesure où je ne l'emploie pas à la manière d'une catégorie ou pour désigner un état, mais comme une valeur continue construite à travers des pratiques, des discours et des « identités » (Halfmann, 2012), et parce que la « médicalisation » ne constitue ici que le point de départ de l'analyse (Rose, 2007) : elle ne dit rien de la finalité du processus étudié et de ses conséquences sur les subjectivités.

13. Cette seconde partie puise également dans les apports de recherches conduites sur des dispositifs socialisateurs pouvant être relatifs au soin (Mallon, 2004 ; Coutant, 2012), à l'enseignement (Dubet, Martuccelli, 2014 [1996] ; Darmon, 2001 ; Darmon, 2015 [2013]), à la formation professionnelle (Bertrand, 2012 ; Serre, 2015) ou encore aux loisirs (Houssaye, 2005 ; Lebon, 2005 ; Réau, 2005 ; Amsellem-Mainguy, Mardon, 2014).

"Là-bas", où les directions du terrain dessinent l'itinéraire de l'enquête : une ethnographie de la chaîne pénale

Mon propos s'appuie sur une enquête ethnographique conduite selon les principes de la *grounded theory* (Glaser, Strauss, 1967), c'est-à-dire en ne cherchant ni à vérifier des hypothèses, ni à se conformer strictement à un protocole méthodologique préalablement défini, et en élaborant les analyses puis la problématique de la recherche selon les données recueillies. Ce sont en d'autres termes d'abord les directions du terrain qui ont dessiné l'itinéraire de l'enquête, puis l'itinéraire emprunté et l'approche mise en œuvre qui ont orienté les analyses développées, et enfin ces éléments d'analyses qui ont progressivement construit la problématique de la recherche. Adopter une approche inductive amène souvent à se perdre durant son enquête, ou tout du moins à expérimenter un tel sentiment ; à errer de longues heures, à pousser une porte – ah, le placard à balais ! –, et puis une autre ; à faire une rencontre, et puis une autre, et à se laisser guider voire entraîner ; à s'ennuyer une fois passés les premiers mois et le sentiment de découverte, mais à poursuivre l'enquête car elle vient alors tout juste de débuter : on partage désormais, d'une certaine façon, l'ennui de cet avocat jouant discrètement à *Candy Crush* sur son téléphone portable en attendant de plaider ; on reconnaît comme ce juge un prévenu condamné quelques mois plus tôt par le tribunal et attendant dans le box pour être à nouveau jugé par les mêmes magistrats ; et puis l'on finit par tourner en rond, un peu comme ces prisonniers en cour de promenade.[14] En fait, si je décris là ces tâtonnements, c'est parce qu'ils seront pourtant peu visibles dans les développements suivants qui, en décrivant comment les terrains d'étude ont été déterminés, reviennent sur des événements ou des micro-décisions s'étant révélés précisément décisifs.[15]

14. Voir son illustration par Vincent Van Gogh, *La Ronde des prisonniers* (ou *Cour de prison*), huile sur toile peinte au cours de sa dernière année de vie d'après la gravure *La cour de promenade de Newgate* de Gustave Doré (1872) et conservée au musée Pouchkine (Moscou).

15. Il ne sera donc, malheureusement, pas question de ce placard à balais. Plus sérieusement, si l'exposé prétend décrire les orientations suivies et les micro-décisions s'étant révélées déterminantes, il importe de souligner que cela demeure nécessairement en partie parcellaire et subjectif, car toute orientation suivie et toute micro-décision n'est pas nécessairement éprouvée comme telle : elles peuvent échapper aux chercheurs ; dès lors que l'on entre quelque part en ignorant qu'il y avait en fait une seconde porte et en n'envisageant pas une seule seconde de suivre le conseil selon lequel il est possible de passer par la fenêtre, on ne peut par exemple que difficilement relever que l'on a suivi une voie plutôt que d'autres – et il ne s'agit là qu'à moitié d'une image.

Je n'aborde pas non plus dans cette introduction les diverses questions que l'on est en droit de se poser quant aux conditions de l'enquête ethnographique, c'est-à-dire mon positionnement sur le terrain, les méthodes utilisées et les réflexions qu'elle a pu susciter. Cela car dans la continuité d'autres observations (Bizeul, 1998 ; Darmon 2005), il me semble que les conditions d'une enquête doivent non seulement être soumises à l'analyse au même titre que tout autre matériau plus « classique », comme les observations ou les entretiens, mais qu'elles peuvent aussi s'avérer heuristiques pour saisir certains aspects des phénomènes sociaux étudiés. Afin de ne pas être redondante, je n'aborde donc pas là ces questions ; elles sont développées plus tard : leur analyse est mise au service de l'argumentation.[16] Une telle organisation de mes écrits, consistant à ne pas limiter les questions de réflexivité à une préambule que l'on laisse ensuite de côté, mais à les intégrer à l'argumentation, traduit une position théorique : considérer que la place de la chercheure ou du chercheur sur son terrain ne sert pas seulement à relativiser ses résultats ou à justifier les conditions de son enquête, mais qu'elle est potentiellement un résultat à part entière de la recherche.

L'itinéraire de l'enquête ethnographique est décrit de façon chronologique tout en étant centré sur trois points. Dans un premier temps, j'explique pourquoi les questions de départ de cette recherche m'ont amenée à déterminer deux volets au travail d'enquête, parmi lesquels l'étude de pratiques judiciaires, puis à finalement recentrer les observations sur une procédure pénale singulière : le procès en comparution immédiate. Dans le deuxième temps de l'exposé, je reviens sur la négociation de l'accès aux établissements pénitentiaires au sein desquels j'ai pu réaliser une ethnographie de leurs services médicaux, analysant pourquoi cette phase de négociation s'est déroulée extrêmement simplement et rapidement – en comparaison aux difficultés d'accès et au sentiment de lenteur souvent relatés dans la littérature ethnographique sur l'institution carcérale. Dans le dernier temps de l'exposé, j'expose les motifs m'ayant amenée à prendre pour terrains d'étude les prisons d'Alauposo, de Rodan et de Servoud, tout en introduisant des éléments descriptifs les concernant.

16. Une réflexion méthodologique et/ou épistémologique est développée dans chacun des trois chapitres, au regard de leurs problématiques respectives, sur l'élaboration d'une base de données quantitatives à partir d'observations, sur la construction du caractère « éthique » d'une recherche et sur la réalisation d'entretiens avec des personnes emprisonnées. Cf. *supra*, « Chapitre 1, section 4.2. Une analyse quantitative à partir de notes d'observation », p. 84-98 ; « Chapitre 2, section 4.3.2. Contraintes sur les enquêtés, enquête contraignante ? », p. 173-177 ; « Chapitre 3, section 4.1. L'expérience de la maladie à travers le récit de vie », p. 284-302.

De procès ordinaires aux procès en comparution immédiate

La thèse étudie notamment les usages du registre de la santé dans un dispositif pénal singulier : le procès en comparution immédiate. Au début de cette recherche pourtant, je n'envisageais pas d'étudier spécifiquement cette forme de procès. La lecture de la littérature biomédicale abordant la population carcérale m'avait en effet conduite à me poser deux questions. Pourquoi y a-t-il tant de malades en prison ? Comment cela se passe-t-il lorsque l'on est malade et détenu ? Et, influencée par la lecture des travaux de France-Line Mary (1996), bien qu'envisageant une approche ethnographique de ces questions, il m'apparaissait nécessaire de commencer par faire (au moins) un pas en arrière pour comprendre pourquoi il y a « tant de malades en prison », c'est-à-dire d'étudier un tri opéré en amont : la décision d'incarcération. C'est de cette façon que j'ai déterminé un premier volet au travail d'enquête : observer comment les conditions de santé de prévenus dans une affaire pénale sont discutées lors de procès et interroger leurs effets sur la construction de la sanction. Rien n'impliquait donc, à ce stade, que j'étudie spécifiquement des procès en comparution immédiate.

Durant les premières semaines d' « observation flottante » (Pétonnet, 1982) au Palais de justice de Paris,[17] je me suis ainsi familiarisée avec le fonctionnement de l'institution judiciaire : j'ai observé des procès correctionnels et quelques procès aux assises ; j'ai à chaque fois poussé les lourdes portes de salles d'audience et pris timidement place à leur dernier banc, puis un peu plus à l'avant ; j'ai conduit des observations dans telles chambres correctionnelles traitant plutôt des « affaires de proxénétisme », des « affaires médiatisées » ou des « délits de la circulation » ; j'ai écouté, observé, pris des notes ; j'ai erré dans les couloirs du Palais jusqu'à la nuit tombée. Et puis les semaines passant, le sentiment de faire fausse route s'est progressivement imposé à moi. Car des conditions de santé – autres que psychologiques – de l'ensemble des prévenus dont j'avais observé le procès, *il n'avait jamais été question*. Me posant des questions qui ne se posaient pas, ou n'étaient tout du moins pas posées, je commençais à mettre sérieusement en doute leur pertinence lorsque, discutant de ma recherche avec une avocate curieuse l'instant d'avant de savoir pourquoi je prenais des notes, celle-ci s'est exclamée sur le ton de l'évidence : « *Faut aller à la vingt-troisième – aux comparutions immédiates –, il y a que ça là-bas !* » « Ça », ce sont des prévenus en « mauvaise santé ».

À la vingt-troisième chambre du Palais de justice de Paris, dédiée aux procès en comparution immédiate, il est en effet *toujours question* des conditions de santé des prévenus : la santé est un registre systématiquement ouvert et exploré durant le

17. Cela par commodité essentiellement, parce qu'il s'agit de la ville où j'habite.

procès, dans une perspective d'individualisation de la peine.[18] En suivant ses usages dans les pratiques judiciaires, je me suis ainsi trouvée à étudier spécifiquement ce dispositif pénal : j'ai conduit des observations plusieurs jours par semaine durant un an, entre 2010 et 2011, dans les trois salles d'audience du tribunal de grande instance de Paris dédiées aux procès en comparution immédiate, et j'ai pris en note les débats d'audience de façon intensive en vue de les coder ensuite dans une base de données, pour interroger l'existence de *déterminants santé* de la sanction pénale.[19]

Le procès en comparution immédiate se distingue très nettement des autres types de procédures pénales. Fréquemment qualifiée de « justice de l'urgence » (Bastard, Mouhanna, 2007 ; Christin, 2008 ; Fernandez *et al.*, 2010 ; Fassin *et al.*, 2013), cette procédure consiste à traduire des prévenus devant un tribunal correctionnel directement à l'issue de leur garde à vue. Leur culpabilité pénale fait alors généralement consensus[20] (Fassin *et al.*, 2013, p. 50), et les actions qui leur sont reprochées sont mêmes peu débattues : le procès dure rarement plus d'une vingtaine de minutes ; le jugement est rendu dans la foulée, quelques heures plus tard, le jour même. En suivant les usages du registre de la santé dans des pratiques judiciaires, l'enquête s'est ainsi recentrée sur une procédure pénale se distinguant par ses modalités, mais aussi par la population à qui elle est destinée.

Le procès en comparution immédiate est un dispositif pénal principalement employé pour juger la « délinquance visible » : une « population flottante urbaine », sur laquelle se concentre le travail de la police (Lévy, 1986 ; Bérard, Chantraine, 2008b, p. 47). Fortement exposés au contrôle pénal, les prévenus sont très majoritairement des hommes, jeunes, de milieu populaire et décrits par la privation au procès : ils sont « sans » (papiers, emploi, domicile fixe...) ; ce sont les plus pauvres et des plus désaffiliés des justiciables.[21] Ainsi, parmi les personnes condamnées lors des procès observés puis soumis à une analyse quantitative, une

18. Cf. *supra*, « Chapitre 1. Questionner des "problèmes" de "santé" (I) », p. 45-117.

19. Les étapes par lesquelles le chercheur élabore son approche méthodologique constituant un « processus social au cours duquel de petites et de grandes décisions (souvent contraintes) ont été prises » (Bugeja-Bloch, Couto, 2015, p. 9), et ces pratiques de codage d'observations apportant là un éclairage sur le dispositif étudié, je décris la construction de cette « statistique ethnographique » (Cayouette-Remblière, 2011) dans le chapitre où je m'appuie sur ce matériau, mettant mes pratiques de codages en parallèle à celles analysées, c'est-à-dire la production de jugements. Cf. *supra*, « Chapitre 1, section 4.2. Une analyse quantitative à partir de notes d'observation », p. 84-98.

20. Il ne s'agit néanmoins pas d'une spécificité du procès en comparution immédiate, comme le montrent les travaux de Christiane Besnier (2017), consacrés à une procédure pénale qui, à l'opposé, est fréquemment caractérisée par l'adjectif de « lenteur » : le procès d'assises.

personne sur deux n'avait pas d'emploi, plus d'une personne sur cinq n'avait pas de domicile personnel et plus d'une personne sur dix s'était vu reprocher d'être en situation administrative irrégulière en France (Tableau I). En suivant les usages du registre de la santé dans des pratiques judiciaires, l'enquête s'est enfin également recentrée sur une procédure aboutissant fréquemment à un placement en maison d'arrêt (Gautron, Retière, 2013 ; Douillet *et al.*, 2015), où elle s'est ensuite poursuivie : un condamné sur trois est directement conduit en prison à l'annonce de sa sanction.

Tableau I. Propriétés des personnes jugées en comparution immédiate

	Effectifs	Fréq. (%)		Effectifs	Fréq. (%)
Sexe			Nationalité		
Homme	269	92,8	Française	169	58,3
Femme	21	7,2	Étrangère	121	41,7
Âge			Événements de santé		
18-20 ans	59	20,3	Pas de problème de santé	200	69
21-25 ans	56	19,3	Un (des) problème(s) de santé	90	31
26-35 ans	91	31,4	- et un suivi médical	72	24,8
36-45 ans	53	18,3	- et pas de suivi médical	18	6,2
+ 45 ans	31	10,7	Situation familiale (1)		
A un domicile			Célibataire	236	81,4
Oui	226	77,9	En couple cohabitant/marié	54	18,6
Non	64	22,1	Situation familiale (2)		
A un travail			A un (des) enfant(s)	186	64,1
Oui	143	49,3	N'a pas d'enfant	104	35,9
- dont en CDI	37	12,8	Casier judiciaire (nombre de condamnations)		
- dont non-déclaré	34	11,7	Aucune	106	36,6
Non	147	50,7	Une ou deux	60	20,7
- sans activité	143	49,3	Trois à neuf	74	25,5
- retraité	4	1,4	Dix ou plus	50	17,2

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate, à Paris, entre septembre 2010 et d'août 2011 (n=290).

21. Au sens de Robert Castel (1995 ; 2009), qui définit la « désaffiliation » comme « le décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit » (2009, p. 302).

Entrer en prison par la porte d'hôpitaux

Le second volet de l'enquête – alors guidé par l'autre question que je me posais à ce moment là : comment cela se passe-t-il lorsque l'on est malade et détenu ? – requérait que j'obtienne une autorisation d'accéder à des établissements pénitentiaires. C'est généralement la Direction de l'administration pénitentiaire qui détermine dans ce cas le ou les établissements où l'enquête pourra être menée, en concertation avec les chercheurs, et elle peut aussi délivrer des autorisations supplémentaires, comme celle d'utiliser un matériel d'enregistrement dans les prisons étudiées (magnétophone, appareil photo...). Si la grande majorité des chercheurs ayant mené des enquêtes par observations et/ou entretiens dans des prisons françaises semble avoir eu à passer par cette première étape de négociation,[22] ce n'est pas mon cas : je n'ai pas directement sollicité la Direction de l'administration pénitentiaire afin d'enquêter dans les prisons étudiées.

Au début de mon enquête, la lecture de la littérature en sciences sociales portant sur les services médicaux des établissements pénitentiaires m'a en effet permis de prendre connaissance d'un élément majeur caractérisant les relations entre les professionnels de santé des Ucsa et l'administration pénitentiaire : leurs relations sont traversées par une forme de tension, s'expliquant en grande partie par la volonté des soignants de préserver leur « indépendance » et leur « autonomie » au sein de l'institution (Bessin, Lechien, 2000 ; Milly, 2001). L'importance allouée à ces principes découle de l'histoire récente des services médicaux des établissements pénitentiaires, décrite plus haut : le personnel des Ucsa est constitué de professionnels de santé hospitaliers, dépendant non plus de l'Administration pénitentiaire mais de l'Hôpital public depuis 1994, et ils tiennent fermement les frontières de leurs espaces et de leurs activités, veillant à ce que le personnel pénitentiaire n'empiète pas dans ce qui leur apparaît de leur ressort et, réciproquement, s'efforçant de ne pas s'ingérer dans ce qu'ils jugent « non médical » et donc hors de leur domaine de compétence.[23]

En connaissance de cela, il m'est apparu inopportun de commencer à négocier la réalisation d'une enquête impliquant d'observer le quotidien dans les services médicaux de prisons en présentant mon projet à la Direction de l'administration

22. Bruno Milly (2001) décrit finement ses négociations avec l'Administration pénitentiaire et il analyse leurs effets sur le déroulement de l'enquête menée ensuite dans des Ucsa.

23. Je reviens sur cela plus tard. Cf. *supra*, « Chapitre 2, section 3.1.1. Une main se tend », p. 139-142 ; « Chapitre 2, section 4.1. L'institutionnalisation d'une entreprise de connaissance », p. 162-164 ; « Chapitre 2, section 5. La prison dans la rhétorique médicale », p. 178-188 ; « Chapitre 3, section 6.2.1.3. L'application d'une règle morale », p. 361-364 ; « Chapitre 3, section 6.3.2.2. Des dispositions de santé hybridées par le traitement carcéral », p. 408-413.

pénitentiaire. C'est vers des soignants exerçant en prison que je me suis en premier lieu tournée, et ce sont finalement trois professionnelles de santé qui ont porté mon projet de recherche devant leurs chefs de pôle hospitalier et les membres de leurs équipes respectives ainsi que, simultanément, devant les directeurs des établissements pénitentiaires où elles exercent, me permettant ainsi d'accéder au terrain. Les chefs de pôle hospitalier ont formalisé le cadre légal et administratif de l'enquête selon des normes leur convenant, en me délivrant un statut de « stagiaire sociologue » de l'hôpital affectée aux Unités de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) et en me plaçant sous la responsabilité de leurs médecins-chefs pour deux des services médicaux étudiés et de sa cadre de santé pour le troisième, et les directeurs des trois prisons enquêtées m'ont de leur côté délivré les autorisations d'accès nécessaires à la poursuite de l'enquête, tout en me permettant de conduire également mes observations et entretiens hors les frontières des services médicaux de leurs établissements.

Les étapes des négociations de l'accès aux prisons étudiées se sont déroulées sur des temps extrêmement courts en comparaison aux expériences relatées dans la littérature ethnographique sur l'institution carcérale : moins de trois mois se sont à chaque fois écoulés entre le moment où j'ai sollicité de façon informelle l'appui de professionnelles de santé et celui où j'ai pu accéder aux prisons où elles travaillent et débuter mes observations. Je n'ai en fait pas même véritablement eu à attendre, dans la mesure où ce délai m'était aussi nécessaire. Il m'a permis d'étudier l'écologie institutionnelle des régions de chaque prison avant le début de l'enquête (tribunaux, cours d'assises, hôpitaux, établissements psychiatriques, centres de détention...),[24] d'établir un premier contact avec des professionnels en lien aux prisons étudiées (juges d'application des peines, membres d'associations...) et de régler des questions plus pratiques ou relatives à d'autres de mes activités professionnelles (achever de dispenser un cours à l'université, obtenir une bourse, trouver un logement dans les villes des prisons...). Parallèlement à cela, j'ai seulement eu à rédiger des lettres et à adresser des photocopies de divers documents ; j'ai été avertie par courrier que des « enquêtes de moralité » étaient en cours à mon propos,[25] puis que mes autorisations d'accès étaient prêtes.

24. Ces infrastructures sont souvent mentionnées par le nom de la ville où elles sont implantées. Par exemple, « passer bientôt à [ville] » signifie être jugé prochainement par sa cour d'assises.

25. Les « enquêtes de moralité » ne m'ont conduite qu'une seule fois a être interrogée par des gendarmes. L'interrogatoire s'est déroulé par téléphone, alors que je me trouvais en fait depuis près de deux semaines dans la dernière prison étudiée : j'ai eu à répondre à des questions sur les professions des membres de ma famille et sur mes éventuelles relations sentimentales et décorations militaires – l'entretien a duré moins de cinq minutes.

L'accès au terrain m'est en fait apparu si simple que je me suis inquiétée une fois l'enquête achevée, me demandant si j'avais « mal fait » et même, puisque nous sommes sur le terrain du droit, si j'avais enquêté de façon « illégale » – bien qu'à découvert. Plusieurs éléments permettent néanmoins de comprendre pourquoi je n'ai pas rencontré les difficultés éprouvées par nombre de chercheurs ayant étudié *in situ* l'institution carcérale. D'abord, les professionnelles de santé sollicitées et les membres de leurs équipes ont trouvé leur compte dans les questions de départ de la recherche et, du fait de cela, ils m'ont fait bénéficier d'un important soutien, menant eux-mêmes les négociations et allant porter divers courriers et photocopies de documents directement auprès des personnes les attendant (secrétariats des CHU, services du greffe des prisons...) – ce qui a considérablement accéléré la partie administrative de l'accès au terrain. Ensuite, la conduite d'une recherche universitaire dans leurs services étant vraisemblablement valorisante pour leurs chefs de pôle hospitaliers, ces derniers ont semble-t-il aussi trouvé leur compte dans l'enquête et ils l'ont tout du moins soutenue.[26] Enfin, les directeurs de prisons sollicités par le personnel médical de leurs établissements ont aussi immédiatement donné leur aval, soutenant probablement n'avoir « rien à cacher » – comme ils me l'ont ensuite indiqué –, et certainement aussi parce qu'ils s'efforcent autant que possible de ne pas entraver l' « indépendance » et l' « autonomie » des professionnels de santé des Ucsa tout en manifestant la volonté d'entretenir de plus étroites relations avec eux : ces rapports de pouvoir ont joué en la faveur de la conduite de l'enquête, qui s'y est trouvée mêlée.[27]

Ainsi, j'ai bénéficié en premier lieu d'un important soutien de la part de trois professionnelles de santé pour accéder aux prisons étudiées, et il importe maintenant de décrire comment elles en sont venues à soutenir la conduite d'une enquête dans leurs services. Remontons pour ce faire dans le temps. Parallèlement aux observations menées au Palais de justice de Paris, j'ai en fait régulièrement pris part aux réunions d'un collectif, le « Groupe-prison », dont la formation a été impulsée par l'association de lutte contre le VIH/sida Sidaction, qui finance des programmes de recherche – dont celui-ci – ainsi que des associations de prévention et d'aide aux malades : le milieu carcéral est l'une de ses priorités. Ce collectif réunit, à raison de six ou sept fois par an, une douzaine de professionnels exerçant en prison et/ou dans des structures associatives et militantes en lien au

26. Je n'ai eu aucune interaction avec les chefs de pôle hospitalier, mais je suppose cela car il m'a été demandé de faire apparaître leurs noms et fonctions dans la thèse – ce que j'ai indiqué ne pouvoir faire, ayant fait le choix d'anonymiser les noms des prisons étudiées.

27. J'aborde plus bas mon positionnement vis-à-vis de ces rapports de pouvoir. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1.3.1. L'assimilation à une professionnelle de santé », p. 296-298.

milieu carcéral. Il s'agit principalement de professionnels de santé et de professionnels du secteur associatif, et quelques membres sont des professionnels de l'administration pénitentiaire. À chaque réunion, les participants au Groupe-prison mettent en commun les expériences auxquelles ils sont confrontés à travers leurs activités professionnelles, ils effectuent un travail de veille sur les questions de santé en prison et ils travaillent à l'élaboration de plaidoyers. Durant la période de l'enquête, les réflexions du groupe étaient ainsi centrées sur plusieurs thématiques : la réduction des risques d'infections virales en milieu carcéral (sexualité, programmes d'échange de seringues...) ; les minorités incarcérées (femmes cisgenres, femmes ou hommes transgenres, mineurs...) ; l'application de droits et de mesures judiciaires (octroi de suspensions de peine pour raison médicale, accès aux soins en prison...) et la coordination des actions menées en région.

C'est lors de l'une des réunions du Groupe-prison, à l'automne 2011, que les portes de plusieurs prisons se sont entrouvertes à moi. Après que j'ai présenté en quelques minutes des analyses tirées du premier volet de l'enquête, consacré à l'étude de tris pénaux, j'ai informé les professionnels de santé présents de mon souhait de poursuivre l'enquête dans des Ucsa, et je leur ai fait savoir que j'ignorais comment procéder. Tous ont proposé de soutenir ma démarche et de la porter devant leurs équipes : le niveau de réflexivité des professionnels de santé exerçant en prison est intense[28] et il leur importe que des recherches, dont en sciences sociales, soient menées sur leurs pratiques et sur la situation des malades emprisonnés. J'ai d'abord accepté la proposition d'appui de l'une des membres du groupe et, dix mois plus tard, après que j'ai achevé l'enquête dans cette première prison, j'ai sollicité l'appui d'une autre professionnelle de santé membre du collectif. Quelques mois après avoir achevé l'enquête dans cette deuxième prison, j'ai procédé différemment puisque j'ai décidé de prendre pour terrain d'étude un troisième établissement, compte tenu de ses caractéristiques, au sein duquel je n'avais alors aucun contact privilégié. Ne sachant comment y accéder, j'ai décrit dans un e-mail l'objet de ma recherche – à savoir, à ce moment là, une « étude sur les trajectoires dans la chaîne pénale de justiciables ayant des problèmes de santé somatique » –, ainsi que le travail d'enquête déjà effectué, et je l'ai envoyé à des adresses e-mail me semblant pouvoir être correctes (« ucsa@alauposo.fr » ; « ucsa@chu-[ville].fr » ; « alauposo@ucsa.fr »...). Moins d'une heure après avoir envoyé l'e-mail, la cadre de santé de l'équipe médicale de cette troisième prison m'a jointe par téléphone et, juste après s'être présentée, m'a demandé : « Vous pouvez venir quand ? »

28. Cela n'est pas spécifique aux professionnels de santé engagés dans ce collectif. Cf. *supra*, « Chapitre 2. Questionner des "problèmes" de "santé" (II) », p. 117-193.

Une ethnographie des services médicaux de trois établissements pénitentiaires

Le propos de la thèse s'appuie donc en grande partie sur une ethnographie des services médicaux d'établissements pénitentiaires français. Ce volet de l'enquête m'a conduite à étudier trois prisons, situées dans trois régions de France métropolitaine, où j'ai mené des observations et réalisé des entretiens[29] entre 2011 et 2013. L'enquête a plus exactement débuté au centre pénitentiaire de Servoud à l'hiver 2011-2012, puis elle s'est poursuivie au centre pénitentiaire de Rodan à l'automne 2012 et elle s'est enfin achevée au printemps 2013 au centre de détention d'Alauposo.[30] Cette chronologie revêt une certaine importance. Cela d'une part car mon regard s'est affiné au fur et à mesure que l'enquête progressait et qu'il ne m'a pas été possible de revenir dans les établissements étudiés une fois les durées des autorisations d'accès négociées arrivées à leur terme. Il me semble de ce fait que j'ai *vu* à Servoud, puis *compris* à Rodan, et enfin pu *comparer* à Alauposo. Cette chronologie revêt d'autre part une certaine importance car elle m'a permis d'introduire une dimension un peu plus longitudinale à cette étude, sans que cela soit anticipé, dans la mesure où quelques-unes des personnes détenues interviewées dans l'une ou l'autre des deux premières prisons étudiées

29. Je décris plus tard les conditions de réalisation des entretiens. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1. L'expérience de la maladie à travers le récit de vie », p. 284-302.

30. J'ai mené mes observations dans leurs services médicaux chaque jour sauf les dimanches, car ils sont fermés, et sans sortie de terrain à l'exception des nuits, pour la même raison, durant sept mois au total – trois mois, trois mois, puis un mois. Les prisons étudiées étant toutes trois éloignées géographiquement de mon domicile, je me suis installée à proximité du village d'Alauposo durant plusieurs semaines et dans les villes de Rodan et de Servoud durant plusieurs mois pour mener à bien ce volet de l'enquête. Enquêter loin de mon environnement de vie habituel a très certainement favorisé son déroulement. Cela d'une part car la solitude et la perte de repères éprouvées m'ont amenée à m'investir d'autant plus intensément dans le recueil de données que cela n'aurait sans doute été le cas si j'avais étudié des prisons situées près de mon domicile et, confrontée à mes diverses obligations, été impliquée dans de multiples autres activités en parallèle. Cela d'autre part car les enquêtés n'étant pas emprisonnés ou ayant été libérés durant l'enquête ont eu à cœur de me faire découvrir et apprécier leur région en plus de, redoutant mon isolement, m'inviter régulièrement chez eux le soir, me faire rencontrer leur famille ou encore me proposer de partager leurs loisirs (promenades, activités avec leurs enfants, soirées entre amis, concerts...). C'est souvent dans ces moments là, hors de prison et quelques fois en échangeant avec des proches des enquêtés, que j'ai pris connaissance de points de vue sur des situations ou d'informations qui m'avaient jusqu'alors échappées ; et il n'y a rien d'étonnant à cela : vivre au plus près de la population enquetée constitue un paramètre « élémentaire » dès lors que l'on veut saisir les « impondérables de la vie authentique » (Malinowski, 1989 [1922]).

ont été transférées par la suite dans la troisième : j'ai donc pu suivre leurs parcours sur des temporalités un peu plus longues et d'un établissement à un autre. Si l'enquête a été conduite dans plusieurs prisons, c'est ensuite en premier lieu parce que je poursuivais une visée de généralisation des analyses développées : il s'agissait d'être en mesure de saisir des régularités, quel que soit l'établissement, plus que de développer une approche comparative. Et si les prisons d'Alauposo, de Rodan et de Servoud ont été progressivement retenues comme terrain d'étude, c'est parce qu'elle revêtent des caractéristiques les distinguant les unes des autres tout en les rapprochant d'autres établissements, qui quant à eux les partagent : il m'a semblé que ces caractéristiques pouvaient avoir des effets considérables sur les situations observées. Je vais donc expliciter quelles sont ces caractéristiques auxquelles j'ai prêté attention lorsque j'ai sollicité l'appui des trois professionnelles de santé qui ont favorisé mon accès au terrain, ce qui me permettra en même temps d'introduire des éléments descriptifs concernant les trois prisons étudiées – je m'en tiendrai néanmoins à une description assez sommaire de chacune d'elles pour qu'elles ne soient pas identifiables : conformément aux engagements pris sur le terrain, Alauposo, Rodan et Servoud sont des noms de ville fictifs.

La première caractéristique à laquelle j'ai prêté attention dans le choix des prisons enquêtées renvoie à la classification des établissements pénitentiaires en différents types – le lecteur ayant une bonne connaissance du système carcéral français peut sauter ce paragraphe et aller directement à sa phrase de conclusion. Les prisons françaises sont en effet classées en deux grands types : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. Pour comprendre à quoi cette distinction renvoie, il faut d'abord savoir que les personnes placées en prison, soit parce qu'elles sont prévenues dans une affaire pénale et qu'elles ont été placées en détention provisoire, soit parce qu'elles ont été condamnées à une peine de prison ferme mise à exécution, sont nécessairement emprisonnées dans une maison d'arrêt. Ce type d'établissement pénitentiaire constitue en fait le principal mode d'emprisonnement en France, tant en terme de flux que de stock : si l'on prenait une photo de la population carcérale à un moment donné (stock), les deux tiers des personnes emprisonnées seraient détenues en maison d'arrêt. Une fois placés dans ce premier type de prisons, les détenus peuvent néanmoins être transférés dans un autre type d'établissement, dit « pour peine ». Pour y être transférés, ils doivent répondre à trois conditions : être condamné pénalement à effectuer une peine de prison ferme, ne plus avoir de possibilités légales de faire appel de cette décision et ne pas être prévenu dans une autre affaire judiciaire. Il n'existe ensuite pas qu'un mais plusieurs types d'établissements pour peine : les centres de détention et les maisons centrales d'un côté, dont les décisions de transferts sont gérées par

l'administration pénitentiaire, et les centres pour peine aménagée et les centres de semi-liberté d'un autre côté, dont les décisions de placements dépendent de juges d'application des peines. On a coutume de dire, un peu schématiquement et en oubliant ce second ensemble d'établissements pour peine, que les maisons d'arrêt sont destinées aux « courtes peines », c'est-à-dire aux personnes condamnées à une peine de prison ferme d'une durée inférieure à un an, et que les établissements pour peine sont eux destinés aux détenus condamnés à des peines plus longues, qui y sont de ce fait transférés pour les exécuter. Cela reste très schématique : quelqu'un peut tout à fait être emprisonné durant de longues années dans une maison d'arrêt ou, à l'inverse, être transféré vers un établissement pour peine après quelques semaines passées en maison d'arrêt et pour être libéré quelques mois plus tard.[31] Ce qui distingue plus radicalement ces deux types d'établissements pénitentiaires c'est d'abord que, contrairement aux maisons d'arrêt, les établissements pour peine sont régis par un *numerus clausus* : le nombre de personnes emprisonnées est nécessairement inférieur ou égal au nombre de places prévues. Consécutivement à cela, si les maisons d'arrêt connaissent un phénomène de « surpopulation », ce n'est pas le cas des établissements pour peine où, en plus de ne pas avoir à partager leur cellule de 9m² avec une voire deux autres personnes, les détenus ont plus de probabilité d'obtenir un emploi, de suivre une formation diplômante, etc. Le degré de « liberté » de se déplacer qui est octroyé aux détenus selon qu'ils sont emprisonnés dans l'un ou l'autre de ces deux types d'établissements constitue ensuite un autre élément les distinguant radicalement : en maison d'arrêt, les détenus sont enfermés dans une cellule la majeure du temps ; ils ont *a priori* davantage la possibilité de se déplacer au sein de la coursive, du bâtiment ou d'un secteur à l'autre de la prison dès lors qu'ils sont emprisonnées dans un centre de détention ou une maison centrale, car les portes des cellules sont généralement ouvertes en journée ; et ils peuvent ne pas être emprisonnés certains jours de la semaine ou à certaines heures de la journée quand ils sont placés dans un centre pour peine aménagée ou un centre de semi-liberté. Il s'agit là encore d'un tableau général : des personnes emprisonnées en maison d'arrêt peuvent bénéficier d'une plus grande liberté de se déplacer dans l'établissement en comparaison à des personnes emprisonnées en établissement pour peine, pour peu qu'elles soient employées au service général de la prison et que les secondes aient

31. Par exemple, parmi les personnes détenues interviewées dans le cadre de cette enquête, M. Delandre, condamné à dix ans de prison ferme, est détenu depuis quatre ans et demi dans une maison d'arrêt tandis que, à l'opposé, M. Maillard a été transféré en établissement pour peine après trois semaines passées en maison d'arrêt et pour y effectuer le quantum restant d'une condamnation à une peine de dix mois d'emprisonnement ferme.

été placées sous un « régime de maison d'arrêt » en établissement pour peine. J'ai donc notamment retenu les prisons d'Alauposo, de Rodan et de Servoud comme terrains d'enquête parce qu'elles permettent, à elles trois, d'étudier tous ces types d'établissements, à l'exception des maisons centrales : maison d'arrêt, centre de détention, centre de semi-liberté et centre pour peines aménagées.

Les structures pénitentiaires sont de plus dédiées pour certains aux détenu.e.s de sexe de type masculin et pour d'autres aux détenu.e.s de sexe de type féminin : la prison est, comme le rappelle Corinne Rostaing (2017a), l'une des rares institutions où s'opère toujours une telle séparation des individus selon leur sexe.[32] Il y a donc des maisons d'arrêt de femmes et des maisons d'arrêt d'hommes, des centres de détention de femmes et des centres de détentions d'hommes, etc., et c'est selon cette double classification des établissements – selon leur type et le type de sexe binaire à qui ils sont dédiés – que j'ai progressivement déterminé les terrains d'étude. À elles trois, les prisons d'Alauposo, de Rodan et de Servoud permettent d'appréhender l'expérience de femmes et d'hommes détenus dans des structures de type différents : la prison d'Alauposo est un centre de détention pour hommes ; les prisons de Rodan et de Servoud sont des centres pénitentiaires, c'est-à-dire des établissements comprenant des structures de type différents : la prison de Rodan compte une maison d'arrêt d'hommes, une maison d'arrêt de femmes, un centre pour peine aménagée pour hommes et un centre de semi-liberté pour hommes ; et la prison de Servoud comprend une maison d'arrêt d'hommes, une maison d'arrêt de femmes et un centre de détention pour femmes.

J'ai enfin été sensible à trois autres paramètres dans la détermination du choix des prisons étudiées : leur implantation géographique, leur taille et la période à laquelle elles ont été construites. Commençons par ce dernier critère. J'ai fait le choix d'enquêter dans des prisons n'ayant pas été construites aux mêmes périodes, car celles-ci déterminent bien souvent le type architectural des établissements et les techniques de surveillance qui y sont déployées, ce qui a des effets sur l'expérience carcérale des personnes emprisonnées (Moran, Jewkes, 2015) : le centre pénitentiaire de Servoud a été construit dans les années 1930 ; le centre pénitentiaire de Rodan a été édifié dans les années 1970 ; et le centre de détention

32. Le genre n'est pas pris en compte dans les décisions d'affectation, ce qui a des conséquences singulières pour les personnes ne s'identifiant pas à leur sexe biologique de naissance. Seules quelques prisons comptent en effet un quartier spécifiquement dédié aux personnes transgenres et, quand il n'en existe pas, celles-ci sont généralement placées au quartier d'isolement pendant toute la durée de l'incarcération. L'ouvrage collectif dirigé par Eric A. Stanley et Nat Smith (2011) décrit leur traitement carcéral dans le contexte nord-américain, tout en étudiant les liens entre transidentité et criminalisation.

d'Alauposo est la plus récente des prisons étudiées, puisqu'elle a été construite dans les années 1990.

L'environnement des prisons étudiées est un autre paramètre auquel j'ai prêté attention : le centre pénitentiaire de Servoud est situé dans l'un des plus grands centres urbains de France ; le centre pénitentiaire de Rodan est implanté dans une banlieue pavillonnaire de 25 000 habitants, située à proximité d'une grande ville de province ; et le centre de détention d'Alauposo a été construit au beau milieu de champs agricoles, en milieu rural, à la sortie d'une petite ville de 2 000 habitants. Si j'ai pris en compte l'environnement des prisons, c'est parce qu'il est lui aussi loin d'être neutre (Combessie, 1996). Ainsi, si l'on retrouve par exemple au centre pénitentiaire de Servoud le « continuum socio-spatial » décrit par Lucie Bony (2015a) à partir d'une enquête à la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine (située à Nanterre), entre les quartiers de la ville et les personnes détenues dans sa prison, cela est nettement moins le cas au centre pénitentiaire de Rodan et plus du tout au centre de détention d'Alauposo. À l'extrême opposé, le centre de détention d'Alauposo étant très peu accessible, car aucun transport en commun ne le dessert et la gare la plus à proximité se trouve à plus de quarante-cinq minutes de marche à pied de la prison, l'administration pénitentiaire y transfert en priorité des détenus ne recevant jamais de visite par les parloirs, qu'importe leur maison d'arrêt de provenance : les personnes détenues dans ce centre de détention ignorent pour la plupart où se situe la ville d' « Alauposo » sur une carte de France à leur arrivée, et certaines y ont été transférées depuis des maisons d'arrêt distantes de plusieurs centaines de kilomètres de cet établissement.

Le dernier paramètre auquel j'ai prêté attention concerne la taille des prisons prises pour terrain d'étude ou, en d'autres termes, le nombre de personnes qui y sont détenues. Le centre pénitentiaire de Servoud revêt un caractère assez exceptionnel sur ce point dans la mesure où cet établissement fait partie des plus grandes prisons françaises. Par opposition, le centre pénitentiaire de Rodan est plus commun en ce qui concerne sa taille : environ 800 personnes y sont emprisonnées (en terme de stock). Dans les deux cas, le nombre de personnes détenues est largement supérieur au nombre de places prévues : leurs taux d'occupation étaient respectivement d'environ 165% et de 185% à la période de l'enquête, d'après des données de l'Administration pénitentiaire. Le centre de détention d'Alauposo compte enfin 500 places et, étant régi par un un *numerus clausus*, il n'y a jamais plus de 500 hommes qui y sont emprisonnés. Si j'avais enfin envisagé d'achever l'enquête par des observations dans le service médical d'une petite maison d'arrêt comptant une cinquantaine de places et située à proximité d'Alauposo, j'ai néanmoins dû renoncer faute de temps.

Les centres pénitentiaires de Servoud et de Rodan et le centre de détention d'Alauposo ont donc été progressivement sélectionnés comme terrains d'étude dans une perspective de généralisation des résultats, et non afin de développer une approche comparative, parce que ces trois prisons revêtent des caractéristiques qui les distinguent les unes des autres tout en les rapprochant d'établissements les partageant : il s'agissait d'être en mesure de saisir des régularités quels que soient le type, la taille, la période de construction et l'environnement des prisons, et d'appréhender à la fois l'expérience de femmes et d'hommes détenus.

* * *

En résumé, cette thèse entend montrer comment la chaîne pénale *produit* des « malades » en confrontant les individus saisis par ses dispositifs à des normes de santé et à des savoirs médicaux. Elle s'appuie pour ce faire sur une enquête conduite durant trois ans (2010-2013) selon une approche inductive qui a progressivement dessiné son itinéraire, déterminé ses terrains d'étude, le type de matériau recueilli, puis sa problématique. En suivant d'abord les usages du registre de la santé dans des pratiques judiciaires, afin d'en saisir les éventuels effets sur la décision d'emprisonnement, l'approche mise en œuvre m'a amenée à centrer les analyses sur une procédure pénale particulière – le procès en comparution immédiate –, destinée à des personnes surexposées au contrôle pénal, souvent pauvres et désaffiliées, et aboutissant fréquemment à un placement en prison ; systématiquement investigué au sein de ce dispositif, le registre de la santé est peu mobilisé dans des formes de procès plus ordinaires : ce parallèle a au moins autant d'importance que l'étude de ses usages en comparution immédiate bien que, confrontée à l'impossible de décrire ce qui n'est pas, il est pour l'heure seulement posé ici. Mon accès aux prisons enquêtées a par la suite été grandement facilité par l'inscription dans des rapports de pouvoir de l'un des groupes en présence dans les établissements pénitentiaires – les professionnels de santé –, dont les attentes en terme de production de connaissances sur la santé de la population carcérale s'avèrent au moins aussi élevées que leur niveau de réflexivité est intense, comme on va le voir plus en détail ensuite. À la croisée d'une sociologie des institutions, d'une sociologie de la santé et de la médecine et d'une sociologie de la connaissance, à partir de l'étude de trois dispositifs de la pénalité – le procès pénal, le « circuit arrivant » en maison d'arrêt et l'enfermement carcéral –, les analyses qui suivent visent plus globalement à comprendre comment le pouvoir médical se déploie, au présent, dans et par des institutions qui, comme les institutions judiciaire et carcérale, ne se donnent pas pour première mission de soigner.

1ère Partie. – Des usages du registre de la santé dans des procédures judiciaires et carcérales

DEUX HOMMES sont assis sur un banc en bois. L'un comme l'autre patientent. Ils attendent leur tour. Plusieurs centaines de kilomètres les séparent l'un de l'autre. Le premier a été conduit par un gendarme jusqu'au box d'une salle d'audience, pour être jugé par des magistrats, après avoir été qualifié de « prévenu ». Le second s'est vu enjoindre par un surveillant pénitentiaire de rejoindre la salle d'attente de l'infirmerie d'une maison d'arrêt, pour être examiné par un médecin, après avoir été qualifié d' « arrivant ». Un prévenu et un arrivant. Les termes par lesquels ces hommes sont désignés renvoient dans les deux cas à un état de latence. À un entre-deux. Ils cesseront en fait d'être désignés ainsi quand une décision aura été formulée à leur propos : le « prévenu » deviendra un « condamné », à l'issue de son procès pénal, quand sa sentence aura été déterminée ; l' « arrivant » deviendra un « détenu », à l'issue de son « circuit arrivant » en maison d'arrêt, quand son affectation à l'une des cellules ordinaires de l'établissement pénitentiaire aura été décidée. Les deux dispositifs de la chaîne pénale dont il est question dans cette première partie – le procès pénal et le « circuit arrivant » – doivent permettre la formulation de ces décisions et, qu'il s'agisse d'être « jugés » ou « affectés », nous allons voir dans cette première partie que prévenus et arrivants auront notamment d'abord à répondre à une même question : « Avez-vous des problèmes de santé ? »

Chapitre 1. Questionner des “problèmes” de “santé” (I)

Hall du Palais de justice de Paris. Quelques dizaines de personnes patientent à proximité de la porte d'entrée de la vingt-troisième chambre du tribunal. Un gendarme se tenant debout juste devant le portique de sécurité la précédant interdit son accès. En attendant de pouvoir pénétrer à l'intérieur de la salle d'audience, dédiée aux procès en comparution immédiate, un avocat s'affaire à repérer qui sont ses clients parmi la foule : il ne les a encore jamais rencontrés, et l'audience débutera dans quelques minutes ; il s'adresse successivement à tous les groupes de personnes présents à proximité de la chambre correctionnelle, leur demandant : « *Est-ce qu'il y a des victimes parmi vous ?* » Ce sera lui qui, tout au long de l'après-midi, défendra les intérêts des parties civiles : il est de permanence. Assis sur un banc, deux hommes lui font signe que « non », d'un mouvement de tête, avant de reprendre leur conversation. Ils s'inquiètent du nombre d'affaires qui sera traité aujourd'hui par le tribunal : « *Déjà douze dossiers au rôle !* », s'exclame l'un deux ; « *La semaine dernière, je suis passé à vingt-et-une heure* », répond l'autre. Leur usage du langage de l'institution (le « rôle », ces cinq ou six feuilles agrafées sur lesquelles sont indiqués les noms et prénoms des prévenus qui seront jugés dans l'après-midi et les qualifications pénales des infractions qui leur sont reprochées), associé à leur tenue de ville, trahissent les raisons de leur présence devant l'entrée de la vingt-troisième chambre : ils sont interprètes. Ils ignorent l'heure à laquelle se tiendront les procès des prévenus dont ils auront à traduire les propos : dès le début de l'audience ou après la nuit tombée ? Non loin d'eux, assise sur un autre banc, une femme s'enquiert auprès d'une avocate des chances que son compagnon a de ne pas partir en prison à la fin de la journée. Elles interrompent subitement leur conversation quand le gendarme s'exclame : « *C'est bon, vous pouvez entrer !* »

À l'intérieur de la salle d'audience, quatre prévenus sont assis sur un banc en bois encerclé d'une balustrade. Trois d'entre eux ont les yeux rivés au sol quand le quatrième semble chercher du regard un visage familier parmi les personnes qui, progressivement, prennent place sur les bancs destinés au « public ». Tous les quatre sont des hommes. Les prévenues font figure d'exception dans ce dispositif pénal. Davantage protégées du contrôle pénal comparativement aux hommes – ce qui se traduit par une diminution de la proportion de femmes à chaque nouvelle étape du processus pénal, depuis le risque d'être soumis à un contrôle policier dans l'espace public (Jobard *et al.*, 2012) jusqu'à celui d'être emprisonné (Mary, 1996 ; Lelièvre, Léonard, 2012) –, les femmes sont rarement orientées vers une procédure en comparution immédiate, qui aboutit fréquemment à une condamnation à de la prison ferme (Gautron, Retière, 2013 ; Douillet *et al.*, 2015).[33] Quatre hommes donc. Depuis une journée au moins, ils sont « retenus » ou « détenus ». Ils arrivent de garde à vue ou de prison. Ils comparaîtront devant le tribunal pour des affaires distinctes. Ils seront jugés les uns après les autres. Assis dans le box, ils attendront leur tour.

Derrière chacun des quatre prévenus, un gendarme intégralement vêtu de noir est assis, silencieux, le visage impassible, des menottes pendues à la ceinture. Ces quatre gendarmes, avec celui contrôlant l'accès à la salle d'audience et celui ayant pris place à l'intérieur, forment « l'escorte ». Les escortes ne restent en poste au Palais de justice de Paris qu'une trentaine de jours ; leur composition est renouvelée chaque premier jour du mois : les gendarmes se familiarisent avec les codes et les normes de la « maison », au fil des jours, puis ils sont affectés à une autre mission. Pendant l'audience, les quatre vêtus de noir suivront – et souvent précéderont – les déplacements des justiciables qu'ils sont tenus de surveiller : ils se lèveront et ils se ressaieront à chaque fois que les juges intimeront l'ordre aux prévenus d'exercer ces mouvements, puis ils les menotteront et ils leur feront quitter la salle d'audience par une porte dérobée située dans le fond du box. Telles des ombres, jamais ils ne prononcent un mot.

À côté des quatre prévenus, tenue à distance d'eux par une vitre en plexiglas, une femme vêtue d'une robe noire à rabat blanc prend place à une tribune surélevée qui est équipée d'un ordinateur et d'une imprimante. Elle est entrée dans la salle d'audience par une porte dérobée, située juste derrière la tribune des juges, à l'opposé de celle contrôlée par le gendarme. Je m'approche d'elle et je lui

33. Je renvoie également aux travaux de Loraine Gelsthorpe et Nancy Loucks (1997), Carol Hedderman et Loraine Gelsthorpe (1997), Coline Cardi (2009) et Arthur Vuattoux (2014), concernant le traitement socialement différencié des prévenu.e.s selon leur genre, croisé aux effets d'autres variables (âge, « race », classe sociale...).

demande un exemplaire du rôle. (Elle m'en imprime un, et je m'assois sur le banc d'un box similaire à celui des prévenus, mais situé juste en face et dédié aux journalistes et aux personnes en formation.)[34] Elle est greffière. À plusieurs reprises pendant les débats, elle demandera au magistrat présidant l'audience d'ordonner aux prévenus de parler plus fort. Sur son ordinateur, elle retranscrira le plus littéralement possible tout ce qu'ils disent.

En face des quatre prévenus, assis lui aussi à une tribune surélevée et vêtu pareillement d'une blouse noire à rabat blanc, un homme est plongé dans un dossier. Semblant ignorer l'agitation ordonnée qui s'est progressivement emparée de la salle d'audience, il profite des dernières minutes restantes avant l'ouverture de l'audience pour compléter ses notes. Il est l'un des substituts du procureur. Plus tôt dans la journée, lui et ses collègues parquetiers ont énoncé à chacun des prévenus comparaissant ce jour devant le tribunal pour quels motifs légaux ils seront jugés : ils ont traduit des conditions d'existence, des états physiques, des actions ou encore des événements en intitulés d'infractions pénales et, parfois, de circonstances aggravantes. Le rôle remis par la greffière rend compte du travail de qualification opéré par ces magistrats durant la matinée. Debout, le magistrat du parquet requerra des sanctions à l'encontre des prévenus.

Au niveau du sol cette fois, juste devant la tribune où les juges prendront place dans quelques instants, se trouve un petit bureau sur lequel s'amassent des feuilles classées dans des pochettes de couleur. Ce bureau, encore désert, est celui de l'huissier de justice. Pour le moment, l'huissier s'efforce d'organiser l'ordre dans lequel la pile de dossiers qui est posée dessus sera traitée. Allant d'un côté à l'autre de la salle d'audience, il demande à une avocate ayant pris place au premier rang : « *Vous avez eu le temps de voir votre client ?* », puis, réclamant l'attention de toutes les personnes installées sur les bancs suivants, il interroge : « *Est-ce qu'il y en a parmi vous qui ont une convocation ?* » Un avocat l'interpelle : « *J'ai aussi un dossier de renvoi en vingt-trois-deux, c'est possible de prendre plus tard Monsieur [nom] ? Je n'ai pas encore eu le temps de le voir.* » Comme d'autres de ses confrères, cet avocat de permanence

34. Cette position dans l'espace de la salle d'audience a été renégociée chaque début de mois auprès des escortes qui, comme je l'ai précisé juste avant, ne restent en poste qu'un mois au palais de justice. Elle a eu pour principal intérêt de me permettre de me rapprocher de l'avant des salles d'audience, et d'ainsi entendre les interactions entre les magistrats, les prévenus et les avocats : l'espace est grand, les plafonds hauts, et les discours sont souvent inaudibles depuis les bancs destinés au public. Outre les escortes, seuls les huissiers, les greffières et quelques avocats ont été informés de l'objet de mon enquête. Je n'ai fait part aux magistrats de mon statut et du sujet de ma recherche qu'une fois les observations achevées, en les sollicitant pour participer à un entretien sociologique. Cf. *supra*, note de bas de page n°41, p. 55.

s'apprête à assurer la défense de prévenus jugés dans cette salle d'audience, mais aussi dans une autre salle d'audience, où se tient en ce moment même une scène relativement similaire à celle que je décris là. Deux salles d'audience sont en effet dédiés aux procès en comparution immédiate, à Paris, compte tenu du nombre de prévenus qui sont orientés chaque jour vers ce type de procédure. L'une des salles d'audience, située au rez-de-chaussée du Palais et présidée par deux magistrats du siège, est appelée la « vingt-trois-une » ; l'autre, située dans une autre aile du bâtiment et présidée par deux autres magistrats est appelée la « vingt-trois-deux » – les samedis, les prévenus jugés en comparution immédiate sont conduits jusqu'à une troisième salle d'audience, appelée alors la « vingt-trois-trois ». Tout au long de l'après-midi, l'avocat de permanence ira de l'une à l'autre des deux salles d'audience pour assister ses clients et, entre deux plaidoiries, il se rendra aussi dans les locaux du parquet, le « P 12 », afin de s'entretenir avec des prévenus qu'il n'a pas encore rencontrés et pour lesquels il plaidera l'instant d'après.

Au-dessus de la tête des quatre prévenus, fixée au mur, une horloge indique treize heures trente passées. Tandis que l'un des gendarmes surveillant la salle d'audience quitte son siège pour aller dire à une personne qu'il lui faut changer de banc – car le banc où elle s'est assise, molletonné contrairement aux autres, en bois nu, est réservé aux avocats –, l'huissier, se retournant, aperçoit l'un des deux vice-présidents de la vingt-trois-une : il patiente dans l'entrebâillement de la porte dérobée située dans le fond de la salle d'audience – celle empruntée l'instant d'avant par la greffière. L'huissier rejoint alors aussitôt son bureau et, debout, face public, il s'exclame : « *Le tribunal ! Veuillez vous lever !* » Le magistrat du siège fait son entrée dans la salle d'audience, suivi de ses deux assesseurs. Les trois juges se placent juste derrière les sièges de leur tribune. Ils observent un temps de silence, debout, face public, et le vice-président de la chambre annonce sur un ton solennel, en direction du public : « *L'audience est ouverte. Vous pouvez vous asseoir.* » Ils s'assoient eux-mêmes. Couvrant de sa voix forte les bruits produits par le mouvement collectif qui suit l'injonction à s'asseoir, l'huissier dépose sur la tribune des juges l'une de ses pochettes colorées tout en s'exclamant : « *Dossier numéro sept ! Monsieur [nom prénom] !* » Le magistrat présidant l'audience, s'adressant aux quatre prévenus qui sont assis dans le box, répète alors : « *Monsieur [nom prénom] ?* », puis, au prévenu réagissant à l'appel du nom énoncé, il indique : « *Levez-vous s'il vous plaît.* »

1. “Levez-vous” : des malades à juger ?

Guidé par le gendarme se tenant derrière lui, le prévenu dont le nom a été appelé se lève, il se faufile jusqu'à l'extrémité du box qui est au plus près de la greffière et des magistrats du siège, et il prend place devant un microphone (qui ne fonctionne pas). Le juge présidant l'audience se tourne entre-temps vers une autre personne ayant elle-même quitté sa place dans le public pour venir s'installer au banc situé au premier rang et il lui demande : « *Vous êtes Monsieur [prénom nom] ?* » L'avocat de permanence qui tentait de repérer ses clients l'instant d'avant lui fait signe que « oui » en même temps que lui, tout en relevant légèrement son corps du banc des avocats de la partie civile, et il se rassoit aussitôt après juste derrière son client.

Le magistrat présidant l'audience parcourt du regard un document du dossier pénal remis par l'huissier et il énonce : « *Monsieur [prénom nom], vous êtes né le [jour/mois/année : il y a trente-six ans] à Oran en Algérie, vous êtes Français, célibataire sans enfant, sans emploi et vous résidez au [adresse : à Paris]*. » Il interrompt sa lecture pour demander au prévenu : « *Je présume que c'est une domiciliation ?* » ; puis ce dernier acquiesçant, il poursuit : « *Vous êtes poursuivi pour avoir, [date : la veille], à Paris, commis un vol, en l'espèce d'une sacoche et d'un ordinateur portable, au préjudice de Monsieur [prénom nom]*. » Le magistrat ajoute que deux circonstances aggravantes ont été retenues par le parquet, l'usage de la violence et l'état de récidive légale, et, après avoir indiqué la date et le lieu d'une précédente condamnation pénale pour des actions qui furent également qualifiées de « vol », il demande au prévenu s'il accepte d'être jugé immédiatement, ce jour, ou s'il demande un délai pour préparer sa défense.

Le prévenu acceptant d'être jugé dès à présent, le magistrat présidant l'audience résume ce qui lui est reproché. La veille, l'homme assis sur le banc des parties civiles marchait dans une rue de la ville, la sacoche de son ordinateur à la main, lorsque quelqu'un surgit devant lui, le projeta au sol et la lui arracha des mains. Ce second homme fut aussitôt interpellé par des policiers, en « flagrant délit », et l'ordinateur et la sacoche furent restitués à celui qui les détenait l'instant d'avant. Qu'ils soient avocats, greffières, huissiers, interprètes ou magistrats, les professionnels de justice exerçant continuellement ou de temps à autre en comparution immédiate sont coutumiers de ce type de « faits » ou d' « affaires » : la plupart des prévenus jugés devant ces tribunaux comparaissent pour des événements qualifiés par les parquetiers de « vols », de « violences » ou d' « infractions à la législation sur les stupéfiants » (Tableau II).

Tableau II. Motif légal de la condamnation pénale

	Effectifs	Fréquences (%)
Atteinte aux personnes	72	24,8
Atteinte aux biens sans violence	32	11
Atteinte aux biens avec violence	81	27,9
Infraction à la législation sur les stupéfiants	32	11
Infraction à la législation sur les étrangers	31	10,7
Délit routier	15	5,2
Autres	27	9,3

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate, à Paris, entre septembre 2010 et d'août 2011 (n=290).

Note : La variable a été construite en retenant l'infraction principale reprochée, c'est-à-dire celle pour laquelle le code pénal prévoit la peine maximale la plus lourde.

Après avoir produit ce résumé des événements survenus la veille, à partir de pièces réunies dans le dossier pénal, le magistrat présidant l'audience demande au prévenu de décrire à son tour les « faits » qui lui sont reprochés : « *Qu'est-ce que vous avez à dire sur les faits, Monsieur [nom] ?* » Ce dernier approuve alors le récit produit par le magistrat : il répond avoir effectivement essayé de voler la sacoche et l'ordinateur. Mais juste après, vraisemblablement inquiet par la décision qui sera rendue à l'issue des débats, il supplie les trois juges : « *Ne me mettez pas en prison, je suis séropositif et j'ai besoin de me soigner.* . »

Nombre des prévenus jugés en comparution immédiate affirment être en mauvaise santé durant leur procès. Ainsi, sur l'ensemble des condamnations rendues par la vingt-troisième chambre du tribunal de grande instance de Paris observées puis codées,[35] une personne condamnée sur trois avait déclaré avoir un ou plusieurs problème(s) de santé durant son procès. Les « problèmes » les plus fréquemment mentionnés par les prévenus devant ces tribunaux sont la toxicomanie, les « problèmes avec l'alcool »[36], le cancer, le VIH et le virus de l'hépatite C. Leurs fréquences de citation sont largement supérieures à leurs prévalences respectives parmi la population générale (Tableau III).

35. La méthodologie de ce volet de l'enquête est décrite par la suite. Cf. *supra*, « Chapitre 1, section 4.2. Une analyse quantitative à partir de notes d'observation », p. 84-98.

36. Les catégories médicales d' « alcoolisme » ou de « dépendance alcoolique » ne sont quasiment jamais utilisées.

Comment des prévenus en viennent-ils à parler de leur diabète, de leur infection par le virus de l'hépatite C ou encore de leur toxicomanie tandis qu'ils comparaissent devant le tribunal ? Ce chapitre apporte un éclairage à cette question en décrivant comment le registre de la santé est ouvert et exploré par les différents participants au procès, qu'ils soient prévenus, avocats ou magistrats, et il analyse les effets de ces informations de santé sur la détermination de la sanction pénale. Peut-on parler de *déterminants santé* de la sanction pénale ? Avant d'interroger l'existence de tels effets et de décrire les usages de ce registre durant les débats d'audience en comparution immédiate, commençons par revenir quelques heures avant l'entrée des magistrats dans la salle d'audience, pour comprendre comment il est ouvert : remontons l'horloge.

Tableau III. Fréquence de la mention d'événements de santé

Événements de santé	En comparution immédiate*		En population générale**
	Citations***	Fréq. (%)	Prévalence (%)
Toxicomanie	25	8,6	0,75
Alcoolisme	20	6,9	0,3
Cancer	9	3,1	1,33 (femmes) 1,48 (hommes)
VIH	7	2,4	0,023
Virus de l'hépatite C	7	2,4	0,42
Diabète	6	2,1	_
Épilepsie	6	2,1	_
Handicap physique	6	2,1	_
Maladies respiratoires	4	1,4	_
« Très malade »	4	1,4	_
Maladies cardiaques	3	1	_
Virus de l'hépatite B	2	0,7	_

* *Champ* : Personnes condamnées en comparution immédiate, à Paris, entre septembre 2010 et d'août 2011 (n=290).

** *Sources* : Janssen, Bastanic, 2013 ; Lépine *et al.*, 2005 ; INCa, 2010 ; Yéni, 2010 ; Pioche et al., 2016.

*** *Note* : Des prévenus font état de plusieurs « problèmes » de « santé » à l'audience.

2. La construction de la "personnalité"

Chaque matin, des enquêtrices sociales interrogent les uns après les autres l'ensemble des prévenus qui comparaitront devant la vingt-troisième chambre du tribunal de grande instance de Paris dans la journée. Membres d'une association, l'Apcars,[37] les enquêtrices sociales ont pour la plupart d'entre elles une formation de travailleuse sociale ou de psychologue, et quelques-unes ont une formation plus juridique (Millet Taunay, 2018). Leurs entretiens, conduits en face-à-face avec les prévenus dans des boxes en plexiglas situés dans le hall du parquet, doivent permettre de compléter un formulaire qui est par la suite joint au dossier pénal : l' « enquête sociale rapide ».[38] Sur deux pages, ce formulaire synthétise ce que les professionnels du droit conviennent d'appeler la « personnalité » des prévenus – un terme ne connaissant pas de définition juridique stricte (Vanhamme, 2009). Pour comprendre ce qui est entendu à travers son usage, dans ce dispositif pénal, et pourquoi sa construction nous intéresse ici, décrivons l'enquête sociale rapide produite sur un prévenu, M. Lefort[39], avant sa comparution devant le tribunal.

2.1. Catégoriser

Le formulaire de l'enquête sociale rapide est constitué de plusieurs rubriques constituant les catégories instituées à partir desquelles les praticiens du droit pensent et façonnent la « personnalité » des prévenus en amont de l'audience pénale, dans une perspective d'individualisation de la peine. En ce qui concerne le formulaire utilisé par l'Apcars à Paris, son premier encadré porte sur les conditions de logement des prévenus. Sur l'enquête produite sur M. Lefort, il est par exemple

37. Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale (j'utiliserai cet acronyme plutôt que sa déclinaison).

38. L' « enquête sociale rapide » est définie par l'Article 41 du Code de procédure pénale : « Le procureur de la République peut également requérir, suivant les cas, une personne habilitée dans les conditions prévues au sixième alinéa de l'article 81 ou, en cas d'impossibilité matérielle, le service pénitentiaire d'insertion et de probation de vérifier la situation matérielle, familiale et sociale d'une personne faisant l'objet d'une enquête et de l'informer sur les mesures propres à favoriser l'insertion sociale de l'intéressé ». Je n'ai pas pu assister aux entretiens des enquêtrices sociales : j'ai seulement eu accès aux interactions qui les précèdent et qui leur font suite, en conduisant des observations dans le hall du parquet, ainsi qu'aux formulaires papiers qui sont renseignés par les enquêtrices sociales, dont des avocats et des magistrats m'ont permise de conserver des copies.

39. Tous les noms ont été modifiés. L'enquête sociale rapide produite sur M. Lefort est présentée en annexe. Cf. *supra*, « Annexe C. Un formulaire d'enquête sociale rapide », p. 473-476.

inscrit qu'il vit dans un studio, depuis quatre ans. La rubrique suivante, intitulée « Situation personnelle et liens familiaux », renseigne leur situation conjugale, elle indique si des personnes sont à leur charge, elle décrit la composition de leur fratrie et les situations conjugales et professionnelles de leurs parents. À la lecture de ce document, on découvre ainsi que M. Lefort mène une « vie maritale », qu'il est père de deux enfants, dont il est précisé qu'ils sont à la charge de leur mère, et que ses parents, dont il est là précisé là qu'ils ont divorcé quarante ans plus tôt, sont aujourd'hui retraités. L'encadré qui suit porte sur les situations professionnelles des prévenus. Quel emploi occupent-ils ? Où ? Depuis combien de temps ? Avec quel type de contrat ? Quels sont leurs horaires ? Sur le document produit sur M. Lefort, on peut lire qu'il est agent de service dans le bâtiment depuis près de deux ans, que cette activité est effectuée à temps partiel et qu'elle est encadrée par un contrat de travail à durée indéterminée. La dernière rubrique du formulaire, intitulée « Autres renseignements », porte enfin sur les activités professionnelles précédentes des prévenus, leurs niveaux d'étude, les diplômes qu'ils ont éventuellement obtenus, leur situation financière et leurs conditions de santé.

Concernant ce dernier item qui nous intéresse plus spécifiquement, l'enquêtrice ayant interrogé M. Lefort indique par exemple qu'il « souffre de tendinite », de « douleurs à l'estomac suite à des périodes de stress » et qu'il n'a « aucune consommation particulière ». Deux de ces trois inscriptions ont été mises en avant, la « tendinite » et l'absence de « consommation particulière » : l'enquêtrice les a soulignées d'un trait de stylo. Si elle a procédé ainsi, c'est pare que les magistrats du siège instruisant les dossiers pénaux à l'audience jugent fréquemment ce formulaire « illisible » : il ne leur permettrait pas de retrouver rapidement les informations qu'ils estiment importantes pour conduire les débats d'audience ; en soulignant quelques-unes des réponses données par les prévenus, les enquêtrices opèrent de fait une distinction entre des informations jugées intéressantes pour produire une décision pénale et d'autres leur semblant avoir moins d'intérêt dans cette perspective. Ainsi, outre la « tendinite » et l'absence de « consommation particulière » de M. Lefort, son emploi, son suivi psychiatrique, le montant de son loyer ou encore l'arrondissement parisien où il réside sont quelques-unes des autres informations recueillies durant l'entretien qui ont été soulignées. En revanche, les « douleurs à l'estomac » de M. Lefort n'ont par exemple pas été soulignées.

2.2. Évaluer

Les jugements produits par les enquêtrices chargées de recueillir des informations sur la « personnalité » des prévenus, et par là de la construire, ne se manifestent pas uniquement par la mise en exergue de certaines d'entre elles. Deux espaces du formulaire sont en effet prévus afin que soient mis en récit les discours des prévenus, énoncés en réponse aux questions posées – l'un s'intitulant « Observations » et l'autre « Synthèse et perspectives » –,[40] et, là aussi, par la production d'un résumé des informations recueillies durant l'entretien, les enquêtrices émettent des formes de jugement :

> « Monsieur Lefort a exprimé se sentir déstabilisé par la teneur des questions posées lors de cet entretien mais l'intéressé s'est tout de même montré coopérant et participatif. […] Monsieur Lefort connaît également une vie sentimentale chaotique. Marié puis divorcé en mai 2007 avec la mère de ses enfants, l'intéressé explique que, malgré un droit de visite accordé par le juge, il n'a pas revenu ses enfants depuis près de trois ans [...] Aussi, l'intéressé dit "entretenir" des relations tumultueuses avec sa dernière compagne qu'il avait quitté [sic] en mai dernier après deux ans de relation. […] Autrement, ce dernier semble être parvenu à stabiliser sa situation sociale et professionnelle suite à son divorce en 2007 où il s'était trouvé en difficulté. » [Extraits du formulaire de l'enquête sociale rapide produit sur M. Lefort.]

L'ensemble des informations réunies ne se voit d'abord pas attribué la même importance : certaines sont reprises dans le récit, et d'autres ne le sont pas. Ces jugements se manifestent ensuite à la façon dont l' « histoire » des prévenus et leur posture durant l'entretien sont décrits : leurs conditions d'existence et leurs parcours sont évalués (« vie sentimentale chaotique », « stabiliser sa situation sociale »), et il en est de même de leur façon de répondre aux questions posées (« déstabilisé », « coopérant et participatif »). Ces jugements se manifestent enfin par des mises à distance de certaines des informations recueillies : un prévenu sera par exemple cité plutôt que ses mots seront repris ; les temps grammaticaux varieront ; des formules telles que « il aurait » ou « il dit qu'il » précèderont des énoncés ; etc. Le formulaire de l'enquête sociale rapide se compose ainsi d'énoncés présentés à la manière de « vérités » (« marié puis divorcé en mai 2007 ») et d'énoncés dont le caractère « vrai » est mis en doute ou qui sont, tout du moins, présentés sous l'angle de la subjectivité (« l'intéressé explique que »).

40. S'il s'agit de deux rubriques distinctes, situées au milieu et à la fin du formulaire, mais les enquêtrices construisent généralement un seul et un même récit se poursuivant d'une rubrique à la suivante.

2.3. Prouver

La distinction entre des informations « véritables » et d'autres pouvant être mises en doute à l'audience est centrale pour les professionnels de justice. L'enquête sociale rapide est un instrument de production d'une « vérité », construite selon deux méthodes. La première est la vérification par des tiers des réponses données par les prévenus. Les enquêtrices joignent par téléphone leurs parents, leur conjoint, leurs employeurs et quelques fois les praticiens de santé qui les suivent (généraliste, psychiatre, psychologue...) pour leur demander si les informations délivrées sont exactes. Elles précisent ensuite si ce qui est consigné sur le formulaire est « confirmé » dans une marge le parcourant. Et, lorsque cela n'est pas le cas, elles écrivent « non confirmé ». Ces inscriptions ont d'importantes conséquences par la suite, à l'audience, car les magistrats doutent de la véracité de ce qui est « non confirmé » :

> « Certains [prévenus] jouent les malades. En termes de maladies, j'ai eu des hépatites, des cancers... On essaie de savoir où ils sont suivis. En principe c'est vérifié, ils en parlent au travailleur social, ils sont capables de dire l'hôpital et là, l'enquêteur social appelle l'hôpital et ça permet de vérifier l'information. Ça c'est très important pour nous quand c'est écrit "vérifié". Quand c'est pas écrit, on se dit que c'est pas forcément vrai. […] Quand l'Apcars peut confirmer des déclarations de la personne, vraiment, c'est très important. Quand c'est pas vérifié... C'est pas bon. D'ailleurs je leur demande : "Pourquoi vous n'avez pas souhaité qu'on appelle votre mère, votre sœur... Pourquoi ?" Parfois, c'est parce qu'ils ne veulent pas qu'ils sachent ou qu'ils ne veulent pas qu'on parle d'eux. » [M. Gesmay, vice-président d'une chambre de comparution immédiate.][41]

41. Les quatre vice-présidents de la vingt-troisième chambre ont été sollicités par courrier pour participer à un entretien sociologique, après la phase d'observation de cette recherche. Seul l'un d'eux, M. Gesmay, a accepté ma proposition à échanger sur son parcours, ses pratiques et ses représentations professionnelles. La participation de ce magistrat à l'enquête s'explique sans doute par l'importante réflexivité développée du fait de son parcours de vie. Fils d'ouvrier, il a abandonné ses études d'avocat car il ne se sentait « pas à [sa] place » avec « tous ces fils d'avocats » : « *J'ai très vite compris que je n'arriverais pas à m'intégrer dans cet univers.* » Attiré par la profession de magistrat, il a néanmoins renoncé à cette ambition car, à la suite de son expérience à l'École du barreau, il « ne voulai[t] pas du tout faire l'école de Bordeaux ». Il s'est réorienté vers le concours de greffier en chef, profession qu'il a exercée pendant douze ans. À quarante ans, il a cependant pu demander son « intégration directe [à la magistrature], sur diplôme, âge et carrière professionnelle ». Si l'intégration ouvre aux mêmes évolutions de carrière possibles qu'après avoir été diplômé par l'École nationale de la magistrature, elle est selon lui mal vue : « *C'est une voie marginale qui inspire le mépris dans ma corporation, ce n'est pas très éloquent et flatteur.* » Depuis qu'il a pris ses fonctions de vice-président de l'une des sections de la

La construction d'une « vérité » sur la « personnalité » des prévenus s'appuie ensuite, seconde méthode, sur la démonstration de la possession de documents prenant la forme de « justificatifs » des réponses données. Carte d'identité nationale. Fiches de paye. Contrats de travail. Certificats médicaux. Attestations d'hébergement. Voilà quelques-uns des justificatifs les plus couramment mentionnés à l'audience – soit qu'ils ont été présentés par des prévenus, soit qu'il leur a été reproché qu'ils ne l'aient pas été. Les enquêtrices et les avocats de la défense s'efforcent donc de les réunir avant le procès, mais les conditions de la procédure en comparution immédiate rend l'injonction à justifier ses propos par la démonstration de la possession de « justificatifs » difficile à tenir :

> « On m'a donné un avocat d'office, parce que j'avais rien le temps de faire. Je suis passé en comparution immédiate, je suis passé le lendemain [de mon arrestation] au tribunal, on m'a donné un avocat qui avait perdu tous les papiers. […] J'ai dit – quand même – que je devais être opéré de la prostate, être hospitalisé, mais bon… mon avocat n'avait pas les papiers, donc ce n'était que des paroles. Et après, quand j'ai été incarcéré, on m'a vite envoyé à [nom : l'hôpital] pour m'opérer : ils ont bien vu mes problèmes. » [M. Maréchal, jugé en comparution immédiate, détenu en centre de détention.][42]

Comment mettre la main sur ce contrat de travail, ce livret de famille ou cette ordonnance médicale depuis la cellule où ils sont gardés à vue et celle du dépôt où ils attendent leur procès ? Tout comme ce détenu qui, surpris par le temps, n'avait pas « les papiers » à son procès, M. Lefort n'a lui non plus apporté aucune « preuve » des problèmes médicaux décrits à l'enquêtrice. Il est écrit « non confirmé » dans la marge du formulaire. En revanche, sa compagne, son employeur et un psychiatre consulté par le passé ont respectivement indiqué à l'enquêtrice être véritablement en couple avec lui, le compter effectivement parmi ses employés et l'avoir bien reçu plusieurs fois en consultation. Ces trois éléments de sa personnalité sont « confirmés ». À son procès, M. Lefort pourra enfin s'appuyer sur une dernière preuve de la véracité de ce qu'il a répondu durant l'enquête sociale ; son employeur a faxé au greffe du tribunal un document prenant valeur de « justificatif » : sa dernière fiche de paye.

---

chambre de procès en comparution immédiate, il tient des carnets de bord dans lesquels il écrit ses sentiments et émotions à l'issue des jugements. Il répond également favorablement à diverses sollicitations visant à améliorer les conditions des comparutions immédiates. Au moment de sa participation à l'entretien, il travaillait par exemple avec les enquêtrices sociales à la reformulation du formulaire utilisé, afin qu'il soit « plus lisible » à l'audience.

42. Les conditions de réalisation des entretiens sont décrites par la suite. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1. L'expérience de la maladie à travers le récit de vie », p. 284-302.

* * *

À l'issue de l'enquête sociale rapide, le formulaire est dupliqué en plusieurs exemplaires et il est joint au dossier pénal, remis au vice-président de la chambre, au procureur, à l'avocat de la défense et à l'avocat de la partie civile (lorsque quelqu'un s'est constitué partie civile). La plupart du temps, les participants au procès ne découvrent cette pièce du dossier pénal que quelques minutes avant le début de l'audience. Parfois, elle leur est apportée par un appariteur alors que le procès du prévenu concerné a déjà débuté. Et, en quelques occasions, tandis qu'il s'achève déjà. En revenant seulement quelques heures avant l'ouverture d'une audience en comparution immédiate, on peut donc observer que tous les prévenus assis dans le box de la chambre correctionnelle ont déjà eu à répondre à quelques questions avant d'être conduit dans la salle d'audience, questions qui sont toujours les mêmes, les enquêtrices s'appuyant sur un formulaire. Certaines de ces questions portent sur leurs éventuels « problèmes » de « santé » : la santé est un registre parmi d'autres employé pour objectiver et par là construire la « personnalité » des prévenus dans une perspective d'individualisation de la peine. Retournons à présent dans la salle d'audience dédiée aux procès en comparution immédiate.

3. La maladie en débat

Comment les professionnels de justice se saisissent-ils des informations dont ils disposent sur les conditions de santé des prévenus durant les débats d'audience ? Cette section montre (1) que les prévenus jugés en comparution immédiate sont à nouveau tous questionnés sur leurs éventuels « problèmes » de « santé » lorsque les magistrats du siège explorent les informations contenues dans les formulaires des enquêtes sociales rapides joints au dossier pénal, mais (2) qu'ils ne sont pas tout à fait interrogés similairement à ce propos, avec la même insistance, selon l'infraction qui leur est reprochée. Face aux questions posées par les juges, tous les prévenus n'adoptent pas non plus le même positionnement : on tâchera alors de comprendre pourquoi certains adhèrent à la présentation de soi comme « malade » qui leur est suggérée tandis que d'autres rejettent fermement ce qualificatif, avant (3) d'achever cette étude des usages du registre de la santé durant les débats d'audience en s'intéressant à ce qui est non pas *dit* au procès, mais *tu* : comment des prévenus justifient-ils rétrospectivement d'avoir préféré mentir aux magistrats et répondre être en « bonne santé » alors qu'ils se jugent en « mauvaise santé » ?

3.1. Le corps dans la balance

La mise en scène du procès pénal – c'est-à-dire le haut degré de codification de ses normes et de ses règles : qui a la parole ? assis ou debout ? vêtu comment ? pour parler de quoi ? en s'adressant à qui ? –, ce haut niveau de mise en scène donc, permet relativement aisément de le décomposer en plusieurs séquences, que l'on constatera en tous lieux et en toutes circonstances, qu'importe le tribunal ou les manières de faire propres à telle ou telle autre personne, et d'ainsi décrire le fonctionnement général de ce dispositif : quand et comment les conditions de santé des prévenus sont-elles discutées en comparution immédiate ?

3.1.1. Séquences des procès en comparution immédiate

Le procès en comparution immédiate s'ouvre d'abord par l'énonciation, par le magistrat du siège présidant l'audience ou l'un des assesseurs, de l' « identité » du ou des prévenus jugés. Les appelant à se lever s'ils sont « retenus », c'est-à-dire assis dans le box, ou à s'approcher de la barre s'ils comparaissent « libre », les juges énoncent leurs noms et prénoms, la date et le lieu de leur naissance, leur nationalité, leurs situations familiale et professionnelle et leur adresse :

> Juge : Monsieur [nom prénom], vous êtes né le [date] à Lyon, vous êtes français, célibataire, vous avez un enfant de dix-neuf ans, vous travaillez parfois comme technicien de maintenance et vous résidez au [adresse] de Paris. [Procès en comparution immédiate.]

Une fois leur « identité » déclinée, les prévenus doivent confirmer si ce qui a été dit à leur propos est « vrai », puis les qualifications pénales de ce qui leur est reproché leur est énoncé. Dans le cadre de ce procès, le magistrat instruisant le dossier pénal dit ainsi au prévenu qu'il est poursuivi pour une « tentative de vol » avec deux « circonstances aggravantes » : des « dégradations » et l'état de « récidive légale ».

Les magistrats du siège demandent ensuite aux prévenus s'ils souhaitent être jugés « maintenant » ou s'ils demandent « un délai pour préparer [leur] défense ». Le prévenu poursuivi pour cette « tentative de vol » répond là préférer être jugé le jour-même. Mais si les prévenus répondent préférer être jugé plus tard, le procès est nécessairement renvoyé à une date ultérieure. Les magistrats du siège déterminent alors les « conditions du renvoi », c'est-à-dire s'ils attendront leur procès « libre », sous contrôle judiciaire ou en détention provisoire. Dans ce cas, les interactions se poursuivent selon un séquençage relativement similaire à celui que je décris après, mais l' « affaire » (les « faits », le « fond ») est décrite *a minima* et les débats se concentrent sur la « personnalité » des prévenus, qui déterminent leurs « garanties de représentation » et, elles-mêmes, les « conditions du renvoi ».

La formule employée pour décrire comment les prévenus répondent à cette question – *répondre préférer* – est certainement très lourde, mais elle vise à insister sur le fait que ce n'est pas parce qu'un prévenu répond : « Je préfère être jugé maintenant », que c'est effectivement ce qu'il préfère. En fait, les avocats de la défense encouragent presque toujours leurs clients à accepter d'être jugés immédiatement, car ils estiment leurs « garanties de représentation » faibles : il leur semble préférable voire primordial que le procès ne soit pas renvoyé à une date ultérieure car ils jugent élevé le risque de placement en détention provisoire.[43]

Après que les prévenus ont répondu préférer être jugé immédiatement, les juges décrivent et questionnent leur « personnalité ». Ils s'appuient pour ce faire sur les informations contenues dans deux documents du dossier pénal : le bulletin numéro un du casier judiciaire et l'enquête sociale rapide. Ce premier document, le casier judiciaire, peut être lu de façon partielle ou minutieusement détaillée.

Dans le premier cas de figure, les magistrats du siège énoncent le nombre total de mentions, ou seulement les condamnations, et ils en lisent quelques-unes :

> Juge : Votre casier judiciaire compte une trentaine de condamnations, alors je ne vais pas toutes les reprendre, la dernière en 2007, c'était un vol également, pareil en 2006. [Procès en comparution immédiate.]

Dans le second cas de figure, toutes les mentions sont lues, les unes après les autres, et les magistrats interrompent parfois leur lecture pour les commenter ou pour demander des précisions à leur sujet au parquet ou aux prévenus. « *Encore un vol !* », s'exclame par exemple un magistrat en lisant ce document. « *C'était aussi votre concubine actuelle, la victime en [date] ?* », demande un autre, avant de reprendre sa lecture et de s'interrompre à nouveau pour demander, à propos d'une autre condamnation : « *Et les violences de [date], vous aviez bu là aussi ?* » En procédant de la sorte, ils prolongent le temps du procès alloué à l'exploration du passé pénal des prévenus et, par voie de conséquence, ils insistent sur l'importance à lui donner dans les débats, les argumentaires et la décision à suivre.

Contrairement au bulletin numéro un du casier judiciaire, l'enquête sociale rapide n'est quant à elle jamais lue intégralement : cette pièce du dossier pénal est plutôt utilisée à la manière d'un « réservoir à idées » (Fernandez *et al.*, 2010). Les magistrats sélectionnent des informations figurant sur ce document, et ils posent des questions amenant les prévenus à répéter les réponses données l'instant d'avant à l'enquêtrice sociale :

---

43. Contrairement à ce que l'on pourrait peut-être penser, il est ainsi fréquent que les avocats de la défense tentent de décourager les magistrats envisageant d'ordonner la conduite d'une expertise psychiatrique de leurs clients avant le jugement, et qu'ils s'efforcent de les persuader de leur « bonne santé mentale », car l'expertise aurait pour conséquence le renvoi du procès.

Juge : Vous travaillez en ce moment ?
Prévenu : Non, je ne travaille plus parce que je suis malade. Je suis séropositif et j'ai le diabète. J'attends mon dossier Cotorep, là. Je ne peux pas rester longtemps debout, est-ce que je peux m'asseoir, là ?
[Le juge fait signe que oui, le prévenu s'assoit].
Juge *[parcourant l'enquête sociale rapide] :* Alors... votre domicile on a vu, le travail aussi... Vous êtes traité pour la maladie ?
Prévenu *[se relevant]* : Je suis suivi à [nom : l'hôpital] mais j'attends un lit. En fait, il me reste un an à vivre donc c'est pas facile pour le moral.
Juge *[poursuivant sa lecture de l'enquête sociale rapide]* : Donc... Donc, il vit chez son ex-compagne... C'est illisible ! Il attend de recevoir le RSA, la CMU[44]... Et vous avez quoi comme thérapie ?
Prévenu : J'ai une trithérapie. J'ai été toxicomane. Mais depuis [date : trois ans], je me suis rangé.
Juge : Ah et vous avez aussi une hépatite C ? *[le prévenu acquiesce d'un mouvement de tête]*. [Procès en comparution immédiate.]

Après avoir posé les questions jugées utiles dans la perspective d'individualiser leurs décisions, les magistrats du siège demandent généralement aux prévenus : « Qu'avez-vous à ajouter sur votre personnalité ? » Si cette question, plus ouverte, est une invitation à dépasser les catégories prévues par les instruments utilisés pour construire leur « personnalité », c'est-à-dire le casier judiciaire et l'enquête sociale rapide, elle tend souvent à instaurer un sentiment d'incompréhension réciproque entre prévenus et magistrats. Le terme de « personnalité », qui renvoie plutôt dans ce dispositif à des propriétés sociales, à des conditions d'existence et au passé judiciaire et pénal comme on l'a vu, est régulièrement interprété dans un sens certainement plus commun, psychologique, par les prévenus : ils répondent alors être « quelqu'un de gentil », « quelqu'un de calme d'habitude », etc. Des réponses non-attendues ignorées voire moquées par les magistrats.

Les usages langagiers sont, plus généralement, fréquemment source de malentendus ; magistrats et prévenus peinent à se comprendre :

Prévenu *[répondant à une question]* : Je vends des chaussures et des vêtements...
Juge : C'est pas déclaré ?
Prévenu *[sur un ton surpris]* : Si, je l'ai déclaré à la police !
Juge *[en riant]* : Ce n'est pas de ce genre de déclarations que l'on parlait ! [Procès en comparution immédiate.]

Ce sentiment d'incompréhension s'explique en grande partie par la distance sociale séparant prévenus et magistrats, qui ne partagent ni la même aisance oratoire ni les mêmes schèmes de perception, mais aussi du fait de représentations

44. Revenu de solidarité active (RSA) ; Couverture maladie universelle (CMU).

pouvant être associées par les magistrats aux prévenus, par habituation puis anticipation :

> Juge *[lisant l'enquête sociale rapide]* : Vous êtes en concubinage, vous avez effectivement une compagne ?
> Prévenu : Oui.
> Juge : Vous travaillez dans quelle branche ?
> Prévenu : Je travaille pour [entreprise].
> Juge : Ah bon ? Moi j'avais "agent de sécurité".
> Prévenu : Oui, je suis agent de sécurité pour [entreprise]. [Procès en comparution immédiate.]

Ce sont ensuite le parquet et la défense qui, tour à tour, sont appelés à poser des questions aux prévenus sur leur « personnalité » et ils puisent également pour ce faire dans les informations contenues dans le casier judiciaire et l'enquête sociale rapide. À travers leurs questions, magistrats du parquer et avocats de la défense posent alors les premières pierres des arguments qu'ils développeront plus tard, dans leurs réquisitoires ou leurs plaidoiries :

> Avocate de la défense *[à la vice-présidente de la chambre]* : Je n'ai pas l'enquête Apcars de Monsieur [nom] alors qu'il est handicapé, il y a sûrement de la matière.
> Procureure *[à l'avocate de la défense]* : Oh, moi je ne m'appuierais pas dessus... il y a de la matière ailleurs ! [Procès en comparution immédiate.]

Les magistrats du siège résument ensuite les « faits »[45] reprochés aux prévenus, en reprenant les informations de pièces du dossier pénal produites par des policiers, et ils leur demandent de construire à leur tour un récit à ce propos. Si les questions posées peuvent alors sembler ouvertes (« *Comment vous expliquez le geste ?* » ; « *Alors Monsieur, qu'est-ce que vous nous dites aujourd'hui ?* »), les discours des prévenus sont cependant recadrés. Il leur est par exemple rétorqué qu'il n'y a pas à opérer de lien entre tel événement mentionné et ce qui est reproché sur le plan judiciaire ou que leur avocat parlera lui, plus tard, de ce qu'ils expliquent ou encore que ce qui est dit devra l'être à un autre moment du procès :

> Prévenu : J'ai un traitement de Subutex depuis trois mois et je me suis fait avoir. J'ai pas l'habitude de vendre, c'est qu'une fois. Je suis désolé. Lundi je vais me faire opérer, j'ai très mal...
> Juge *[l'interrompant]* : Votre avocat va en parler tout à l'heure. Alors Monsieur, qu'est-ce que vous faisiez à Paris ?
> Prévenu : Ben, un ami m'a appelé et...
> Juge *[l'interrompant]* : Monsieur, vous n'êtes pas assigné à résidence dans le Val-de-Marne ?

45. Il arrive que les magistrats explorent d'abord les « faits », puis ensuite la « personnalité ».

> Prévenu : Si, mais ils savent que mon traitement c'est à Paris, à [nom : l'hôpital].
> Juge : Mais y'a pas de pharmacie à [ville du Val-de-Marne] ?
> Prévenu : C'est la pharmacie que mon médecin m'a prescrit.
> Juge : Non, Monsieur, un médecin ça ne "prescrit" pas une pharmacie ! Alors, vous êtes suivi à l'hôpital [nom], mais ce n'est pas là qu'on vous a trouvé. Quand il fait beau vous n'avez pas le droit d'aller à Paris. [Procès en comparution immédiate.]

En relançant les prévenus, en les interrompant ou en reprenant certains de leurs mots, il s'agit finalement pour les magistrats du siège de reproduire le travail de qualification opéré plus tôt par les magistrats du parquet :

> Juge : Les faits se sont déroulés [date : la veille], à minuit dix, dans le treizième arrondissement, vous êtes aperçu par des personnes qui appellent la police alors que vous êtes en train de donner des coups avec une barre de fer sur le cadenas d'un vélo. Les policiers constatent des dégradations sur le vélo. Ils vous font faire un alcootest qui révèle une alcoolémie de 0,47 milligrammes d'alcool par litre d'air expiré. […] Qu'est-ce que vous avez à dire sur les faits, Monsieur [nom] ?
> Prévenu : Je veux dire que le matin j'avais été à un entretien d'embauche qui n'a pas marché à cause d'une maladie. Alors j'étais en colère. Mais le vélo... mais les rayons du vélo, ils étaient cassés. Moi, je reconnais que j'ai donné des coups...
> Juge *[l'interrompant]* : Ah vous reconnaissez déjà les dégradations !
> Prévenu : Mais j'ai pas voulu le vélo, moi. Moi si je veux le voler, je vais pas le casser ! [Procès en comparution immédiate.]

Ainsi, pour ce prévenu jugé pour la « tentative de vol » d'un vélo, les « faits » commencent le matin du jour de son arrestation avec un entretien d'embauche ne s'étant vraisemblablement pas déroulé comme il l'espérait et à la suite duquel il se décrit « en colère ». Mais son récit aurait certainement tout aussi bien pu, pour lui, impliquer un événement s'étant déroulé la veille ou l'avant-veille, voire des mois ou des années plus tôt, et peut-être que des sons, une odeur, un rêve, une sensation corporelle ou les paroles d'un ami auraient pu y être associés. Or, pour le magistrat instruisant le dossier pénal, il importe de rapprocher le récit du prévenu du motif légal visé par la prévention – pour éventuellement l'infirmer plus tard. « Donner des coups » confirme par exemple ici, pour le magistrat du siège, la circonstance aggravante de « dégradations » retenue par le parquet dans la matinée.

Les avocats de la défense interviennent fréquemment à ce moment là du procès. Le conseil du prévenu jugé pour cette « tentative de vol » avec « dégradation » d'un vélo suppléé ainsi son client et, partageant les schèmes de pensée, juridiques,

des magistrats, il rétorque que « le vol est la soustraction frauduleuse de la chose d'autrui » – citant ainsi un article du code pénal –, et qu' « il ne peut pas y avoir "vol" », car les policiers n'ont pas identifié de propriétaire au vélo.

Lorsqu'une personne s'est constituée partie civile – ce qui est plutôt rare –, il lui est aussi demandé de produire un résumé des « faits », puis son avocat livre sa plaidoirie. Le registre de la santé est alors quelques fois mobilisé pour évaluer, et par là produire une « vérité », sur le préjudice subi. Une magistrate du parquet commente ainsi, s'adressant à la partie civile : « *De fait, il y a un certificat médical qui vous donne quatre jours d'ITT. Enfin, "de fait", je ne voulais pas dire que c'est lié et que Monsieur vous a bien donné des coups.* »

La parole est ensuite donnée au parquet puis à la défense pour leur réquisitoire et leur plaidoirie. Le magistrat du parquet se lève d'abord, il résume les « faits » reprochés, il mentionne des éléments de la « personnalité » du prévenu, il revient quelques fois sur des interactions qui ont eu lieu pendant le procès, il demande au tribunal d' « entrer en voie de condamnation » et il requiert une sanction :

> Procureur : Monsieur [nom] est un multirécidiviste, qui ne travaille pas, qui est en récidive légale. Je vais vous dire que ce monsieur est très connu du parquet. Je ne vois pas pourquoi je ne demanderais pas la peine plancher.[46] Malheureusement, la prison semble être une solution pour ce type de personnes. Je vous demande d'entrer en voie de condamnation à l'encontre de Monsieur [nom], de le condamner à deux ans de prison et de décerner mandat de dépôt. [Procès en comparution immédiate.]

L'avocat de la défense se lève ensuite pour sa plaidoirie, il résume les « faits », il décrit la « personnalité » de son client, il revient quelques fois sur des interactions qui ont eu lieu pendant le procès, il sollicite une « relaxe » ou « l'indulgence » du tribunal et, parfois, il suggère une sanction :

> Avocat de la défense : Monsieur [nom] ne reconnaît pas la tentative de vol. Oui il était énervé. Oui, il a frappé le vélo avec une barre de fer. Mais c'est le bon sens qui parle : il n'avait qu'une barre de fer, comment aurait-il pu le voler ? Et que pouvait-il faire avec le vélo cassé ? Je demande la relaxe pour le vol. Depuis [date : trois ans], Monsieur [nom] n'a rien commis. Il a essayé de travailler. Il est malade, il suit un traitement, il a un hébergement. La prison ne serait pas adaptée du tout. Je sollicite votre indulgence pour les faits de dégradation. [Procès en comparution immédiate.]

Avant de clore le procès, les magistrats du siège redonnent la parole aux prévenus, qui sont incités à prononcer des derniers mots, puis ils les remercient et l'huissier annonce le numéro de dossier suivant :

46. Les peines planchers avaient été instaurées avec la loi Dati, en 2007. Elles ont été supprimées durant le quinquennat suivant, sept ans plus tard.

> Juge *[au prévenu]* : Vous voulez ajouter quelque chose à ce qu'a dit votre avocat ?
>
> Prévenu : Je voudrais dire que mon espérance de vie est courte. Si vous me laissiez le temps de me soigner un peu... La prison ne va rien m'apporter. Je ne veux pas mourir en prison, moi ! Je ne connais pas tout l'arsenal judiciaire, mais si vous pouviez d'abord me laisser le temps de me soigner. [Procès en comparution immédiate.]

Tandis que le prévenu dont le nom a été appelé se lève et s'approche du microphone, le gendarme se tenant derrière la personne venant de comparaître ouvre une porte dérobée permettant de rejoindre les locaux du parquet depuis le box, il la menotte, et il lui fait quitter la salle d'audience. Les procès s'enchaînent ensuite les uns aux autres à un rythme rapide, et les prévenus sont quelques fois confondus ou comparés les uns aux autres :

> *[Le prévenu est jugé pour ne pas être retourné en prison dans le temps imparti d'une permission de sortir de quelques heures.]*
>
> Procureur : Monsieur n'était pas là tout à l'heure, mais quand on a la chance d'être en semi-liberté alors qu'on n'a pas de travail, c'est déjà une chance. Tout à l'heure *[évoquant le procès d'un prévenu jugé pour le même motif légal quelques heures plus tôt – avant que ce prévenu ne soit lui conduit dans le box –, qui avait expliqué avoir eu à s'occuper de sa mère, d'où son retard en prison]*, humainement, on pouvait comprendre. Pas cette fois. Je demande donc six mois de prison ferme avec mandat de dépôt. Il ne mérite pas de bénéficier d'une seconde chance.
>
> Avocat : Je tiens à préciser que c'était la maison d'arrêt de Villepinte et pas un centre de semi-liberté.
>
> Procureur : Ah, excusez-moi ! C'est à cause d'un dossier précédent, j'ai confondu. [Procès en comparution immédiate.]

Toutes les six à sept décisions pénales à rendre, les juges rejoignent un bureau pour délibérer. Les verdicts sont annoncés à la reprise de l'audience : les uns après les autres, les prévenus se lèvent pour entendre leur sentence. Annoncés sans commentaire et à un rythme soutenu, ces verdicts ne sont souvent pas compris voire entendus par les personnes concernées. Leurs proches venus assister au procès d'un proche n'ont de leur côté bien souvent pas le temps d'entrer à nouveau dans la salle d'audience entre le moment où les juges reprennent l'audience et celui où ils achèvent d'annoncer les verdicts – cela surtout en début d'après-midi. Et lorsque la décision est rendue dans la soirée, quelques fois passées vingt-trois heures, les avocats de la défense ne sont quant à eux quelques fois plus là pour l'expliquer selon d'autres mots à leurs clients : ils ont quitté le palais de justice après leur dernière plaidoirie, sans attendre la fin des délibérés et l'annonce des verdicts.

3.1.2. Un récit de soi : parler d'une santé déficiente

Les éventuels « problèmes » de « santé » des prévenus jugés en comparution immédiate peuvent donc être discutés, voire abondamment débattus, à chacune des séquences décrites et par tous ceux qui, à un moment ou un autre, sont autorisés à parler : la santé est un registre systématiquement exploré par les magistrats dans une perspective d'individualisation de la décision pénale. L'ensemble des prévenus est d'abord questionné à ce propos quand est décrite leur « personnalité » : les magistrats leur demandent : « Vous avez des problèmes de santé ? », tout en anticipant leurs réponses, lisant celles données l'instant d'avant à l'enquêtrice sur le formulaire de l'enquête sociale rapide, ou ils reprennent ces réponses directement à voix haute et ils leur demandent de les confirmer. Tout en assurant régulièrement aux prévenus qu'ils ne sont pas obligés de parler de leur éventuels problèmes de santé, les magistrats du siège les incitent à en mentionner, indiquant par exemple qu'il s'agit là d' « une information importante pour le tribunal », mais aussi à construire un récit à ce propos, ajoutant par exemple : « Vous voulez nous en dire plus ? »

Les prévenus sont donc dans un premier temps encouragés à faire état d'éventuels « problèmes » de « santé ». Puis ils reviennent eux-mêmes quelques fois sur ce registre par la suite, sans nouvelles incitations à le faire, lorsqu'ils ont la parole pour parler de ce qui leur est reproché ou pour prononcer les derniers mots du procès. Il en est de même du côté des procureurs et des avocats, qui peuvent également s'appuyer sur des informations dont ils disposent sur les conditions de santé des prévenus ou sur leur perception de celles-ci dans leurs réquisitoires ou leurs plaidoiries. Enfin, bien que cela est plus rare dans la mesure où les magistrats du siège ne font le plus souvent pas de commentaires en annonçant les verdicts, les décisions judiciaires sont quelques fois motivées en mobilisant ce registre. Par exemple, après avoir décerné un mandat de dépôt, c'est-à-dire mis à exécution une condamnation à une peine de prison ferme, l'un des trois juges précise à la greffière : « *Ce serait bien qu'il soit détenu à [la prison de] Fresnes compte tenu de ses problèmes de santé.* »[47] La personne venant d'être condamnée proteste alors, indiquant sa préférence pour une autre prison : « *Je préfère Fleury !* », ce à quoi le magistrat du siège lui répond : « *Eh bien ce sera quand même Fresnes pour que vous puissiez être soigné.* »

47. La maison d'arrêt de Fresnes est, à ce jour, la seule prison française à disposer de lits d'hospitalisation dans son domaine pénitentiaire : l'Établissement public de santé national de Fresnes.

3.1.3. Un contrôle de soi : montrer un corps souffrant et des affects

On a jusque là décrit les usages du registre de la santé en portant attention à des instruments (l'enquête sociale rapide) et à des discours prononcés durant les audiences, mais il arrive aussi que des prévenus suggèrent être en « mauvaise santé » en montrant un corps qu'ils estiment abîmé, défaillant ou souffrant : un prévenu ôte un pansement et il montre les cicatrices d'une incision subie au niveau de sa trachée ; un autre crache bruyamment dans un mouchoir ; etc. Ces démonstrations physiques, à l'inverse de la mise en récit de soi, sont régulièrement découragées par les magistrats. « *Non, gardez votre tee-shirt, on n'a pas besoin de voir !* », s'exclame par exemple un juge après qu'un prévenu a commencé à soulever son tee-shirt pour montrer des cicatrices présentes au niveau de son torse et décrites comme postopératoires. Pour comprendre ces réprobations, il convient en fait de les rapprocher d'autres injonctions à la dissimulation, car celles-ci concernent plus globalement tout ce qui a trait à un contrôle de soi.[48]

Les stigmates du corps et les éventuels « symptômes » d'une maladie ne sont pas les seuls dont la mise en visibilité durant le procès est réprouvée ; les émotions (tristesse, joie, colère...) le sont similairement : les prévenus sont appelés à ne pas les exposer ; ils doivent les maîtriser, les contenir. « *Ah, c'est facile de pleurer maintenant, mais c'est un peu tard !* », signifie par exemple un juge à un prévenu pleurant. Mais nuançons maintenant. Car cette injonction à l'autocontrôle semble aussi moins forte lorsque les prévenu.e.s sont des prévenues. Au contraire, pour conserver l'exemple des pleurs, leurs larmes semblent même quelques fois encouragées. Cela est d'autant plus perceptible que ces encouragements donnent alors lieu à des interactions aussi rares en comparution immédiate que le sont les prévenues. Au cours d'un procès, un assesseur quitte son siège, il descend de son estrade, et il rejoint le box afin de tendre un mouchoir tiré de sa robe à une prévenue en larmes. Dans le cadre d'un autre procès, la vice-présidente de la chambre interrompt le substitut du procureur et elle suspend l'audience afin que la prévenue, qui comparaît « libre »[49], puisse « aller boire un grand verre d'eau et sécher ses larmes ». Tous, magistrats du siège y-compris, attendent alors en silence son retour dans la salle d'audience – ce qui accentue le caractère exceptionnel de la situation : la maîtrise du temps de l'audience, habituellement strictement contrôlée par les magistrats du siège, lui est alors cédée.[50]

48. Sur la notion de « contrôle de soi », voir Norbert Elias (1994a [1973] ; 1994b [1975]).

49. Elle avait été placée sous contrôle judiciaire quelques semaines plus tôt, après avoir demandé un délai pour préparer sa défense.

À travers leurs réactions, les magistrats contribuent donc à légitimer une opposition genrée des normes de comportement : s'il est attendu des hommes qu'ils dominent leurs émotions et leurs faiblesses, les femmes semblent encouragées à exprimer et à mettre en avant des formes de vulnérabilité. Mais nuançons une nouvelle fois. Car cette opposition n'est pas si binaire. Les émotions de femmes racisées par les professionnels de justice, désignées comme « les Roumaines », apparaissent en revanche plus lourdement réprimées que celles des hommes prévenus. Aucun magistrat ne leur fait jamais don d'un mouchoir tiré de sa robe. Aucun magistrat n'interrompt l'audience pour qu'elles aillent boire de l'eau. Si le traitement réservé à leurs émotions semble non pas similairement, mais plus durement réprouvé, c'est parce qu'il ne leur est pas juste reproché de ne pas se conformer à des normes – normes de genre, normes du dispositif. Leur sincérité est remise en question ; les prévenues racisées sont jugées « dans la manipulation » :

> « On a très majoritairement des hommes, les femmes sont rares. Ce qui est plus fréquent c'est les femmes de l'Est, les Roumaines, vous savez avec leurs stratagèmes sur les lieux touristiques... Dès qu'elles sont dans le box, elles pleurent, et moi je leur signifie que je ne suis pas dupe de leurs larmes et de contenir leurs émotions. Qu'il faut quand même pas en rajouter, qu'il faut se contenir et retenir leurs émotions devant le tribunal parce que moi, de toute façon, je pense qu'elles sont dans la manipulation. » [M. Gesmay, président d'une chambre de comparution immédiate.]

Or, la notion de « vérité » occupe une place centrale dans ce dispositif, qui s'appuie sur elle en même temps qu'elle la produit par là : discréditer des émotions jugées de l'ordre de la « manipulation » équivaut à discréditer ces prévenues racisées. Ainsi, selon le genre et l'origine ethnique des prévenu.e.s, ce qu'elles ou ils disent ou montrent se trouve différemment crédité ou discrédité à l'audience. Comme on va le voir maintenant, il en est de même pour ce qui concerne le registre de la santé : la maladie est créditée dans certaines configurations, tandis que les prévenus se disant malades dans d'autres configurations sont discrédités par les magistrats.

---

50. Je ne m'étends pas plus sur ce point, renvoyant à Benoît Bastard et Christian Mouhanna (2007), mais le sentiment d'urgence est très prégnant durant ces audiences. Le vocabulaire en témoigne : la comparution est « immédiate », l'enquête sociale est « rapide », le traitement est « en temps réel » ; les plaidoiries et les réquisitoires se réduisent à quelques phrases, quand ils peuvent durer plusieurs heures dans un procès en assises, et les décisions sont rendues le jour-même, quand elles sont « mises en délibéré » et annoncées des semaines plus tard dans un procès correctionnel classique.

3.2. Créditer la maladie, discréditer des prévenus

Les prévenus sont incités à parler de leurs éventuels « problèmes » de « santé » à l'audience, puisqu'ils sont toujours questionnés à ce propos, d'abord par des enquêtrices sociales puis de nouveau au procès lorsqu'est investiguée et par là construite leur « personnalité », mais les magistrats n'explorent pas avec la même insistance le registre de la santé selon les infractions pour lesquelles ils ont à requérir ou à prononcer une décision pénale ; de leur côté, les prévenus suspectés d'être « malades » acceptent pour les uns d'être qualifiés de la sorte, tandis que d'autres rejettent fermement ce qualificatif : tâchons de comprendre pourquoi.

3.2.1. Des "délinquants" ou des "malades" ?

Les magistrats explorent avec davantage d'insistance le registre de la santé lorsqu'ils ont à juger des personnes soupçonnées d'avoir commis certains types d'infractions pénales : ils créditent alors la « maladie », l'inscrivant dans le registre causal de la transgression. Explicitons cela avec deux exemples. L'extrait de procès suivant montre d'abord comment un prévenu ayant renversé quelqu'un qui traversait une route avec sa voiture est interrogé à propos de la régularité à laquelle il fume du cannabis, ainsi que sur les démarches médicales éventuellement entreprises afin de mettre fin à cette pratique :

> Juge : Et en ce qui concerne votre consommation de cannabis ?
> Prévenu : Ben c'est-à-dire que... que je fume un petit joint deux fois par semaine, je fume...
> Juge : Et alors ?
> Prévenu : Et alors…? Ben oui, je sais ! C'est pas bien, je sais.
> Juge : Oui, mais ce que je veux dire c'est : "Et alors ?!" ; "Et alors, quand est-ce que vous arrêtez ?"
> Prévenu : Oui, je sais, je veux arrêter. Ce que je vais faire là, c'est fumer plus de clopes et continuer à diminuer. Parce que là, j'ai déjà beaucoup diminué.
> Procureure *[se levant]* : J'ai une question, Madame la présidente. *[S'adressant au prévenu]* Vous parlez de deux joints par semaine et, comme par hasard, cela tombe pile au moment de l'accident. On a les taux ! On n'est pas bêtes ! On a les taux ! Vous avez fumé quelques heures avant l'accident ! Alors, arrêtez de nous raconter des salades ! La vérité c'est quoi ? Hein, Monsieur [nom], c'est quoi la vérité ? Depuis [année : huit ans], la justice vous dit d'arrêter les stups, alors vous avez fait quoi depuis tout ce temps ? Vous avez fait quoi ? Vous avez été voir un médecin ? Vous vous êtes soigné ?
> Prévenu : Oui je devrais, oui je sais, oui je devrais.

> Procureure : Voilà ! Votre réponse en dit long sur votre réflexion ! *[se rasseyant]* Je n'ai pas d'autres questions, Madame la présidente. [Procès en comparution immédiate.]

Les extraits suivants concernent ensuite deux prévenus jugés au cours de la même journée d'audience pour le même type d'infractions, à savoir avoir conduit une voiture après avoir bu de l'alcool ; l'un et l'autre sont similairement questionnés à propos de leur état de « conscience » de leur « problème avec l'alcool » :

> Juge *[lisant l'enquête sociale rapide]* : Vous touchez 1300 euros net par mois, vous avez un BEP...
> Prévenu : Oui.
> Juge : Vous êtes conscient d'avoir des problèmes avec l'alcool ?
> Prévenu : Oui.
> Juge : Et vous êtes traité ?
> Prévenu : Oui, tous les mois je vois une association.
> Juge : Et il n'y a pas de traitement médical ?
> Prévenu : Non, c'est juste pour parler.
> […]
> Même juge *[à un autre prévenu, dans le cadre d'un autre procès]* : Vous avez un problème d'alcool ?
> Prévenu : Oui, j'ai consulté un médecin qui m'a orienté vers un centre.
> Juge : C'est bien, déjà, d'en être conscient. [Procès en comparution immédiate.]

Quand des prévenus sont soupçonnés d'avoir vendu des produits répertoriés comme « stupéfiant » (cannabis, cocaïne, héroïne, Subutex, Rivotril...), conduit une voiture après avoir bu de l'alcool ou volé un objet de faible valeur, les magistrats suspectent en fait fréquemment qu'une « toxicomanie » ou un « problème avec l'alcool » soit à l'origine des actions reprochées : ils établissent un lien de causalité entre une problématique délictuelle, l'infraction reprochée, et une problématique qui serait pour eux plutôt d'ordre médical[51] ou, sans aller jusqu'à le formuler explicitement, ils interrogent la plausibilité d'un tel lien eu égard de leurs représentations. « *C'est assez rare qu'une dame soit contrôlée à deux reprises sous l'empire d'un état alcoolique* », commente par exemple un magistrat du siège tout en instruisant le dossier pénal d'une prévenue ayant conduit une voiture de sport

51. Je ne discute pas dans la thèse la double conception de l'usager de drogues comme « malade » ou « délinquant », qui s'inscrit dans un long processus déjà bien documenté (Bergeron, 2009, p. 97 ; Obradovic, 2012 ; Marchant, 2014), de même que la problématisation de l' « alcoolisme » (Schneider, 1978 ; Berlivet, 2000 ; 2007) et de la « toxicomanie » (Kaminski, 1990 ; Ogien, 2017).

après avoir bu de l'alcool et à une vitesse plus élevée que celle autorisée. Ce type de « problèmes » serait à « prendre en compte » pour déterminer une sanction :

> « Quand il n'y a pas cette mention [d'une « toxicomanie » dans l'enquête sociale rapide d'un prévenu qui pourrait consommer des drogues], je me dis que je peux quand même tâter le terrain. Dans la toxicomanie, on sait comment c'est, ils n'ont pas les moyens de payer leur dose donc c'est important d'aborder ce sujet. Et puis, c'est à prendre en compte pour le *quantum* de la peine. » [M. Gesmay, président d'une chambre de comparution immédiate.]

L'insistance des « questions » posées aux prévenus, qui ne prennent pas nécessairement à proprement parler la forme de questions, est alors à mettre en relation avec l'éventail de sanctions dont les magistrats disposent. Elle est à mettre en relation, plus précisément, avec la possibilité qui leur est donnée de condamner des personnes à se soigner quand il leur semble qu'elles sont « toxicomane » ou qu'elles ont un « problème avec l'alcool ».[52]

3.2.2. Des "malades" ou des "consommateurs" ?

Face à l'insistance des magistrats, les prévenus jugés pour ce type de délits adoptent l'un ou l'autre de deux positionnements radicalement opposés : la majorité d'entre eux répond être effectivement « malade », « toxicomane » ou avoir un « problème » au niveau de sa santé, mais des prévenus refusent en revanche fermement ces qualificatifs.

3.2.2.1. Adhérer : "Oui, mais je suis traité pour ça maintenant"

Dans le premier cas de figure, les prévenus adhèrent à une définition de soi qui leur est suggérée par les magistrats : ils acceptent le qualificatif de « malade » et ils parlent alors de leur « maladie » ou de leur « problème » à la manière d'une « circonstance atténuante »[53]. Par exemple, un prévenu jugé pour des infractions à la législation sur les stupéfiants se défend durant son procès en proposant la lecture suivante : « *Je ne suis pas un dealer, je suis un toxicomane qui n'a pas les moyens de financer sa*

52. Cela ne concernait que les « obligations de soins » durant la période de l'enquête (2010-2013). Il importe de noter que depuis l'instauration de cette mesure, en 1970, la politique répressive menée à l'encontre des usagers de drogue s'est continuellement accentuée (Simmat-Durand, 1999 ; Kokoreff, 2000 ; Barré, 2008) : les interpellations pour le seul usage de stupéfiants ont été multipliées par six (Obradovic, 2012). Soulignons aussi qu'après la fin de l'enquête, en 2014, une nouvelle modalité de sanction a été introduite : la « contrainte pénale ». Celle-ci peut également comporter une obligation à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins ».

53. Les circonstances atténuantes ont été supprimées du code pénal en 1994.

consommation. » De même, pour insister sur une condition de « malade », de précédentes condamnations pénales à « se soigner » sont parfois mises en avant par les prévenus :

> Juge : Vous travaillez ?
> Prévenu : Actuellement, j'ai une obligation de soins.
> Juge : Imposée par le tribunal ?
> Prévenu : Oui, et je peux pas travailler du coup.
> Juge : Vous avez un problème d'alcool ?
> Prévenu : Oui, mais je suis traité pour ça maintenant. [Procès en comparution immédiate.]

Il s'agit donc là d'une stratégie de défense, qui est jugée plutôt efficace par les personnes ayant accumulé des connaissances sur le fonctionnement de l'institution judiciaire après avoir été condamnés à plusieurs reprises au cours de leur vie, et qui sont désormais familier de l'ethos professionnel des magistrats. Ainsi, depuis l'établissement pénitentiaire où il est emprisonné, M. Karadji assure que, en règle générale, mieux vaut ne pas parler de ses consommations de drogues devant un tribunal ; néanmoins, soutient-il aussi, quelqu'un qui serait poursuivi pour avoir volé quelque chose ou vendu des produits classés « stupéfiant » aurait là tout intérêt à dire que c'est sa « toxicomanie » qui l'a amené à faire cela :

> « Tandis qu'avant la toxicomanie c'était une circonstance atténuante, maintenant c'est une circonstance aggravante alors... Les gars, il faut mieux qu'ils se taisent, à part si c'est des trafiquants. Là, il faut qu'ils disent qu'ils vendent pour financer leur conso'. Si la personne a volé ou... bon faut qu'elle dise que c'est pour sa conso' aussi. » [M. Karadji, détenu en maison d'arrêt.]

Pour approfondir l'adoption de ce premier positionnement, appuyons-nous maintenant sur un autre type d'interaction, qui diffère des illustrations précédentes en ce sens qu'il ne s'agit ni d'une audience pénale ni d'un entretien sociologique, mais d'un entretien entre un détenu et une infirmière-psy se déroulant dans un établissement pénitentiaire : c'est parce que le cadre de cette interaction est autre qu'elle nous intéresse. Après avoir été transféré d'une maison d'arrêt à un centre de détention, un détenu est convoqué par l'une des infirmières-psy du service médical de la prison, qui lui demande : « *Pourquoi vous avez demandé à être suivi ?* » Appelé à produire un discours sur ses consommations d'alcool, non plus devant des juges mais face à une professionnelle de santé, il revient alors sur ce qu'il a dit de lui au procès. Il soutient avoir « utilisé » l'alcool pour se « justifier » :

> Patient : Ben, déjà parce que j'ai une obligation de soins, par rapport à l'alcool. À [ville : la maison d'arrêt], j'étais déjà suivi par... je sais plus comment ça s'appelle en fait...

> Infirmière-psy : Par l'Anpaa[54] ?
> Patient : Ah oui, voilà ! C'est ça, par l'Anpaa. J'avais commencé à faire mon dossier.
> Infirmière-psy : Vous avez quel âge ?
> Patient : 28 ans.
> Infirmière-psy : C'est votre première incarcération ?
> Patient : Non, c'est pas la première, c'est la… C'est… c'est la troisième. Je crois. Cette peine-là, et puis les autres peines... Bon, l'alcool est lié. Enfin... l'alcool est lié, comment dire… En fait, je l'ai utilisé pour me justifier, pour m'excuser de ce que j'avais fait. Voilà, je vous dis la vérité. [Séance de psychothérapie en centre de détention.]

Cette parenthèse en milieu carcéral montre bien que les prévenus présentant les infractions qui leur sont reprochées comme des conséquences d'un problème médical, dans la configuration d'un procès pénal, ne se définissent pas nécessairement pour autant comme « malades » ou en « mauvaise santé ». Ils adhèrent (au moins) temporairement à une définition de soi qui leur est suggérée, car ils pré-supposent que celle-ci peut les prémunir d'une sanction sévère. Ils ne maintiennent pas cette présentation de soi dans d'autres types d'interaction, comme un entretien avec une sociologue ou une séance de psychothérapie : elle est ajustée selon la définition donnée à la situation.[55]

3.2.2.2. Refuser : "Non, c'est seulement festif"

Dans le second cas de figure, malgré l'insistance des magistrats, les prévenus refusent fermement d'être qualifiés de « malade ». Ce positionnement, plus rarement observé que le premier, constitue également une stratégie de défense. Afin de comprendre en quoi il consiste et pourquoi il est moins fréquemment adopté, décrivons-le en partant là aussi de deux exemples.

---

54. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

55. Ces termes peuvent faire appel au concept de William I. Thomas et Dorothy Swain Thomas (1938 [1928]), qui ont proposé d'appréhender la réalisation d'actions, mais aussi les manières de vivre et les personnalités des individus (Thomas W. I., 1969 [1923], p. 42) selon leur *définition de la situation*. Pour leur démonstration, ils prennent un exemple qualifié d' « extrême » : le cas de quelqu'un ayant tué plusieurs personnes, qui avaient en commun de se parler à elles-mêmes à voix haute tout en marchant dans la rue, après avoir vu leurs lèvres bouger et parce qu'il lui a semblé qu'elles médisaient à son propos. William I. Thomas et Dorothy Swain Thomas concluent leurs analyses par cette célèbre formule : « If men define situations as real, they are real in their consequences » (1938 [1928], p. 572). On comprend donc que je n'ai pas le même usage de ces termes, décrivant là des adaptations stratégiques de sa présentation de soi selon le cadre de l'interaction et la définition donnée à la situation.

Prenons d'abord le cas d'un prévenu poursuivi pénalement pour la « conduite d'un véhicule à moteur sous l'empire d'un état alcoolique ». Déjà traduit devant le tribunal trois semaines plus tôt, à l'issue d'une garde à vue, il avait demandé un délai afin de préparer sa défense. Âgé d'une quarantaine d'années, occupant un emploi de cadre dans une grande entreprise et n'ayant jamais été condamné à une peine de prison ferme, il espérait sans doute, sur les conseils de son avocat, être placé sous contrôle judiciaire en l'attente de son procès, puis comparaître « libre » et non pas « retenu » lors de l'audience de jugement. Les juges avaient néanmoins pris la décision de le placer en détention provisoire. Trois semaines plus tard, le jour de l'audience de jugement, il comparaît donc « détenu », dans le box, et après avoir effectué de la détention provisoire.[56] Comme à l'accoutumée, la vice-présidente de la chambre commence par lui poser des questions sur sa « personnalité ». Questionné à propos de son « problème » et de sa « dépendance », le prévenu répond et répète alors n'avoir pas de « problème avec l'alcool » : il rejette fermement la présentation de soi qui lui est suggérée :

> Juge : Je vois que vous êtes commercial chez [entreprise : un opérateur de téléphonie], comment ça se passe depuis que vous êtes détenu ? Vous avez conservé votre emploi ?
> Prévenu : Oui, pour le moment ils me gardent.
> Juge : Et vous gagnez combien par mois ?
> Prévenu : Je touche 2 300 euros nets.
> Juge : Vous avez manifestement un problème avec l'alcool...
> Prévenu : Non, c'est seulement festif.
> Juge : Mais vous êtes suivi pour cette dépendance ?
> Prévenu : Je n'ai pas de traitement parce que je n'ai pas de dépendance. [Procès en comparution immédiate.]

Prenons maintenant une seconde illustration : dans le cadre d'un autre procès, un prévenu âgé d'une vingtaine d'années, assistant-manager dans une entreprise, jugé pour avoir mis le feu à une poubelle qui a ensuite embrasé un immeuble d'habitations, répond similairement aux questions posées :

> Juge : Vous avez des problèmes d'alcool ?
> Prévenu : Non, je bois en soirée.

56. Ces trois paramètres renforcent chacun le risque d'être condamné à une peine de prison ferme : d'abord, le statut de « détenu » plutôt que celui de « retenu » ; ensuite, la mise à distance physique dans l'espace de la chambre correctionnelle ; enfin, la propension des magistrats du siège à légitimer leur institution en confirmant les décisions judiciaires prises précédemment, et, dans ce cas précis, à décerner une condamnation à une peine de prison ferme dont le quantum couvre au moins le temps déjà passé en détention provisoire – ce qu'anticipent les avocats de la défense, de même que le personnel pénitentiaire. Cf. *supra*, « Chapitre 2, section 2. La construction d'une "opportunité" », p. 128-138.

Juge : C'était le cas la nuit des faits ?

Prévenu : Oui, j'étais sorti de boîte, j'avais bu deux verres. [Procès en comparution immédiate.]

Les prévenus refusant de reprendre à leur compte ce qualificatif de « malade » ont en fait en commun d'occuper des positions sociales nettement plus élevées que la plupart des personnes jugées en comparution immédiate. Étudiants, diplômés du supérieur, cadres ou en devenir, ils présentent leurs consommations d'alcool à la manière d'une pratique sociale (« je bois en soirée » ; « c'est seulement festif ») ou ils parlent de leurs consommations de drogues comme de quelque chose d'exceptionnel, avant de déplacer le curseur des débats vers d'autres registres, tels que leur formation dans le supérieur ou leurs activités professionnelles. Selon leur position sociale, les prévenus n'adoptent donc ni le même positionnement ni les mêmes stratégies[57] ; les plus dotés socialement, rarement jugés en comparution immédiate, rejettent la présentation de soi comme « malade » qui leur suggéré, tandis que les prévenus dont le volume global de capital est plus faible la reprennent à leur compte, y revenant parfois ensuite, sans nouvelle incitation à parler de leurs conditions de santé.

3.2.3. Une "maladie" ou une "stratégie" ?

Les magistrats tendent donc à créditer le registre de la santé, en insistant dessus, lorsqu'ils ont à juger ou à requérir une peine à l'encontre de prévenus poursuivis pour certains types de délit, comme des vols de faible valeur, des délits routiers ou de l' « offre ou cession de stupéfiants », mais ils expriment aussi quelques fois leurs doutes quant à la véracité des problèmes de santé mentionnés par des prévenus, lorsque ces derniers sont jugés pour d'autres types de délits. C'est tout spécifiquement le cas lorsque des prévenus jugés pour une « infraction à la législation sur les étrangers » se disent « malade ». Soupçonnés par les magistrats d'« inventer » cette condition pour justifier leur situation administrative, ils sont souvent discrédités[58] :

Juge : Qu'est-ce que vous faites en France, Monsieur ?

57. Les stratégies déployées lors de procès de « prévenus puissants » poursuivis pour des fraudes fiscales montrent aussi cela : « Tandis que les délinquants ordinaires font généralement valoir les déterminismes sociaux qui pèsent sur leur trajectoire (le dénuement, le manque d'éducation ou la détresse psychologique), les cols blancs s'efforcent de se montrer méritants en déclinant leurs multiples propriétés sociales : leur stratégie de défense consiste le plus souvent à s'appuyer sur une histoire familiale, une compétence professionnelle ou une fibre patriotique pour conférer une certaine légitimité à leur action » (Spire, 2017, p. 43-44). Pour une sociologie des élites délinquantes, voir Edwin H. Sutherland (1940), Alexis Spire (2013) et Pierre Lascoumes et Carla Nagels (2014).

> Interprète *[Après avoir traduit la question au prévenu et écouté sa réponse]* : Je suis en France depuis que j'ai su pour l'hépatite C. Je suis venu pour me soigner.
> Juge *[regardant les avocats de la défense présents dans la salle]* : C'est quand même bizarre tous ces Géorgiens sans papiers qui disent avoir une hépatite C et être en France pour se soigner. Ils se sont passé le mot ou quoi ?
> Avocate de la défense *[s'approchant de la tribune des juges, puis de celle du procureur, et leur tendant un document]* : Je préfère lever tout de suite ces doutes, voilà le certificat médical que j'ai fait extraire de sa fouille.
> Juge *[après avoir parcouru le document remis par l'avocate] :* Alors, ces problèmes de santé, dites-nous ce que vous faites. Vous n'êtes pas obligé, mais c'est intéressant pour le tribunal. Vous voyez quelqu'un ?
> Interprète *[Après avoir traduit la question au prévenu et écouté sa réponse]* : Je vois un médecin pour la piqûre toutes les semaines et avec l'aide médicale je pensais obtenir un séjour régulier en France. [Procès en comparution immédiate.]

Ainsi, que les magistrats insistent sur le registre de la santé ou qu'ils émettent des doutes quant à la véracité des conditions de santé décrites par des prévenus, les réponses de ces derniers ne distinguent pas des prévenus malades de prévenus en bonne santé ; elles distinguent des prévenus reprenant à leur compte ce qualificatif et se présentant comme « malades », dans cette configuration précise, d'autres rejetant fermement une telle présentation de soi et soutenant être « en bonne santé » : ces stratégies de défense socialement différenciées ne disent rien du regard que les individus posent sur leurs conditions de santé.

3.3. Dissimuler un diagnostic

Les prévenus répondant aux magistrats être en « bonne santé » ne se perçoivent pas nécessairement ainsi. Certains jugent leurs conditions de santé « mauvaises », mais ils dissimulent leurs propres perceptions au procès : ils font le choix de mentir.

3.3.1. Trois modes de justification

À partir de récits livrés rétrospectivement[59] par des personnes affirmant avoir dissimulé leur perception de leur santé, qu'elles jugent « mauvaise », lors d'un procès, on peut identifier trois modes de justification à l'adoption d'un tel positionnement : la revendication d'un droit à l'intimité, la crainte d'une stigmatisation et le refus de la pitié.

58. Sur les dispositifs de régularisation administrative pour raisons médicales, voir Didier Fassin (2001) et Sandrine Musso (2012).

59. Ces récits ont été recueillis par le biais d'entretiens réalisés avec des personnes détenues dans des établissements pénitentiaires. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1. L'expérience de la maladie à travers le récit de vie », p. 284-302.

3.3.1.1. La revendication d'un droit à l'intimité

Un premier mode de justification à la dissimulation de conditions de santé jugées « mauvaises » consiste en l'affirmation selon laquelle l'institution judiciaire n'a pas à disposer d'informations de ce type : il s'agit de revendiquer leur caractère « intime ». Mme Lacombe, détenue en maison d'arrêt et aussitôt prise en charge par son personnel médical à l'incarcération pour la surveillance d'un asthme et de douleurs consécutives à un accident de scooter, a par exemple été jugée à six reprises en comparution immédiate depuis sa majorité, six ans plus tôt, et elle soutient n'avoir « jamais parlé de [ses] problèmes de santé » lors de ses procès car « ça les regarde pas ! ». Cette perception de la santé comme de quelque chose d' « intime » semble d'ailleurs partagée par les magistrats du siège, qui hésitent quelques fois à faire publiquement mention d'informations contenues dans le dossier pénal durant les audiences :

> « Moi ça m'arrive d'en parler [des conditions de santé de prévenus], mais je ne cite pas la maladie par respect. Quand c'est possible de le dire, je le dis. […] Je trouve ça toujours très gênant d'en parler en public. Et quand l'enquêteur de l'Apcars sent que c'est difficile d'en parler, il le mentionne dans le dossier ; ils mettent entre parenthèses : "Ne pas trop en parler à l'audience", parce que eux, ils ont perçu quelque chose qui pourrait provoquer chez le prévenu une réaction ou un blocage. Donc moi, je m'appuie sur ça aussi. Donc moi, en fait, je suis ce que dit l'enquêteur. » [M. Gesmay, vice-président d'une chambre de comparution immédiate.]

Instruisant un dossier, un juge évoque par exemple à plusieurs reprises le « grave problème de santé » d'une prévenue sans jamais le nommer autrement, manifestant par là une forme de pudeur à son propos. L'avocat assurant la défense de la prévenu, absente à son procès, parlera néanmoins quelques minutes plus tard de son « cancer du sein » durant sa plaidoirie.

3.3.1.2. La crainte d'une stigmatisation

La crainte d'être stigmatisé du fait d'un diagnostic médical reçu est un autre mode de justification à la dissimulation de conditions de santé jugées « mauvaises » : le diagnostic reçu est perçu comme pouvant peser défavorablement dans la détermination de la sentence pénale, s'il était divulgué au procès. C'est de cette façon que Mme Beaulieu explique avoir essayé de dissimuler une information médicale sur sa santé. Détenue en centre de détention, elle y est prise en charge par des professionnels de santé pour le suivi d'une maladie cardiovasculaire et d'une infection par le VIH. Au procès, elle ne voulait pas qu'il soit fait mention de son infection par le VIH, redoutant que cela joue en sa

défaveur. Il s'agissait ainsi de « garder le contrôle » sur une information pouvant la discréditer[60] :

> « Ils en ont parlé du VIH. Oui, je dis "ils" parce que c'était pas moi. Le procureur en a parlé. Forcément ! Pour moi, il fallait pas le dire, c'est pas quelque chose qui aide, forcément. » [Mme Beaulieu, condamnée à dix-huit ans de prison ferme.]

Les magistrats semblent aussi partager quelques fois cette perception ; il leur arrive d'hésiter à reprendre des informations figurant dans les enquêtes sociales rapides produites sur des prévenus, les jugeant stigmatisantes :

> « Je suis très prudent quand on voit dans l'enquête sociale [rapide] que la personne est atteinte du sida. Et ça, on l'a régulièrement. J'en ai eu un cette semaine d'ailleurs, un gars atteint du sida. Et moi j'ai posé la question... J'amène ça... Avec l'image du sida la personne va être cataloguée comme homo ou toxico donc je pense qu'il faut mettre la forme pour y venir. » [M. Gesmay, vice-président d'une chambre de comparution immédiate.]

Ce mode de justification à la dissimulation de conditions de santé jugées « mauvaises » concerne donc plus spécifiquement les prévenus présentant des affections qui sont associées à des conduites pouvant être stigmatisées et/ou réprimées, dont elles seraient la « punition » dans l'imaginaire collectif.[61]

3.3.1.3. Le refus de la pitié

Un troisième mode de justification à la dissimulation de conditions de santé jugées « mauvaises » consiste enfin en l'affirmation selon laquelle il ne faudrait pas chercher à susciter la « pitié » des magistrats. Revenant rétrospectivement sur le déroulement de son procès, M. El Kaouha justifie par exemple de ne pas avoir parlé de son asthme à l'audience car il ne voulait pas être traité différemment ou, en d'autres termes, problématisé au regard de ses conditions de santé. Cela aurait pour lui signifié « sortir [des] disquettes pourries »[62] :

> « Je veux pas que [mon asthme] soit abordé [au procès]. […] Quand il y en a un qui va tuer quelqu'un, ouais ils vont regarder son passé psychologique ; "Ouais il a été maltraité, son père il l'a tapé" : toujours on va sortir les disquettes pourries. Moi j'ai pas envie qu'on me sorte des disquettes, que

60. Outre la dissimulation, Erving Goffman (1975 [1963]) distingue trois autres techniques de « contrôle de l'information » utilisée par des personnes discréditables afin de ne pas être discréditées : le maintien d'une distance sociale afin d'éviter les confidences, l'imputation à une autre cause des signes du stigmate et le dévoilement volontaire.

61. Ce que Deborah Lupton (1995) a conceptualisé par les termes de *victim-blaming*.

62. L'expression « sortir une disquette » peut signifier raconter un mensonge ou donner une excuse peu crédible : il l'emploie dans ce second sens.

> parce que je suis malade on va avoir pitié de moi. Parce que je suis malade, alors je rentre pas en prison ? Non. J'ai fait, je suis comme les autres, je dois payer ma dette et c'est tout. » [M. El Kaouha, condamné à six mois de prison ferme.]

Qu'il s'agisse d'adhérer à une présentation de soi comme « malade », de refuser fermement ce qualificatif lors de son procès ou d'invoquer telle ou telle autre justification à la dissimulation de conditions de santé jugées « mauvaises », l'ensemble de ces positionnements montrent finalement que les prévenus jugent leurs conditions de santé non pas neutres, mais stratégiques : elles peuvent peser en leur défaveur ou les protéger de la sévérité d'une sanction.

3.3.2. Ceux qui parlent

Un autre élément prédomine dans les discours suscités par la question : « Vous en avez parlé au procès ? », posée en entretien à toutes les personnes interviewées en prison, condamnées pénalement et faisant l'objet d'une surveillance médicale au sein de l'établissement pénitentiaire. Au premier abord, leurs souvenirs semblent en fait peu précis. Que le procès ait eu lieu l'avant-veille ou trois ans plus tôt, qu'il ait été le premier ou le quinzième, qu'il ait duré quinze minutes en comparution immédiate ou plusieurs jours aux assises, il est seulement décrit en quelques mots. C'est une date. Une ville. Le genre d'un ou d'une juge. Une sentence. Et puis une ou deux phrases entendues rapportées. Après avoir affirmé qu' « ils en ont parlé du VIH » lors de son procès aux assises, Mme Beaulieu poursuit par exemple ainsi :

> « En fait, je me souviens très mal du procès. Je ne sais plus comment ils en ont parlé, ce qu'ils ont dit. J'ai l'impression d'avoir survolé le procès. J'étais bien là, j'étais très attentive, mais j'oubliais au fur et à mesure tout ce qui se disait. Ça a duré trois jours. Les deux fois. En appel, c'était pareil : je me souviens de rien. Juste le choc quand j'ai appris que j'avais une peine encore plus lourde qu'avant, alors que j'étais sure qu'ils allaient la diminuer. » [Mme Beaulieu, condamnée à dix-huit ans de prison ferme.]

Tentant d'expliquer pourquoi elle n'a que peu de souvenirs du procès et de l'audience en appel, elle décrit des interactions qu'elle a tenté de suivre (« j'étais très attentive ») et d'une position au procès réduite à sa seule présence physique dans la salle d'audience (elle a « survolé le procès » ; elle insiste : « J'étais bien là »). M. Caire, détenu en maison d'arrêt depuis deux ans, parle de même d'avoir été « dans un nuage » lors de son procès, qu'il décrit métaphoriquement comme une « machine » fonctionnant toute seule – ou tout du moins sans lui. Ce sentiment d'extériorité se retrouve dans nombre des récits recueillis, qui ne font pas

seulement apparaître un *sentiment* d'extériorité. La question posée, « *Vous* en *avez parlé* au procès ? », a en effet surtout suscité des discours rapportés :

> « C'est mon avocat qui en a parlé [du VIH]. Il a dit : "Écoutez, c'est simple, je sais que mon client il est récidiviste, mais par rapport à la connerie qu'il a fait, tentative de vol par escalade, vous demandez un an de prison, mais il a des pathologies assez graves : il est porteur du virus, il a des brûlures." Ils ont dit : "Mais attendez, nous on lui a pas demandé de se droguer. Les pathologies qu'il a, c'est lui qui les a fait : c'est associé." Et voilà ! Ils s'en foutent ! La justice, ils s'en foutent des pathologies que les gens ils ont. C'est pas eux qui les ont les pathologies. Ils se disent : "On n'est pas malade, on a un travail, on est un honnête citoyen. Eux, c'est des mauvaises personnes, ils enfreignent la loi." » [M. Haddad, condamné à effectuer trente mois de prison ferme.]
>
> « Moi j'en ai pas parlé, mais c'est mon avocat qui a donné un dossier comme ça quoi *[montrant d'un geste des mains que le dossier était épais]*. » [M. Caire, a fait appel se sa condamnation à une peine de quinze ans de prison ferme.]
>
> « Mon avocat, il en a parlé [du VIH]. Il a dit que j'avais des médicaments. Même avant que j'arrive en prison ils le savent déjà, parce que je prenais un substitut de... de la méthadone. Avant que j'arrive ils le savaient déjà. Ils [les soignants de la prison] avaient déjà mon nom, ils m'attendaient, ils m'avaient mis sur la liste pour la méthadone. Ils avaient téléphoné à l'extérieur, et l'extérieur leur avait donné le bilan de ce que je faisais, de ce que je prenais. Ils ont fait mon profil je pense. » [M. Séchant, condamné à six mois de prison ferme.]

Parce que ceux qui ont parlé – *ceux qui parlent* –, ce sont les professionnels de justice.[63] On verra plus tard comment les magistrats du parquet et les avocats de la défense mobilisent le registre de la santé dans leurs réquisitoires ou plaidoiries,[64] mais on peut dès à présent noter que les manières dont les prévenus répondent aux questions posées sur leurs conditions de santé – les dissimuler, les dire, les montrer, parler de « consommations », de « problème » – montrent quelles sont leurs marges de manœuvre sur la détermination de la sentence pénale ou, plus exactement, celles qu'ils pensent avoir.[65]

---

63. Ce qu'Albert Camus retranscrit avec justesse dans *L'Étranger* : « Même sur un banc d'accusé, il est toujours intéressant d'entendre parler de soi. Pendant les plaidoiries du procureur et de mon avocat, je peux dire qu'on a beaucoup parlé de moi et peut-être plus de moi que de mon crime. […] En quelque sorte, on avait l'air de traiter cette affaire en dehors de moi. Tout se déroulait sans mon intervention. Mon sort se réglait sans qu'on prenne mon avis. »

64. Cf. *supra*, « Chapitre 1, section 5. La santé dans la rhétorique judiciaire », p. 105-113.

65. Voire les stratégies qu'ils auraient voulu mettre en œuvre au procès et qu'il énoncent à une sociologue parce que l'entretien offre la possibilité de le « rejouer ».

4. Déterminer une sanction

Comment les magistrats du siège se saisissent-ils des informations dont ils disposent sur les conditions de santé des prévenus une fois retranchés dans leurs bureaux pour délibérer ? Après un retour réflexif sur la littérature consacrée à la construction de la décision pénale, j'introduirai l'approche méthodologique mise en œuvre dans le cadre de cette recherche afin d'appréhender les effets du registre de la santé sur la détermination de la sanction pénale, puis j'en présenterai les principaux résultats : peut-on parler de *déterminants santé* de la sanction pénale ?

4.1. Quarante ans d'enquêtes sur la construction de la sentence pénale

Les recherches en sciences sociales visant à appréhender la construction de la décision judiciaire ont commencé à prendre de l'ampleur dans les années 1970-1980.[66] Dans une revue de la littérature consacrée à cette thématique de recherche, Françoise Vanhamme et Kristel Beyens (2007) distinguent ces travaux en deux types, selon leur approche dominante.

D'un côté, observent-elles, des chercheurs revendiquent une approche « interprétative » : ils appréhendent la construction de la décision par l'analyse du contexte dans lequel celle-ci est prise, en portant davantage attention à son processus qu'au résultat des décisions, et ils s'appuient pour ce faire sur des méthodes qualitatives, c'est-à-dire des entretiens et des observations. Ainsi, pour donner un premier exemple de ce type de travaux, Liora Israël (1999) étudie un tribunal pour enfants en privilégiant une posture compréhensive ; posant l'hypothèse que « la prise de décision du magistrat [peut être interprétée] comme la conclusion d'un conflit entre les différents acteurs portant sur la qualification attribuée au jeune », elle appréhende le droit à la manière d'une « activité sociale » (Lascoumes, Serverin, 1988), étudiant le déroulement des audiences et les séquences les précédant (appels téléphoniques, agencement de la salle d'audience, préparation des dossiers...) et elle montre alors que « le processus judiciaire peut être assimilé à un enchaînement de cycles composés de séquences » : « chacun de ces cycles correspond à un certain "cadrage" du mineur » (*ibid.*, 1999, p. 418). Pour donner un second exemple de ce type de travaux, Nicolas Fischer (2012) propose de « saisir l'économie morale spécifique qui se déploie localement autour

66. Je renvoie à Georges Kellens (1978) pour une revue de la littérature internationale consacrée à cette thématique de recherche durant cette période.

de la question des mineurs isolés placés en zone d'attente » dans une juridiction (p. 692) et, dans le prolongement de recherches consacrées aux « économies morales »,[67] il appréhende la construction des décisions rendues par des juges des libertés et de la détention à partir des représentations associées aux jeunes justiciables, en étudiant la circulation de valeurs et de qualifications morales.

À l'opposé de ce premier type de recherches, écrivent Françoise Vanhamme et Kristel Beyens (2007), des enquêtes se situent quant à elles dans une tradition plutôt « néopositiviste » : il s'agit de « recherche[r] les caractéristiques statistiques de facteurs préalablement identifiés, afin de détecter et d'expliquer des disparités » dans le prononcé de la peine (p. 202). Ces travaux s'attachent à objectiver l'exercice d'un traitement socialement différencié des individus confrontés aux dispositifs de la pénalité par l'étude des effets propres de certaines variables, souvent sociodémographiques et concernant les prévenus, sur la détermination de la décision judiciaire. Aux États-Unis, la variable la plus souvent étudiée dans ces travaux, réunis sous les termes de *sentencing studies*, est la « race » des prévenus.[68] Il s'agit d'un champ de recherche nettement moins développé en France (Chappe *et al.*, 2017, pp. 394-395), bien que quelques enquêtes ont proposé d'interroger les effets, sur la détermination de la peine, du genre des prévenus (Mary, 1996 ; Lelièvre, Léonard, 2012), de leur situation sociale (Robert *et al.*, 1976 ; Herpin, 1977 ; Cimade, 2004 ; Gautron, Retière, 2013) ou encore de leur origine ethnique (Lévy, 1984 ; Robert, Tournier, 1989 ; Jobard, Névanen, 2007 ; Léonard, 2010).

La distinction ainsi opérée par Françoise Vanhamme et Kristel Beyens, entre des travaux quantitatifs s'inscrivant plutôt dans une tradition « néopositiviste » et d'autres, qualitatifs, proposant une approche « compréhensive » de la décision judiciaire, rend en fait plus compte de l'état de la recherche en sciences sociales sur la construction de la sentence pénale entre le début des années 1970 et la fin des années 1990. Durant cette première période s'étendant sur une vingtaine d'année, les quantitativistes ont essentiellement enquêté à partir de statistiques publiques

67. Ce concept renvoie à « la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (Fassin, 2009, p. 1257).

68. Ces travaux portant sur les effets de la « race » des prévenus sur la détermination de la sentence pénale sont nombreux – les plus récents proposent une approche intersectionnelle de cette question : Gary Kleck (1981) ; Cassia Spohn *et al.* (1985) ; Vernetta D. Young (1986) ; Martha A. Myers et Susette M. Talarico (1987) ; Marjorie S. Zatz (1987) ; Samuel R. Gross et Robert Mauro (1989) ; Roger Hood (1992) ; Theodore Chiricos et Charles Crawford (1995) ; Darrell Steffensmeier *et al.* (1998) ; Kate Stith et José A. Cabranes (1998) ; Cassia Spohn (2000) ; Darrell Steffensmeier et Stephen Demuth (2001) ; Anita Kalunta-Crumpton (2012) ; Michael T. Light *et al.* (2014)...

(Robert *et al.* 1976 ; Aubusson de Cavarlay, 1985 ; Robert, Tournier, 1989), tout en développant une posture réflexive vis-à-vis de la construction de ces données par les administrations productrices (Petit, 1990, pp. 261-264 ; Robert *et al.*, 1994 ; Aubusson de Cavarlay, 1996 ; Vesentini, 2007). Ainsi, dans le contexte de la publication d'une communication donnée une trentaine d'année plus tôt, en 1973, Michelle Perrot (2001) se souvient : « J'avais découvert le *Compte général de l'administration de la justice criminelle*, propice à une analyse quantitative dans laquelle je voyais encore une des voies royales de l'histoire, et décidé d'explorer ces comptes du crime. Que révélaient-ils sur les flux de la délinquance ? En même temps, j'étais de plus en plus sensible à leur caractère d'objet construit, expression d'obsessions autant que de violences réelles. Que mesure-t-on quand on dénombre des délits ? Leur accroissement factuel ? Ou le souci qu'on en a ? Les incessantes ramifications du Code traduisent-elles un affinement des définitions pénales lié à l'élévation des seuils de sensibilité ? Ou l'apparition de formes nouvelles de délinquance ? » (p. 161). Mais à partir des années 2000, les recherches conduites en France sur la construction de la décision pénale semblent moins réductibles à cette opposition ; il s'agit plus souvent d'appréhender la décision pénale tout à la fois comme un processus et comme un résultat, et les méthodologies mises en œuvre ne sont elles non plus pas les mêmes : l'approche statistique de la construction de la décision judiciaire s'appuie plus fréquemment sur une base de données de première main (codage d'audiences observées, de dossiers pénaux, de minutes de procès...),[69] associée quelques fois à une approche qualitative (entretiens dans une perspective compréhensive, observations et description de processus...).

Une exception est cependant à noter dans cette distinction entre les recherches menées sur la construction de la décision pénale selon les deux périodes et les méthodes et approches mises en œuvre à chacune d'elles. Publiée en 1977, une recherche se distingue en effet très nettement des travaux qui lui sont contemporains par son approche méthodologique : *L'application de la loi : deux poids, deux mesures*. Dans cet ouvrage, Nicolas Herpin introduit une méthodologie alors innovante pour saisir les pratiques de l'institution judiciaire : avec le concours d'étudiants et d'autres enseignants, il code plus de 400 procès en comparution immédiate observés et il montre ainsi que les individus « jeunes », « étrangers » et « prolétaires » écopent de peines plus sévères lorsqu'ils sont jugés dans ce dispositif.

69. Voir : Cimade (2004) ; Fabien Jobard et Sophie Névanen (2007) ; Thomas Léonard (2010) ; Daniel Welzer-Lang et Patrick Castex (2012) ; Virginie Gautron et Jean-Noël Rétière (2013) ; Anne-Cécile Douillet *et al.* (2015).

À la suite de la publication de l'ouvrage de Nicolas Herpin, les (rares) comptes rendus de lecture publiés par des pairs à son propos émettent quelques réserves sur les méthodes du sociologue. Ainsi, tout en soulignant que les « statistiques prouvent » les tris opérés par les juges et qu'elles sont « parlantes », Monique Seyler (1977) reproche, dans la revue *Esprit*, leur aspect « réducteur de la réalité ». La critique publiée par Philippe Robert (1977) dans *L'Année sociologique* est plus sévère. Alors qu'il regrettait dans un article paru l'année précédente et co-écrit avec Bruno Aubusson de Cavarlay et Thibault Lambert la « pauvreté ou monotonie » des enquêtes jusqu'alors conduites sur le *sentencing* en France, parce qu'elles se centraient uniquement sur l'âge des prévenus, soutenant qu' « il serait opportun de prendre en compte encore plus de variables, et de les croiser » (1976, pp. 89-90), le sociologue décrit *L'application de la loi* comme « sympathique », mais « fragile », parce que « ses données, tant dépendantes qu'explicatives, [sont] souvent parcellaires et limitées, parfois peu fiables », de même que ses « techniques de transformation des données ». Il conclut : « On se demande s'il n'aurait pas été plus sage de faire un bon article d'un matériel qui s'avère un peu court pour un livre. » Pour résumer, si l'efficacité et l'accessibilité de l'ouvrage de Nicolas Herpin sont saluées, trois principales critiques sont émises en ce qui concerne le traitement statistique d'observations de procès : 1) les techniques d'échantillonnage utilisées et la représentativité des résultats ; 2) le choix et la standardisation de variables tirées d'une enquête par observation ; et 3) l'éventuelle réduction de la réalité observée induite par le recours à la quantification.

C'est en reprenant à mon compte ces trois critiques que j'introduirai le dispositif d'enquête mis en place afin d'interroger l'existence de *déterminants santé* de la sanction pénale. J'expliciterai d'abord les motifs m'ayant amenée à opter pour un codage *a posteriori* de notes d'observation, plutôt que sur l'usage d'une grille d'observation par exemple, tout en insistant sur les implications d'une approche simultanément ethnographique et quantitative durant les observations. J'interrogerai ensuite mes pratiques d'enquête au regard de celles étudiées : car coder, et donc catégoriser, n'est-ce pas finalement juger ? Dès lors, comment appréhender le jugement pénal comme je l'ai fait, c'est-à-dire comme le résultat de la mise en concurrence d'une succession de micro-jugements ordinaires, sans les supplanter par ses propres jugements ? Je conclurai enfin sur la réduction de la réalité induite par une telle approche, en mettant là encore mes pratiques d'enquête en parallèle aux pratiques judiciaires : à justice de masse, méthodes écrasant les individus ?

4.2. Une analyse quantitative à partir de notes d'observation

L'enquête de terrain menée à la vingt-troisième chambre du tribunal de grande instance de Paris visait à interroger le traitement social de la santé dans le cadre de procès pénaux, en réunissant des notes retranscrivant le quotidien observé, jours après jours, pendant une année, dans sa chambre dédiée aux comparutions immédiates, puis en étudiant quantitativement l'existence de *déterminants santé* de la sanction pénale en codant les décisions pénales rendues observées. Le parti-pris de coder des procès observés, plutôt que des dossiers pénaux ou des minutes de procès, et de procéder à ce codage à partir de notes d'observation, plutôt que d'utiliser par exemple une grille pendant les observations,[70] résulte d'une double volonté.

Elle résulte d'abord d'une volonté de *saisir ce que les individus ne peuvent pas ne pas dire* pendant les audiences, alors que tous sont incités à contrôler leur temps de parole et à « aller à l'essentiel ». L'éventualité de procéder au codage de dossiers pénaux a donc été rapidement écartée : ils reflètent me semble-t-il davantage ce que la procédure impose que cela soit consigné dans ses pages plutôt que ce à quoi les individus se réfèrent pour négocier, argumenter, et convenir d'une décision, d'une part, et des éléments pouvant jouer un rôle central à l'audience peuvent lui échapper, d'autre part. Ces deux points ont en fait déjà été mis en évidence. Étudiant le procès de l'hormone de croissance contaminée, Janine Barbot et Nicolas Dodier (2014b) soulignent ainsi que « l'intensité et la complexité du travail » normatif réalisé par les avocats des parties civiles sur les émotions, à l'audience, ne peuvent être saisies à travers le dossier pénal (p. 382). De leur côté, Virginie Gautron et Jean-Noël Retière (2014) rappellent qu'il en est de même des « contributions des avocats, soucieux d'exciper des attestations à l'appui de la défense de leurs clients » (pp. 585-586). Ces attestations, qui peuvent être des bulletins de salaire, des contrats de travail, et des certificats de toutes sortes, ne sont souvent apportés qu'au moment de l'audience, en comparution immédiate, par les avocats de la défense.[71] Or, ces pièces apportées à l'audience peuvent conduire à l'ouverture de nouveaux registres durant le procès, dont « le dossier papier ne garde pas toujours la trace » (*ibid.*).

Ce parti-pris consistant à coder des notes d'observations (plutôt qu'utiliser une grille) résulte ensuite d'une volonté de *saisir comment les individus pensent et agissent*,

70. Ces trois méthodes ont été plus communément employées par les sociologues.

71. On a vu cela plus tôt, à travers le procès d'un prévenu expliquant avoir une hépatite C et soupçonné de mentir par le juge instruisant le dossier pénal à l'audience. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3.2.3. Une "maladie" ou une "stratégie" ? », p. 74-75.

tout en considérant qu'ils peuvent parfois se comporter de manière atypique, que les situations peuvent évoluer dans le temps voire se transformer radicalement, et que l'observateur ne prend souvent lui-même la mesure de certaines régularités observées ou de l'ensemble des façons dont les individus pensent, agissent et réagissent qu'une fois le recueil des données achevé, lorsqu'il a pris de la distance avec le terrain étudié.

Le codage *a posteriori* des notes de terrain devait donc permettre d'interroger les usages des registres mobilisés dans ce dispositif sans les anticiper (les registres *et* les usages), tout en retardant le moment où, en standardisant des variables et en procédant à des mises en équivalence, j'allais à mon tour porter des jugements sur les pratiques observées. Mon approche se distingue en cela de l' « ethnographie quantitative » telle qu'elle a été introduite par Jean-Claude Passeron et Emmanuel Pedler (1999), qui, étudiant la réception artistique par le recours à la quantification, soutiennent que seule une grille est « capable de procurer au traitement des données un matériel comparatif, en privilégiant les aspects directement observables des actes sémiques non verbaux » (p. 94). S'ils préconisent l'usage d' « indicateurs objectifs », c'est au contraire la subjectivité des individus et les éventuels conflits de subjectivités qui sont au centre de la démarche que j'ai adoptée afin d'interroger l'existence de déterminants santé de la sanction pénale.

Résumée ainsi, par ses partis-pris sous-jacents, la constitution d'une base de données à partir de notes d'observation peut sembler relativement aisée. Mais parce qu'approche statistique et approche ethnographique sont sous-tendues par des enjeux impliquant des postures *a priori* difficilement conciliables simultanément l'une avec l'autre, tant dans la conduite de l'enquête que dans sa restitution (Small, 2009), associer observations ethnographiques et perspective de quantification n'a pas été chose aisée : cela a impliqué que je procède à certains ajustements de mes méthodes que je vais à présent détailler.

4.2.1. Approche ethnographique et pratiques d'échantillonnage

La construction de l'échantillon de la base de données a concentré le plus d'interrogations au début de l'enquête car j'envisageais de recourir à des outils de la statistique inférentielle : le contrôle des éventuels biais d'échantillonnage, constitué par quota ou à partir d'une sélection aléatoire, s'avère alors central. Or, si les résultats du volet quantitatif de l'enquête n'ont jamais eu vocation à être représentatifs de tous les tribunaux ou de toutes les chambres dédiées aux procès en comparution immédiate, mais seulement de celle étudiée, je ne disposais pas non plus de données sur la population mère – c'est-à-dire toutes les décisions rendues par la vingt-troisième chambre durant la période de l'enquête. Il m'a donc

fallu mettre en place un dispositif d'enquête qui permette tout à la fois de poursuivre un travail ethnographique tout en produisant en même temps du « hasard », ou de l'aléatoire, dans la sélection des procès observés et transcrits en vue d'être codés. Mais comment produire du « hasard » ? Comment sélectionner « aléatoirement » des procès à coder tout en poursuivant un travail d'observation ethnographique ? L'échantillonnage de la base de données des procès observés en vue d'être codés s'est appuyé sur une attention à deux paramètres : la sélection anticipée et le calendrier institutionnel de la chambre correctionnelle étudiée.

4.2.1.1. L'inclusion dans l'échantillon statistique

Le codage *a posteriori* des notes prises durant les procès observés a imposé que celles-ci soient « exhaustives »[72] car les variables codées n'ont pas été déterminées au préalable et parce que je redoutais de me retrouver face une multitude de « données manquantes », lors du codage de ces notes, si elles étaient parcellaires. Cet impératif a eu deux conséquences. D'abord, la question au centre de mon approche m'a conduite à me focaliser sur des unités « procès » (ou « individu ») au détriment d'autres paramètres : les temporalités de l'audience, les activités sociales qui se déroulent en parallèle... Ensuite, la prise de notes intensive m'a amenée à me concentrer sur des énoncés, puisqu'il s'agissait de les retranscrire simultanément, plutôt que sur les situations observées : je les ai décrites *a posteriori*, par l'ajout de notes, durant les suspensions d'audience. Il m'a semblé de ce fait nécessaire, après seulement quelques journées d'observations, que tous les procès observés n'aient pas vocation à être soumis à un traitement statistique. Lors de chaque journée d'observation, j'ai alors souvent observé plus d'une dizaine de procès, mais jamais plus de quatre ou cinq en vue de les coder.[73] La question qui s'est posée à moi fut à partir de là la suivante : comment (ne pas) sélectionner les

72. Il s'agit là d'un abus de langage : des notes d'observation ne seront jamais « exhaustives » (Lahire, 2007 [2005]). On trouvera ainsi nulle trace dans mes carnets de descriptions des couleurs des yeux ou des lacets à chaussure des enquêtés ou des instants où ils inspirent, etc. Observer, c'est travailler avec ses cinq sens, travailler avec ses cinq sens c'est déjà sélectionner, et noter équivaut à sélectionner parmi ce que l'on a « observé ». Néanmoins, comme l'écrit Howard S. Becker (2002 [1998]) en revenant sur les conseils donnés à ses étudiants de « tout noter » durant leurs observations : « Il est impossible de "tout" noter. Mais ça ne veut pas dire qu'il soit impossible de noter beaucoup plus de choses que les étudiants ne le font d'ordinaire » (pp. 131-132).

73. Je ne m'étends pas sur ce point, mais prendre en note simultanément tous les discours est épuisant physiquement et c'est aussi pour cela aussi qu'il m'est apparu nécessaire de cliver mes pratiques en deux temps : observations en vue de coder ; observations ethnographiques.

procès « à coder », dont la prise de note des discours serait intensive, parmi l'ensemble des procès observés ?

Afin de constituer un échantillon aléatoire sans introduire un biais de sélection dans l'inclusion (ou l'exclusion) des procès qui constitueraient l'échantillon étudié statistiquement, les procès à coder ont été déterminés avant mon arrivée au tribunal, en fixant par avance la section de la chambre, le nombre de procès à observer en vue de les coder (un à cinq par journée d'observation) et l'heure de début du premier d'entre eux. Pour donner un exemple, j'établissais que lors de la prochaine séance d'observation, deux procès seraient codés et qu'il s'agirait des deux premiers procès (toujours successifs) observés : ceux qui débuteraient ce jour juste après mon arrivée, à seize heures, dans la deuxième section de la chambre correctionnelle étudiée. Les observations s'achevaient néanmoins plus tard, ne serait-ce que pour retranscrire l'annonce des délibérés après la suspension d'audience, et elles se poursuivaient généralement par la suite en adoptant une autre posture : mon attention était davantage portée sur la journée d'audience, mon regard n'était plus exclusivement centré sur l'unité « procès » (ou « individu »), et les observations n'étaient en fait pas forcément menées dans les salles d'audience. Pourquoi ai-je retenu le lieu, c'est-à-dire la section de la chambre correctionnelle, et le temps, ou jour de la semaine et heure de début du procès, comme paramètres à partir desquels constituer cet échantillon « aléatoire » de jugements rendus par la vingt-troisième chambre du tribunal de Paris ?

4.2.1.2. Critères de jour, de lieu et d'heure

Les audiences en comparution immédiate se tiennent simultanément, du lundi au vendredi dans deux salles d'audience distinctes au tribunal de Paris, appelées sections « une » et « deux » de la vingt-troisième chambre, qui sont présidées chacune par deux magistrats. Les vice-présidents de la chambre sont donc quatre ; ils alternent leurs jours d'audience. Bien que leurs individualités peuvent sembler s'effacer sous leurs blouses noires et par des « effets de neutralisation » propre à la rhétorique du droit,[74] ces magistrats n'incarnent pas similairement leur fonction. C'est en tout cas ce qu'observent les avocats de la défense, qui décrivent l'un des vice-présidents comme « très dur », quand une autre magistrate serait « très à l'écoute » et une troisième « trop lente ». Être attentive aux sections de la chambre, présidées par différents magistrats, et aux jours de la semaine, puisqu'ils

74. Au sens de Pierre Bourdieu, qui entend par « effet de neutralisation » un « ensemble de traits syntaxiques tels que la prédominance des constructions passives et des tours impersonnels, propres à marquer l'impersonnalité de l'énonciation normative et à constituer l'énonciateur en sujet universel, à la fois impartial et objectif » (1986b, p. 5).

alternent leur jours d'audience, devait donc me permettre de faire varier la « composition du tribunal », c'est-à-dire les individus déterminant la décision. Mais ce n'est pas tout : poursuivons sur l'intérêt porté à la variation des jours de la semaine. La procédure en comparution immédiate impose que les individus « retenus » soient présentés au magistrat instructeur dans un délai inférieur à soixante-douze heures à partir du moment où ils ont été placés en garde à vue. L'arrestation remonte donc généralement à la veille ou à l'avant-veille du procès (si l'on fait exception des cas où le procès avait été renvoyé à une date ultérieure) : les mercredis, les prévenus ont été interpellées le lundi ou le mardi précédent ; les jeudis ils l'ont été le mardi ou le mercredi précédent, et ainsi de suite.

Ce premier élément de compréhension du contexte posé, c'est en recourant à deux illustrations que j'expliquerai pourquoi il m'a semblé important d'être attentive aux jours des procès observés en vue d'être codés. Prenons pour commencer l'exemple d'une personne interpellée par des policiers un vendredi matin et aussitôt placée en garde à vue. Quelques heures avant la fin du temps limite de sa garde à vue, le parquetier estime, au vue du dossier pénal constitué sur elle, que « l'affaire est simple » et « peut être jugée en l'état » : la personne devenue « prévenue » est orientée vers une procédure en comparution immédiate. Cependant, nous sommes maintenant un dimanche, et il n'y a pas d'audience en comparution immédiate ce jour-là. La prochaine journée d'audience se tiendra le lendemain, et elle ne débutera qu'à partir de treize heures trente. Plus de soixante douze heures se seront donc écoulées depuis le placement en garde à vue de cette personne : elle ne peut plus, légalement, être « retenue » sans qu'une décision judiciaire soit prononcée à son propos.[75] Aussi, avant de comparaître le lendemain après-midi devant le tribunal, elle est présentée à un juge des libertés et de la détention qui doit prendre une première décision : dans quelles conditions

75. Précisons que les procès en comparution immédiate sont très souvent scindés en deux temps du fait de cet élément de procédure. À l'ouverture de l'audience, plusieurs prévenus comparaissent à la barre les uns après les autres afin qu'un juge lise leur identité, annonce l'infraction qui leur est reprochée, et leur demande s'ils acceptent d'être jugés immédiatement (ou s'ils demandent un délai pour préparer leur défense). À ce moment là, ils n'ont généralement rencontré ni l'enquêtrice sociale, ni leur conseil. Ce dernier leur souffle à l'oreille la réponse à donner au juge (« oui »), qu'ils répètent. Les magistrats procèdent ainsi afin de respecter le délai de soixante-douze heures. Ils énoncent la formule suivante : « Nous prendrons votre dossier plus tard dans l'après-midi, afin que vous puissiez vous entretenir avec votre conseil. » Il n'est arrivé qu'une fois durant l'année d'observations au tribunal de Paris, que ce délai soit dépassé (de deux ou trois minutes). À son arrivée dans le box, le juge présidant l'audience a annoncé au prévenu qu'il était libre – les règles de procédure n'ayant pas été respectées. Il a été reconvoqué quatre semaines plus tard pour son procès, où il s'est présenté « librement ».

passera-t-elle la nuit qui la sépare de l'audience du lendemain ? De fait, les lundis après-midi plus que les autres jours de la semaine, il m'apparaissait vraisemblable que la proportion de prévenus comparaissent devant le tribunal après une nuit passée en prison soit plus élevée. Or, le fait d'être (ou non) déjà incarcéré au moment de son procès étant déterminant dans la construction de la décision pénale (Combessie, 2008, p. 242), j'avais alors fait l'hypothèse que les individus placés en détention provisoire les dimanches avaient plus de « chance » d'être condamnés à une peine de prison ferme le lundi. En d'autre terme, j'ai fait l'hypothèse de l'existence d'un effet « jour de la semaine », lié au « calendrier institutionnel » (Passeron, 1990) des dispositifs judiciaires.

Prenons maintenant une seconde illustration, toujours en lien avec ce calendrier institutionnel, mais pour évoquer plus spécifiquement un jour de la semaine : le vendredi. Les avocats redoutent cette journée. Certains la surnomment « le jour des déferrés ». Par cette expression, ils entendent mettre en avant le fait qu'un nombre plus important de personnes comparaît devant le tribunal ce jour-là : c'est la veille du week-end et il faut libérer les cellules de garde à vue dans les commissariats. Plus de prévenus donc, mais la journée n'est pas plus longue pour autant. Les vendredis, les audiences s'achèvent donc souvent tard dans la soirée, par la prononciation d'une succession de décisions de renvoi du procès à une date ultérieure compte tenu de l'heure avancée de la nuit. Le fait de devoir traiter plus d' « affaires » conduit-il les magistrats à conduire différemment leurs audiences ? C'est une autre hypothèse à laquelle j'ai été sensible et m'ayant amenée à porter attention à un effet « jour de la semaine ».

Cette seconde illustration nous conduit enfin au dernier critère, lui aussi lié au temps, à partir duquel j'ai élaboré l'échantillon de la base de données « condamnations » : l'heure de la journée. Si les audiences débutent en début d'après-midi, leur heure de fin est inconnue de tous. Aussi, au début de l'enquête, j'avais supposé que les interactions pouvaient ne pas se dérouler similairement (temps consacré à l'exploration de la « personnalité » des prévenus, prises de paroles, référence à d'autres procès s'étant tenus ce jour...), selon que le procès se déroulait en début ou en fin d'audience. Ces hypothèses, si elles ne se sont pas révélées pertinentes, ont donc participé à structurer l'échantillonnage de la base.

4.2.1.3. L'exclusion de procès de l'échantillon

Une vingtaine de procès pris en notes en vue d'être codés n'ont pas été intégrés à la base de données « condamnations ». Ils ont été exclus de l'échantillon étudié car la décision rendue n'était pas renseignée : je n'avais pas assisté à l'annonce des délibérés – soit que j'ai manqué le début de la reprise de l'audience à l'issue du

temps incertain des délibérations, allant d'une trentaine de minutes à plus de deux heures, soit que je n'ai pas pu pénétrer à nouveau dans la salle d'audience pour les prendre en notes car, tout comme une partie du « public », je patientais encore dans la file d'attente du contrôle policier qui précède l'accès à la chambre.[76] Une fois ces décisions rendues non-observées exclues de l'échantillon, restait celles au sujet de 376 prévenus. Cependant, les juges ont décidé de renvoyer le jugement à une autre date pour 82 d'entre eux, et 4 ont finalement été relaxés. Ces 86 décisions ont été, elles aussi, exclues de la base de données dans la mesure où celle-ci portait sur la construction de la sanction pénale. La base de données « condamnations » se compose donc d'un échantillon de 290 individus, au sens statistique,[77] qui correspondent à 290 sanctions rendues.

4.2.2. Coder = Juger ?

La base de données constituée se compose de trente-trois variables que l'on peut distinguer en trois groupes (Tableau IV).[78] Le premier groupe réunit des variables relatives à la « personnalité » des condamnés (l'âge, le sexe, la situation familiale, les événements de santé...). Le deuxième rassemble des variables concernant les infractions pour lesquelles les personnes jugées ont été condamnés, ainsi que les éventuelles « circonstances aggravantes » retenues contre elles. Le troisième groupe renseigne enfin la sentence pénale : les réquisitions et la condamnation pénale. La standardisation de ces trente-trois variables m'a amenée à me poser de nombreuses questions, ce qui n'a rien d'extraordinaire : les opérations de codage soulèvent souvent nombre d'interrogations. Ainsi, dans sa critique de l'ouvrage de Nicolas Herpin (1977), Philippe Robert (1977) s'est longuement étendu sur la façon dont le sociologue a construit ses variables, lui reprochant notamment de « se heurte[r] à deux difficultés classiques et redoutables » : « Tout d'abord, les qualifications pénales – surtout les plus utilisées comme le vol – sont fort larges, de sorte qu'elles couvrent une marchandise très hétérogène ; ensuite, la gamme des

76. Ce fut tout particulièrement le cas chaque début de mois car les membres des escortes, qui contrôlent l'accès aux salles d'audiences, ne sont plus les mêmes : il m'a fallu renégocier auprès des gendarmes un accès prioritaire à la chambre à chaque changement d'escorte, accès sans lequel il ne m'aurait pas été possible d'observer l'annonce des délibérés. Ce n'est qu'une fois habitués à ma présence, après plusieurs journées d'observation, que les gendarmes m'autorisaient à entrer dans la salle d'audience en même temps que les avocats, c'est-à-dire dès le retour des magistrats.

77. J'insiste ainsi car un individu, au sens d'une personne, apparaît deux fois dans la base de données : il a été condamné à deux reprises à quelques mois d'écart.

78. Je me suis inspirée d'un tableau proposé par Joanie Cayouette-Remblière (2011).

peines n'est pas monotone : il ne s'agit pas de simples variations en plus ou moins d'un même type de peines, mais d'une diversité de sanctions » (p. 467). Ce type de critiques n'est pas spécifique aux recherches sur le *sentencing*. Dès les années 1930, tandis que les méthodes quantitatives devenaient dominantes en sciences sociales, les processus de standardisation de variables ont régulièrement été au centre des critiques, comme le rappelle Alain Desrosières (2001, pp. 114-115 ; 2014, p. 62) en revenant sur les réflexions développées par des ethnométhodologues nord-américains comme Aaron Cicourel (1964).[79] De même, le compte rendu d'une journée d'études organisée dans les années 1980 par la Société française de sociologie et l'Insee sur le thème « Statistique et sociologie », rédigé par François de Singly (1984), illustre les débats épistémologiques ayant alors cours. Parmi les questions explorées lors de cette journée : qu'opposer et selon quels critères ?

Tableau IV. Variables standardisées à partir des observations

« Personnalité »	Infractions et circonstances	Sentence pénale
Sexe	Nombre d'infractions	Réquisitions
Âge	Infraction principale	Condamnation pénale
Nationalité	- Infraction (2)	- Modalité
Situation familiale (1)	- Infraction (3)	- Mandat de dépôt ou Maintien en détention
Situation familiale (2)	- Infraction (4)	
Activité professionnelle	- Infraction (5)	- Quantum
- Contrat	Récidive légale	
Domicile	Circonstances aggravantes	
Casier judiciaire	- Nombre	
Événement de santé	- Circonstance aggravante (1)	
- Type	- Circonstance aggravante (2)	
- Transmissible	- Circonstance aggravante (3)	
- Suivi médical en cours	- Circonstance aggravante (4)	
- Indique vouloir se soigner	- Circonstance aggravante (5)	

79. Ces débats sont régulièrement renouvelés (Desrosières, 1985 ; Merllié, 1985 ; Gollac, 1997 ; Desrosières, 2001 ; Combessie, 2004...) et ils semblent se concentrer, aujourd'hui en France, sur le développement du « Big data » (Cardon, 2015 ; Ollion, 2015 ; Ollion, Boelaert, 2015 ; Rowell, 2016...). Sur la répétition de ces débats au sein de la discipline sociologique, je renvoie à Andrew Abbott (2000), qui les prend pour modèle lorsqu'il introduit le concept de « distinction fractale » visant à décrire la structuration d'une discipline (pp. 10-15).

4.2.2.1. Appréhender des jugements ordinaires

La constitution d'une base de données à partir de notes d'observation de procès en comparution immédiate devait permettre, comme je l'indiquais plus haut, de ne pas anticiper les registres mobilisés par les individus au sein de ce dispositif, ainsi que les jugements qu'ils produisent en s'en saisissant. Le registre de la santé a donc été codé dans la base de données à partir et selon ses usages. Néanmoins, le procès pénal a la particularité d'être un dispositif au sein duquel des individus confrontent leurs différentes lectures ou « vérités » d'une même situation. Comme l'écrit Liora Israël (1999), qualifier des actions et des personnes en constitue même l'enjeu central. Dès lors, comment coder ? Comment caractériser des situations ou des individus ne s'entendant pas sur ce qu'elle est ou qui ils sont ? Procéder au codages d'interactions n'implique-t-il pas nécessairement de juger et, dans ce cas, comment appréhender les *jugements ordinaires* à partir desquelles se construit la décision pénale sans les surplomber par ses propres jugements ?[80] Je vais développer plus en détails les implications de ces questions tout en décrivant comment j'ai tenté de les résoudre. Je recourrai pour ce faire à deux illustrations, qui ont l'intérêt de concerner des variables que l'on peut qualifier d' « ordinaires » ou de « classiques » : si elles s'avèrent centrales dans l'orientation des tris pénaux, elles peuvent sembler moins source de conflit que d'autres, qui apparaissent probablement plus complexes – comme les qualifications pénales par exemple, pour revenir à la critique de Philippe Robert. Alors, comment coder les variables « âge » et « sexe » des condamnés dans la base de données ?

4.2.2.2. Exemple d'un conflit de catégorisation : l'âge

La première illustration sur laquelle je m'appuierai pour expliciter les implications de ces conflits de catégorisation sur le choix de standardisation des variables est une reconstitution d'interactions observées à diverses reprises durant l'enquête menée à la vingt-troisième chambre du tribunal de grande instance de Paris. En d'autres termes, il s'agit d'une fiction, élaborée à partir de plusieurs procès. Recourir à une fiction a ici pour seul intérêt de simplifier des situations

80. Au-delà du processus de quantification, toute forme de classification est déjà le produit de l'incorporation de structures sociales (Durkheim, Mauss, 1903) et, comme le rappelle Pierre Bourdieu (1984, p. 6), le terme « catégoriser » vient lui-même du terme *katégoristhai,* signifiant « accuser publiquement ». Ici, le « jugement » est donc entendu comme un jugement pénal, rendu par des juges, mais il renvoie aussi aux *jugements ordinaires* des magistrats du siège, c'est-à-dire « aux diverses façons selon lesquelles [ils] saisissent les actions des autres à partir de repères (fussent-ils locaux) qui servent de référence à l'ajustement des conduites » (Thévenot, 1992, pp. 1282-1283).

observées en ne faisant apparaître que le conflit de catégorisation de la variable qui nous intéresse : l'âge des prévenus. Avant de procéder à sa description, il me faut rappeler que cette variable s'avère centrale dans la détermination de la sanction pénale, ne serait-ce que parce que les effets d' « âge » sont notamment institués ; les individus n'encourent pas les mêmes peines et ils ne subissent pas le même traitement selon l'âge qu'ils avaient lors des « faits » reprochés : quelqu'un ayant moins de 13 ans est épargné d'un traitement pénal ; quelqu'un ayant moins de dix-huit ans est jugé dans le cadre d'une procédure différente de celle à laquelle est soumis quelqu'un ayant dix-huit ans ou plus. Ainsi, sans même entrer dans la question d'un traitement socialement différencié selon l'âge qui serait plus discret, il m'est de fait apparu nécessaire de procéder au codage de ce registre, employé au tout début du procès – lorsque les magistrats lisent l' « identité » des prévenus –, puis faisant quelques fois l'objet de conflits, comme on va le voir à présent à partir de cette fiction.

À l'ouverture d'un procès en comparution immédiate, la magistrate instruisant un dossier pénal lit l'identité d'une prévenue, annonçant sa date de naissance – en plus de son nom, son lieu de naissance, son adresse, sa situation familiale, etc. Or, d'après l'année de naissance indiquée par la magistrate, la prévenue a quinze ans. La défense prend alors la parole pour présenter des conclusions de nullité déposées quelques minutes plus tôt. L'avocate de la prévenue argumente en faveur de la reconnaissance de la minorité de sa cliente, et elle demande à ce que le tribunal se dessaisisse de ce dossier en se déclarant « incompétent » : la prévenue doit, pour elle, être présentée devant la justice des mineurs. La magistrate dirigeant l'audience donne ensuite la parole au parquet concernant cette question de procédure. Le parquet prend alors la parole pour soutenir le rejet des conclusions de nullité déposées par la défense et défendre la procédure en cours. Lisant quelques lignes d'une expertise osseuse réalisée sur la prévenue dans le cadre d'une autre procédure pénale, la magistrate du parquet reprend les conclusions livrées par des experts, qui avaient concluent que la prévenue devait avoir dix-huit ou dix-neuf ans : elle est, pour la magistrate, majeure. Une fois ces allocutions faites, les trois juges se concertent, elles se chuchotent quelques mots à l'oreille, puis la magistrate présidant l'audience annonce leur décision : elles décident, selon la formule consacrée, de « joindre l'étude de cette exception de nullité au fond ». Cela signifie que le procès va se dérouler ordinairement, et qu'elles n'annonceront leurs décisions concernant leur compétence à juger cette prévenue et les « faits » qui lui sont reprochés qu'après les délibérations. À la reprise de l'audience, la vice-présidente de la chambre annonce que le tribunal rejette les conclusions de nullité déposées par la défense, elle déclare la prévenue coupable, et elle la condamne à

telle sanction. La prévenue est donc jugée « majeure » et elle est maintenant « condamnée », mais qu'inscrire dans la base de données ? Quinze ans ? « Dix-huit ou dix-neuf ans » ? « Majeure » ?

À partir de la fiction, on peut identifier quatre façons par lesquelles j'aurais pu renseigner chacune des variables de la base de données dès lors que j'avais observé un conflit de catégorisation. La valeur ou la modalité aurait pu être déterminée en fonction de : (1) ce que disent les prévenus et leurs avocats ; (2) ce que disent les procureurs ; (3) ce que disent, décident ou sous-entendent les juges ; (4) mon propre jugement sur la situation observée – qui se décline lui-même en deux façon de procéder : a) juger que telle personne engagée dans le conflit est dans le « vrai » et coder selon sa version (exemple : je donne raison à la procureure) ; b) juger moi-même et coder selon ma perception (exemple : je trouve que la prévenue a plutôt l'air d'avoir treize ans). Si la quatrième option peut apparaître comme étant la seule où je m'appuie sur mon jugement de la situation,[81] catégoriser des situations de conflit implique nécessairement d'en privilégier une lecture et, par là, de porter un jugement sur la situation observée.[82] Aussi, étant donné que la démarche visait à appréhender les *jugements ordinaires* sur lesquels les juges s'appuient tandis qu'ils ont à rendre une décision pénale, c'est à partir de leurs micro-jugements, sur chacun des registres ouverts, que j'ai déterminé les valeurs ou modalités des variables de la base de données suscitant un conflit.[83] Cette façon de procéder ouvre alors sur une autre réflexion.

4.2.2.3. Jugements, représentations et primat du droit : les limites de la démarche

Les modalités ou les valeurs des variables codées dans la base de données ont été déterminées selon les micro-jugements des magistrats du siège, mais ils l'ont été à partir de discours prononcés à l'audience. Or, il est évident que les discours ne

81. Ce quatrième procédé a été employé par Daniel Welzer-Lang et Patrick Castex (2012) dans le cadre d'une étude quantitative militante sur les procès en comparution immédiate. Les enquêteurs se sont appuyés sur leurs propres jugements afin de déterminer des variables. Ils ont par exemple codé que des prévenus étaient en « mauvais état de santé » lorsque cela leur semblait être le cas, même si aucun participant au procès n'avait relevé cela.

82. J'ignore là une cinquième possibilité méritant d'être développée : les conflits de catégorisation précédant la formulation d'une décision pourraient être appréhendés en procédant à la standardisation de variables à partir de ces conflits mêmes (conflit/consensus) plutôt que selon leurs enjeux et leurs finalités (condamner un prévenu ; prescrire un médicament à un patient ; donner la parole à l'un des élèves levant la main en classe...).

83. Comme l'ont écrit Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon et Jean-Claude Passeron (1973 [1968], p. 55) : « Les *data* les plus riches ne sauraient jamais répondre complètement et adéquatement à des questions pour lesquelles et par lesquelles ils n'ont pas été construits. »

traduisent pas toujours les perceptions : ils ne permettent donc pas véritablement d'appréhender le poids de jugements ordinaires, de même que leurs nuances, dans la construction de la sanction pénale. Afin de préciser ce point, prenons pour exemple une situation d'audience n'ayant été observée qu'une seule fois, mais qui concerne le codage d'une variable dont on peut préjuger qu'elle est peu source de conflit et dont on sait, par la littérature, qu'elle pèse fortement sur la détermination de la décision pénale : le « sexe » des personnes jugées.

Une personne est assise sur le banc du box des accusés. Je vois pour ma part une femme qui, tout comme les deux hommes assis à côté d'elle, attend son tour pour être jugée. Cependant, lorsque le président de la chambre annonce : « *Monsieur [prénom masculin, nom], levez-vous s'il vous plaît* », c'est elle qui se lève, c'est elle qui se déplace à l'extrémité du box la plus proche de la tribune des juges et c'est elle qui prend place face au microphone. L'appelant « Monsieur », le président lui demande si les informations énoncées concernant son identité sont exactes. Elle répond « oui ». Tout au long de son procès, tous, y-compris son avocate, la désignent comme « Monsieur [nom] » ou utilisent le pronom personnel « il ». Elle, s'accorde par contre au féminin – elle dit par exemple : « j'étais assi*se* ». Coder la variable « sexe » selon les propos des juges, afin d'appréhender leurs décisions comme une succession de micro-jugements, m'a donc conduite à inscrire « homme » dans la base de données. Mais bien que les magistrats l'appellent « Monsieur » ou « il », cela signifie-t-il pour autant qu'ils perçoivent – et jugent – là un homme ? Justement, M. Gesmay, vice-président de la chambre correctionnelle étudiée, évoque très spontanément une situation d'audience relativement similaire à celle que je viens de décrire durant l'entretien que nous réalisons ensemble. Éprouvé par un procès s'étant déroulé la veille au point de n'avoir pas trouvé le sommeil la nuit dernière, il tient à me le raconter et, ce faisant, il désigne successivement la personne qu'il a eu à juger comme étant une femme (« sa compagne », « cette femme », « Madame », « elle », « cette dame »), un homme (« c'était un homme pour moi », « un homme à l'origine ») et un travesti (« un homme travesti », le « vrai homme […] conjoint du travesti ») :

> « […] à l'audience, ma surprise ça a été que les deux personnes déférées étaient un couple. Manifestement, le monsieur travaillait…alors au black, ok, mais il avait quand même un travail. Et sa compagne, c'était un homme travesti vivant de la prostitution. Et, quand j'ai vu que cette femme, c'était un homme pour moi, mais son visage… C'était vraiment une loque, quoi. […] Il se trouve que le délibéré a été de les placer en détention tous les deux. Moi, même si je n'ai pas lu la totalité du dossier, je l'avais quand même parcouru pour voir si la personne était vraiment impliquée ou pas, ou si c'était à la marge et, globalement, c'était une affaire de règlement de terrain – d'espace

> au bois de Boulogne – et, manifestement, ils ont eu affaire à un concurrent, et le monsieur n'a pas du tout apprécié, et il a voulu régler ses comptes. Ça s'est très mal passé : altercation entre les deux hommes – tout ça entre les travestis, hein –, donc le vrai homme, c'était juste le conjoint du travesti et, en fait, Madame, elle est intervenue dans l'altercation en gazant l'autre personne, et pendant qu'il était gazé, ayant perdu ses repères, l'autre l'a poignardé. Donc elle a quand même joué un rôle actif. Ce qui m'a perturbé c'est que, quand même... J'en n'ai pas dormi de la nuit. Elle doit avoir dans les cinquante ou cinquante-cinq ans, mais – vraiment – elle était très abîmée par la vie. Et je me suis dit : "Quand même, on la met au trou… Qu'est ce qui va se passer pour elle ?" On a quand même renvoyé à la date la plus proche, pour qu'elle reste peu en détention. Et j'ai appelé le chef d'escorte, et il m'a dit qu'à [la prison de] Fleury elle serait protégée et pas mélangée. Mais ce qui m'a perturbé hier, ce sont ses cris. J'ai été obligé de la faire évacuer. Comme quoi : on essaye de prendre un peu de distance, mais ça vous rattrape quand même. […] Et hier, cette dame, certes c'est un homme à l'origine, mais ça m'a perturbé parce que je l'ai sentie sincère. Quand l'interprète lui a dit qu'elle allait en détention, moi ça m'a touché. » [M. Gesmay, président d'une chambre de comparution immédiate.]

Tout en montrant que le genre de la prévenue a pesé dans la décision prise à son propos, puisque le magistrat a « renvoyé [son procès] à la date la plus proche, pour qu'*elle* reste peu en détention », la situation exposée illustre une limite de la démarche quantitative, qui aplanit les nuances et ne peut rendre compte de toute la complexité des opérations de catégorisation observées, ainsi que de l'intégralité des conflits générés par ces opérations. Car ces conflits peuvent être perceptibles (conflits entre des individus), mais pas toujours (conflits internes à l'individu entre ses représentations et ses discours). Finalement, l'approche méthodologique mise en oeuvre objective, certes, les effets de micro-jugements exprimés verbalement et publiquement, mais elle laisse de côté le travail de mise en conformité du discours, selon le cadre de l'interaction et son contour normatif – là, la primauté du droit. Ainsi, pour conserver l'exemple, les informations figurant sur l'état civil priment devant des perceptions subjectives, pour ce qui est du discours tenu, ce qui ne signifie pas pour autant que ces perceptions sans sans effets sur la détermination de la décision pénale.

4.2.3. Réduction de la réalité et généralisation des résultats

Quelques dernières précisions s'imposent. La première concerne la portée de cette étude quantitative des effets des informations de santé sur la sentence pénale. La base de données étant constituée de décisions de sanction prononcées par les trois sections de la chambre de procès en comparution immédiate du tribunal de

Paris, écartons d'abord d'emblée toute ambition de généralisation à d'autres tribunaux comme à d'autres terrains d'étude des résultats de ce volet de la recherche. Même s'il n'y a pas lieu de penser que le registre de la santé est mobilisé différemment ailleurs, ses effets sur la détermination de la santé peuvent être plus ou moins prononcés selon les juridictions. Les tribunaux ne condamnent pas similairement, à l'échelle nationale, et Paris apparaît même « assez atypique » : « pour les atteintes aux biens, à la santé[84] et à l'ordre judiciaire et administratif, Paris condamne entre 2 et 2,5 fois plus que la moyenne nationale » (Cahu, 2017, p. 280). L'échantillon n'est ainsi représentatif que des pratiques observées dans le dispositif étudié, à Paris. Ce volet de l'enquête n'est qu'exploratoire : les *small-n studies* permettent d'ouvrir de nouvelles pistes de compréhension d'un objet d'étude, par le biais d'enquêtes locales, afin d'affiner les catégories d'analyse par lesquelles celui-ci a jusqu'alors été étudié (Tsoukas, 2009, pp. 286-287) ; il conviendrait de le prolonger.

La base de données constituée permet donc d'observer, par l'étude d'un cas (Gros, 2017), le tribunal de Paris, comment un registre pour lequel on ignorait à peu près tout de ses effets influe sur la détermination des décisions pénales. Mais comme l'ont souligné Virginie Gautron et Jean-Noël Retière (2014) après avoir procédé au codage de dossiers pénaux instruits en comparution immédiate, il importe de relever que les magistrats ne prennent pas leurs décisions en mettant des variables dans une balance : la détermination de la sanction ne résulte pas d'une succession de petits calculs. L'approche quantitative faisant disparaître tout un pan des jeux auxquels se prêtent les acteurs, c'est-à-dire une partie de la complexité des interactions sociales et notamment leur ordonnancement narratif (Abbott, 2001), elle n'a me semble-t-il de sens qu'articulée à l'analyse du processus conduisant à la formulation de ces décisions : ici le recueil d'informations sur la santé des prévenus avant le procès et leurs usages durant les débats d'audience.

Une dernière question mériterait enfin d'être investie, concernant cette fois la multiplication des recherches en sciences sociales menées, ces dernières années en France, sur ce dispositif de la comparution immédiate qui est alors étudié en privilégiant des approches quantitatives : ne sont-ce pas le haut niveau de standardisation des interactions entre les individus pris dans ce dispositif – même questions, mêmes discours, etc. – et le volume quotidien des décisions rendues, le jour-même, qui conduisent les chercheurs investissant ce terrain à recourir à des méthodes quantitatives quand des procès plus « classiques » n'ont jamais été étudiés avec de telles méthodes, les méthodes qualitatives et les approches

84. C'est-à-dire les infractions à la législation pour les stupéfiants.

compréhensives étant alors privilégiées ? Pour le dire autrement : pratiques judiciaires de masse = méthodes d'enquête écrasant les individus ? Il ne s'agit pas là d'une question rhétorique ; elle ouvre me semble-t-il sur une interrogation plus large, que je n'ai pas pu approfondir mais qui m'apparaît devoir au moins être posée, sur le choix des méthodes d'enquêtes privilégiées et la façon dont elles peuvent reproduire certains aspects des phénomènes sociaux étudiés.

4.3. Des déterminants santé de la sanction pénale ?

Comment appréhender les effets des informations concernant les conditions de santé des personnes jugées dans ce dispositif sur la détermination de la sentence pénale alors même que l'on sait, par la littérature en sciences sociales sur la santé d'un côté et par la littérature en sciences sociales sur la construction de la décision pénale d'un autre côté, que la perception que les individus ont de leur santé est étroitement corrélée à des variables qui sont elles-mêmes discriminantes dans la construction de la sentence ?[85] Ainsi, parmi la population générale, les personnes âgées, ayant émigré ou précaires déclarent davantage souffrir de maladies que les plus jeunes, les nationaux et les plus aisés. De même, les comportements face à la maladie sont différenciés socialement : la consommation médicale – c'est-à-dire la fréquence de recours à des services de santé, à des médecins et donc, aussi, la probabilité de recevoir un diagnostic biomédical ou encore de prendre des médicaments sur prescription d'un médecin, etc. – n'est pas similaire selon que les personnes sont des hommes ou des femmes, selon qu'elles ont émigré ou résident dans le pays où elles sont nées ou encore selon leur milieu social d'origine. À cela s'ajoute encore le fait que, pour ce qui concerne plus spécifiquement les personnes confrontés à un jugement en comparution immédiate, les prévenus en « mauvaise santé » (psychiatrique, d'addiction ou somatique) seraient vraisemblablement surreprésentés parmi ceux dont le casier judiciaire est le plus chargé – or l'on sait que le volume du casier judiciaire pèse lourdement dans la détermination de la sanction pénale.[86] Une analyse bivariée explorant le lien entre les conditions de santé des individus jugés par un tribunal pénal et la sanction pénale rendue

85. La littérature en sciences sociales consacrée à ces questions est vaste. Pour des approches sociologique, anthropologique, épidémiologique ou en économie de la santé sur les pratiques relatives à la santé, je renvoie aux travaux de Luc Boltanski (1971) ; Constance A. Nathanson (1977) ; Antoinette Chauvenet (1978) ; Lois M. Verbrugge (1989) ; Pierre Mormiche (1993) ; Guy Delbecchi *et al.* (1999) ; Isabelle Parizot (2003) ; Paul Dourgnon *et al.*(2008 ; 2009) ; Estelle Carde (2011) ; Caroline Desprès *et al.* (2011) ; Caroline Berchet et Florence Jusot (2012) et Caroline Desprès (2013). Sur la perception de leur santé par les individus, voir notamment : Catherine E. Ross et John Mirowsky (1995) ; Emmanuelle Cambois (2004) ; Florence Jusot *et al.* (2009) et Nicolas Célant *et al.* (2014).

pourrait de fait être biaisée par les effets de variables « cachées » : le passé pénal, le genre, la nationalité, le milieu social... J'ai donc privilégié le recours à des modèles de régression, qui ont l'intérêt de permettre d'interroger l'existence de *déterminants santé* de la sentence pénale tout en contrôlant les effets d'autres variables, dont on connaît les effets par la littérature, effets qui peuvent être fortement corrélés à la variable « événement de santé » standardisée.

4.3.1. Deux issues : quitter librement le tribunal ou être conduit en prison

La condamnation à une peine de prison ferme directement mise à exécution a été retenue comme *variable dépendante* dans les modèles de régression.[87] Cette variable distingue deux issues au procès pénal (Tableau V) : soit les condamnés quittent « librement » le tribunal à l'issue du procès ; soit ils sont menottés et directement conduits en prison.

Tableau V. Quitter librement le tribunal ou être conduit en prison ? L'issue du procès en comparution immédiate

Issue du jugement	Effectifs	Fréquences (%)
Quitte le tribunal librement	187	64,5
– Pas de peine de prison ferme	96	33,1
– Peine de prison ferme sans mandat de dépôt	91	31,4
Est directement conduit en prison	103	35,5

Champ : À Paris, personnes condamnées en comparution immédiate entre septembre 2010 et d'août 2011 (n=290).

86. Je me réfère à des résultats présentés par Daniel Welzer-Lang et Patrick Castex (2012, p. 71). Je les prends avec des pincettes car la variable « problèmes de santé des prévenus » élaborée par l'équipe de chercheurs répond à une autre définition que celle de cette thèse : ont des « problèmes de santé » les prévenus perçus ainsi par les enquêteurs ayant procédé au codage des procès observés, et cela même si aucun individu engagé dans l'interaction « procès » n'a relevé cela.

87. Cf. *infra*, « Introduction. De procès ordinaires aux procès en comparution immédiate », p. 27-30.

Dans la première issue (ou modalité), qui concerne les deux tiers des personnes condamnées, l'issue du procès n'est pas une condamnation à une peine de prison ferme directement mise à exécution : les condamnés sont environ un sur deux à être condamnés à une autre peine que la prison ferme (amende, sursis, sursis avec mise à l'épreuve...) et un sur deux à être sanctionnés par une peine de prison ferme qui n'est pas mise à exécution, et pouvant dans certains cas être transformée en une autre sanction, autre que la prison ferme, par un juge d'application des peines – à cette peine s'ajoute aussi pour certains d'autres sanctions, autre qu'une peine de prison ferme. Dans la seconde issue (ou modalité), l'issue du procès est une condamnation à une peine de prison ferme directement mise à exécution : les juges décernent un mandat de dépôt, dans le cas de prévenus qui étaient « retenus », ou ils ordonnent le maintien en détention, dans le cas de prévenus qui, à la suite d'un renvoi, étaient « détenus ». Dans les deux cas, les personnes condamnées sont (re)conduites en prison à l'annonce de la sanction pénale. Cela concerne un condamné sur trois, qui quitte donc le tribunal menotté, sous escorte, pour être conduit dans une maison d'arrêt. Ensuite, outre les événements de santé exposés durant le procès, les *variables indépendantes* introduites dans les modèles se rapportent aux caractéristiques socio-démographiques des condamnés (sexe, âge, nationalité, situations familiale, d'emploi et de domicile) et à leur situation pénale (état du casier judiciaire, nombre d'infractions commises et circonstances aggravantes).

4.3.2. D'un effet global à un effet conditionnel

D'après un premier modèle, le fait d'avoir exposé un problème de santé au procès (plutôt que répondu être en « bonne santé ») n'a pas d'effet significatif sur le fait d'être directement conduit en prison après le prononcé de la condamnation pénale (plutôt que laissé librement quitté le tribunal) (Tableau VI, p. 102). On retrouve en revanche dans ce modèle les effets de variables pesant sur la détermination de la sanction pénale, déjà mis en évidence dans des travaux antérieurs.[88] « Toutes choses égales par ailleurs », les étrangers sont,

88. Ce n'est pas le cas du sexe, qui n'a pas d'effet significatif sur l'issue du procès dans le modèle. Cela ne signifie pas pour autant que le sexe n'a pas d'effets sur la détermination de la peine. L'échantillon de la base de données (290 individus dont 21 femmes) est probablement trop faible pour dresser des oppositions significatives. Une autre explication est plausible : on peut supposer que ces condamnées, souvent racisées, subissent un traitement semblable à celui observé par Arthur Vuattoux (2015) dans le cas de la justice des mineurs. Pour reprendre son expression, elles pourraient être considérées (et traitées judiciairement) comme « des hommes comme les autres ».

comparativement aux Français, plus souvent directement conduits en prison à l'issue du prononcé de leur condamnation plutôt que laissés « libres ». À l'inverse, les jeunes majeurs (18-20 ans) sont relativement protégés d'une peine de prison ferme directement mise à exécution, tout comme les personnes ayant une activité professionnelle. Le passé pénal est quant à lui fortement discriminant. Plus les personnes jugées ont des condamnations inscrites à leur casier judiciaire et plus ils encourent le risque d'être directement conduits en prison lorsqu'ils sont condamnés. En revanche, en contrôlant les effets du casier judiciaire, l'état de récidive légale n'a quant à lui pas d'effet significatif : la catégorie légale de « récidive » semble s'effacer au profit du registre, plus subjectif, de « passé pénal ».

Si le registre de la santé ne semble pas avoir d'effets sur la détermination de la sanction d'après ce premier modèle, celui-ci ne permet pas pour autant de rejeter l'hypothèse de l'existence de *déterminants santé* de la sanction pénale. Les magistrats, les prévenus et leurs avocats ne mobilisent en effet pas seulement le registre de la santé en mettant en avant le(ur) « bon » ou « mauvais » état de santé : ils évoquent aussi, on l'a vu,[89] les soins médicaux éventuellement déjà engagés :

> « [Quand un prévenu me dit qu'il est malade] je souhaite savoir s'il a la possibilité d'être soigné et s'il est suivi qu'il en parle. Est-ce que c'est un rendez-vous tous les six mois ou... j'en sais rien. Mais qu'il me raconte sa vie par rapport à sa maladie. » [M. Gesmay, président d'une chambre de comparution immédiate.]

Dès lors que les prévenus répondent être en « mauvaise santé », ils sont en fait toujours interrogés sur leur engagement dans des soins : ont-ils un traitement ? Un suivi médical ?

> Juge *[à un prévenu vêtu d'un short de bain coloré malgré de basses températures]* : Avec votre description ça n'a pas été difficile de vous retrouver ! […] Votre mère dit que vous êtes actuellement sans domicile et qu'elle vous héberge de temps à autres. Vous n'êtes plus en appartement thérapeutique depuis [date : trois mois]. Je lis que vous avez une hépatite C et que vous êtes un ancien polytoxicomane. Vous voulez nous en dire plus ?
>
> Prévenu : Je suis en ambulatoire.
>
> Juge : Et vous n'aviez plus de traitement c'est ça ? *[Le prévenu acquiesce]* Vous voulez ajouter quelque chose ?
>
> Prévenu : Oui, je veux vous dire que j'ai besoin de soins, si vous pouviez me mettre sous contrôle judiciaire.[90]
>
> Juge : Mais alors pourquoi vous avez quitté l'appartement thérapeutique ?

89. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3. La maladie en débat », p. 57-80.

90. Le contrôle judiciaire n'étant pas une modalité de sanction pénale, il sollicite une mesure à laquelle il ne peut pas être soumis.

Tableau VI. Effets des informations de santé sur le risque d'être directement conduit en prison (plutôt que de quitter « libre » le tribunal)

Paramètres	Modalités	Type de peine *(Quitte librement le tribunal)* Est directement conduit en prison	
		Odds ratios	IC de Wald à 95%
Sexe	*Homme*	*Réf.*	*Réf.*
	Femme	1,2	[0,3-3,6]
Age	18-20 ans	**0,4****	**[0,1-0,9]**
	21-25 ans	0,8	[0,3-1,8]
	26-35 ans	*Réf.*	*Réf.*
	36-45 ans	1,1	[0,4-2,4]
	+ de 45 ans	0,9	[0,3-2,7]
Situation familiale 1	*Célibataire*	*Réf.*	*Réf.*
	En couple cohabitant	1	[0,4-2,5]
Situation familiale 2	*N'a pas d'enfant*	*Réf.*	*Réf.*
	A un (des) enfant(s)	0,7	[0,3-1,3]
Travail	*A un travail*	*Réf.*	*Réf.*
	N'a pas de travail	**2,1****	**[1,1-3,8]**
Domicile	*A un domicile*	*Réf.*	*Réf.*
	N'a pas de domicile	1,3	[0,5-2,9]
Nationalité	*Français*	*Réf.*	*Réf.*
	Étranger	**4,6*****	**[2,2-9,5]**
Événements de santé	*Pas de « problème de santé »*	*Réf.*	*Réf.*
	Un (ou des) « problème(s) de santé »	0,5	[0,2-1,1]
Nombre de mentions au casier judiciaire	Zéro	**0,1*****	**[0-0,2]**
	Une ou deux	**0,2*****	**[0-0,5]**
	Entre trois et neuf	**0,4****	**[0,1-0,9]**
	Dix et plus	*Réf.*	*Réf.*
Nombre d'infractions	Une	**0,4****	**[0,1-0,9]**
	Deux	0,6	[0,2-1,4]
	Trois et plus	*Réf.*	*Réf.*
Circonstances aggravantes	*Pas de circonstance aggravante*	*Réf.*	*Réf.*
	Au moins une circonstance aggravante	**2,2****	**[1,1-4]**
Récidive	*Pas de récidive*	*Réf.*	*Réf.*
	En état de récidive légale	1,5	[0,7-2,9]
Pourcentage de concordance		78,9	

Champ : À Paris, personnes condamnées entre septembre 2010 et d'août 2011 (n=290).
Légende : Le seuil de significativité est de 10% : *, de 5% : **, de 1% : ***, les résultats significatifs apparaissent en gras.

Tableau VII. Effets d'un suivi médical sur le risque d'être directement conduit en prison (plutôt que de quitter « libre » le tribunal)

Paramètres	Modalités	Type de peine *(Quitte librement le tribunal)* Est directement conduit en prison	
		Odds ratios	IC de Wald à 95%
Sexe	*Homme*	*Réf.*	*Réf.*
	Femme	1,1	[0,3-3,7]
Age	18-20 ans	**0,4****	**[0,1-0,9]**
	21-25 ans	0,9	[0,3-2]
	26-35 ans	*Réf.*	*Réf.*
	36-45 ans	1	[0,4-2,3]
	+ de 45 ans	1	[0,3-3,1]
Situation familiale 1	*Célibataire*	*Réf.*	*Réf.*
	En couple cohabitant	0,9	[0,3-2,2]
Situation familiale 2	*N'a pas d'enfant*	*Réf.*	*Réf.*
	A un (des) enfant(s)	0,9	[0,4-1,8]
Travail	*A un travail*	*Réf.*	*Réf.*
	N'a pas de travail	**2,2****	**[1,1-4,1]**
Domicile	*A un domicile*	*Réf.*	*Réf.*
	N'a pas de domicile	1,3	[0,5-2,9]
Nationalité	*Français*	*Réf.*	*Réf.*
	Étranger	**4*****	**[1,8-8,4]**
Événements de santé et suivi médical	Pas de « problème de santé »	**3****	**[1,2-6,9]**
	Un (ou des) « problème(s) de santé » sans suivi médical	**7*****	**[1,7-27,8]**
	Un (ou des) « problème(s) de santé » avec un suivi médical	*Réf.*	*Réf.*
Nombre de mentions au casier judiciaire	Zéro	**0,1*****	**[0-0,3]**
	Une ou deux	**0,2*****	**[0-0,6]**
	Entre trois et neuf	0,45	[0,1-1,2]
	Dix et plus	*Réf.*	*Réf.*
Nombre d'infractions	Une	**0,4***	**[0,1-1]**
	Deux	0,5	[0,2-1,3]
	Trois et plus	*Réf.*	*Réf.*
Circonstances aggravantes	*Pas de circonstance aggravante*	*Réf.*	*Réf.*
	Au moins une circonstance aggravante	**2,4*****	**[1,2-4,4]**
Récidive	*Pas de récidive*	*Réf.*	*Réf.*
	En état de récidive légale	1,5	[0,7-2,9]
Pourcentage de concordance		80,5	

Champ : À Paris, personnes condamnées entre septembre 2010 et d'août 2011 (n=290).
Légende : Le seuil de significativité est de 10% : *, de 5% : **, de 1% : ***, les résultats significatifs apparaissent en gras.

> Prévenu : Parce que j'ai été viré. J'avais hébergé mon amie dans l'appartement. [Procès en comparution immédiate.]

Ces usages du registre de la santé ont également été codés dans la base de données. J'ai distingué trois situations dans le passage des notes d'observation à la construction de la variable « Événement de santé et suivi médical », qui distingue ainsi trois modalités : (1) les personnes jugées affirment n'avoir pas de problème de santé ; (2) elles affirment avoir un problème de santé associé à une surveillance médicale ; (3) elles affirment avoir un problème de santé et ne pas avoir de suivi médical. Dans les cas où les prévenus ont parlé de plusieurs problèmes de santé au procès, j'ai codé qu'ils avaient fait état d'un suivi médical quand c'était le cas pour au moins l'un des problèmes de santé mentionné. Le second modèle de régression (Tableau VII, p. 103) intègre cette variable tout en contrôlant les effets des mêmes variables que précédemment : un effet propre émerge.

4.3.3. Laisser "libre" les uns, enfermer les autres

L'effet sur la détermination de la sanction des informations concernant les conditions de santé des personnes jugées en comparution immédiate est nul lorsque l'on considère la variable « Événements de santé » au niveau global, mais ce n'est plus le cas lorsqu'elle est conditionnée au fait que les personnes jugées sont (ou non) engagées dans des soins médicaux. La modalité « Un (ou des) problème(s) de santé » de la première variable oppose en fait deux populations pour lesquelles la réponse pénale apparaît fortement différenciée, et qui est conditionnelle à une autre variable : le fait de se soigner ou non. Ainsi, au niveau global, ces deux situations se compensent, l'effet propre est nul, mais au niveau conditionnel, un effet propre émerge.[91]

Une personne confrontée à un procès en comparution immédiate et condamnée à l'issue des débat qui déclare ne pas avoir de « problème » de « santé » est trois fois plus souvent condamnée (plutôt que non condamnée) à une peine de prison ferme directement mise à exécution qu'un individu répondant être en mauvaise santé et suivi médicalement pour cela. Une personne confrontée à un procès en comparution immédiate et condamnée à l'issue des débat qui déclare avoir un « problème » de « santé » et répond ne pas avoir de suivi médical est sept fois plus souvent condamnée (plutôt que non) à une peine de prison ferme directement mise à exécution qu'une personne répondant être en mauvaise santé et suivie médicalement pour cela. Les prévenus faisant état d'un problème de santé surveillé

91. Quatre situations sont possibles lorsque l'on passe d'un effet global à un effet conditionnel à une autre variable : la stabilité de l'effet, son renversement, son atténuation (voire sa disparition) ou son accentuation (voire son émergence) (Rouanet *et al.*, 2002, p. 20).

médicalement sont donc « protégées » de la prison comparativement à ceux annonçant être en bonne santé, tandis que les prévenus révélant avoir un problème de santé et ne pas être engagées dans des soins médicaux sont plus souvent directement conduits en prison comparativement à ces derniers. En d'autres termes : la surveillance médicale « protège » d'un enfermement carcéral, tandis qu'elle « aggrave » la sanction lorsque les prévenus se présentent en « mauvaise santé » et répondent ne pas se soigner. À présent que l'on a mis au jour ces effets, revenons à l'étude des usages du registre de la santé durant les audiences : nous en avions interrompu l'observation en relevant que *ceux qui parlent*, ce sont les avocats et les magistrats. Comment mobilisent-ils le registre de la santé dans leurs réquisitoires ou leurs plaidoiries ?

5. La santé dans la rhétorique judiciaire

Comment la défense et l'accusation se saisissent-elles des informations dont elles disposent sur la « personnalité » des prévenus lors de la négociation d'une sanction ? Quels arguments les avocats de la défense et les magistrats du parquet développent-ils, dans leurs réquisitoires ou leurs plaidoiries, à partir des réponses données par ces derniers à propos de leurs conditions de santé ?[92] L'analyse des discours des magistrats du parquet et des avocats de la défense permet d'identifier quatre types de *procédés argumentatifs* développés à partir du registre de la santé.[93] Chacun de ces procédés renvoie à une représentation distincte de la maladie comme (1) priorité, (2) souffrance ou (3) contrainte, et de la prison comme (4) ultime lieu de soin.

5.1. La maladie comme priorité

Un premier procédé argumentatif consiste à présenter les problèmes de santé des prévenus à la manière d'une priorité. Les avocats de la défense argumentent que leurs clients ne sont pas des délinquants, mais avant toute chose des malades : il ne faut pas les punir, par conséquent, mais les soigner. Ils interprètent les événements de santé décrits comme étant à l'origine des actions reprochées, pour

92. Les justifications aux sanctions énoncées par les juges à l'annonce des verdicts ont également été étudiées, mais elles sont peu courantes.

93. Dans une perspective proche, on pourra se rapporter aux travaux de Janine Barbot et Nicolas Dodier (2011), qui ont proposé d' « identifier les figures argumentatives concernant la place des victimes mobilisées au sein d'un système d'accusation ou de défense » (p. 298), à partir d'une ethnographie du « travail oratoire » conduit lors du procès de l'hormone de croissance contaminée.

ensuite les présenter comme une priorité. L'avocat d'un prévenu poursuivi pénalement pour des violences commises après avoir bu de l'alcool fait par exemple mention de ses « gros problèmes d'alcool », avant de suggérer : « *Nous pourrions peut-être envisager que mon client ait une obligation de soin et qu'il se rende chez un alcoologue.* » De la même façon, une avocate plaide : « *Ce monsieur est malade ! Il est en état de manque, on le voit bien aujourd'hui dans le box. […] Aujourd'hui, je crois que ce qu'il faut avant tout c'est le forcer à continuer ses soins. Il faut absolument l'obliger à se soigner.* » Dans les deux cas, ces avocats de la défense mettent en avant la toxicomanie et/ou l'alcoolisme de leurs clients afin qu'ils ne soient pas condamnés à une peine de prison ferme, mais plutôt à une peine de prison avec sursis et mise à l'épreuve qui comporterait des obligations de soin.

En règle générale, les procureurs n'utilisent pas ce procédé argumentatif. Ils relativisent plutôt l'importance à lui donner, en insistant sur d'autres registres (le passé pénal, les conditions de l'infraction...). À propos d'un prévenu se disant « toxicomane », un magistrat du parquet anticipe la plaidoirie de son avocat (qui plaidera juste après) en s'exclamant ainsi : « *La toxicomanie est une maladie, mais au bout de trente-six condamnations – ou trente-quatre, peu importe –, c'est certes une maladie mais c'est aussi une infraction.* » Néanmoins, dans certaines configurations, il arrive également que les procureurs présentent aussi la maladie comme une priorité. Cela est tout spécifiquement le cas lorsqu'ils requièrent une sanction à l'encontre d'un prévenu qu'ils perçoivent comme « malade » alors que celui-ci refuse d'être qualifié ainsi. Reprenons par exemple ce procès déjà décrit d'une personne poursuivie pénalement pour avoir renversé quelqu'un avec sa voiture. Dans son réquisitoire, la procureure affirme regretter que ce prévenu ne reconnaisse pas avoir « des problèmes de stupéfiants », et elle requiert une peine qui le contraigne à développer cette perception :

> Procureure : Dans ce dossier, nous avons quelqu'un qui n'assume pas ses actes. Je pensais trouver dans le box un homme penaud et qui regrette. Mais ce n'est pas du tout ça. Pour Monsieur [nom], c'est pas lui, c'est pas de sa faute, c'est de la faute des autres. Monsieur [nom] se déresponsabilise. […] Monsieur [nom], lâchement, oui, lâchement, va prendre la fuite. Et il ne s'excuse auprès de la victime que parce que vous lui avez demandé de le faire, Madame la présidente. Moi ce que j'aimerais entendre aujourd'hui c'est : "Oui j'ai des problèmes de stupéfiants, oui j'ai fait des efforts, oui j'ai engagé des soins." Mais non. Depuis [date : huit ans], Monsieur [nom] n'a rien fait. Aujourd'hui, nous avons la chance de ne pas avoir de préjudice plus grave – même si le préjudice psychologique est lourd pour la victime. Alors je requiers une peine d'un an de prison dont six mois assortis d'un sursis avec

> mise à l'épreuve pendant deux ans comportant des obligations de domicile, de travail et de soins. Il n'a pas l'objectif d'engager des soins, je vous demande de le contraindre à le faire. [Procès en comparution immédiate.]

Les procureurs n'utilisent finalement ce procédé argumentatif qu'en opérant un lien de causalité avec l'infraction reprochée et que lorsqu'ils peuvent ensuite requérir une condamnation à une obligation de soin (c'est-à-dire lorsque les « maladies » sont la dépendance alcoolique et la toxicomanie). En revanche, les avocats de la défense l'utilisent aussi en présentant un événement de santé comme plus prioritaire qu'un événement délictuel, sur une échelle de gravité, sans les associer pour autant par un lien de causalité :

> Avocat de la défense : Monsieur [nom] a certes trente-huit condamnations à son casier judiciaire, mais il a aussi de lourds problèmes de santé. […] Nous ne sommes pas médecins ! Monsieur [nom] serait sans doute mieux à l'hôpital. [Procès en comparution immédiate.]

Les avocats de la défense déplacent le curseur du délit à la maladie. Ils plaident l'hôpital plutôt que la prison. Les procureurs n'opposent pas la réponse pénale et la réponse médicale.

5.2. La maladie comme souffrance

Un deuxième procédé argumentatif identifié s'articule autour de la souffrance induite par un événement de santé. Il est exclusivement mobilisé par les avocats de la défense. Ils soutiennent qu'une condamnation à de la prison ferme constituerait une souffrance supplémentaire pour leurs clients malades. Par exemple, l'avocat d'un prévenu poursuivi pour un recel en récidive et une conduite sous l'empire d'un état alcoolique plaide que l'environnement carcéral « *n'est pas du tout adapté à cet homme qui a de multiples pathologies, qui souffre d'épilepsie et qui est handicapé à 80%*. » Il achève sa plaidoirie en demandant : « *Vous pensez vraiment que le milieu carcéral lui est approprié ?* » Ce procédé argumentatif est régulièrement mobilisé par les avocats de la défense lorsque leurs clients sont déjà incarcérés (à la suite d'un renvoi du procès). Ils décrivent leurs difficultés dans la gestion quotidienne de leur maladie depuis le placement en prison. Par exemple, dans le cadre du procès d'une femme détenue depuis le renvoi de son procès six semaines plus tôt, un magistrat du siège demande à son avocat :

> Juge *[à l'avocat de la défense]* : Je crois qu'elle a de graves problèmes de santé. Elle accepte de les dire ou elle préfère garder le silence ? Elle n'est pas obligée, mais bon...
>
> Prévenue : J'ai un cancer. J'ai été opérée. [Procès en comparution immédiate.]

Puis, dans sa plaidoirie, l'avocat de la défense revient sur les conditions de détention de sa cliente en mettant en avant l'interruption de son traitement médicamenteux depuis le placement en maison d'arrêt. Il suggère alors une condamnation à une peine de prison ferme d'une durée équivalente à celle déjà effectuée en détention provisoire (sa cliente serait libérée à l'annonce du délibéré) :

> Avocat de la défense : Madame le procureur requiert du ferme ! Pourtant on est sur une détention qui est extrêmement difficile. Son traitement est interrompu depuis six semaines parce que ses ordonnances venaient de Belgique. On lui a fait des analyses en prison, mais les résultats ne sont pas encore connus. Qu'on se le dise, tout le monde se moque bien de cette Madame [nom] qui a un cancer. Le choc carcéral est énorme pour cette femme. Elle a déjà fait un mois et demi de prison ! Je ne vous demande qu'une chose : augmentez le quantum, mais laissez-la sortir à la fin de cette audience. [Procès en comparution immédiate.]

On observe aussi l'usage de ce procédé argumentatif à la façon dont les avocats décrivent ou désignent leurs clients. L'avocat d'un prévenu présenté comme « très malade » par la vice-présidente de la chambre interpelle les juges pendant les débats en s'exclamant : « *Regardez-le, il tient à peine debout !* », quand l'avocate de deux prévenus comparaissant dans la même affaire les distingue dans sa plaidoirie en les désignant pour l'un comme « celui qui est père de deux enfants » et pour l'autre comme « celui qui est handicapé ». Les avocats de la défense tentent de susciter la compassion des juges en mettant en avant la souffrance de leurs clients.

5.3. La maladie comme contrainte

Un troisième procédé argumentatif identifié s'appuie sur la description des contraintes que supposent des pratiques médicales régulières. Il s'agit du seul procédé qui est aussi souvent mobilisé par la défense que par l'accusation. D'un côté comme de l'autre, dans le cas de prévenus qui sont engagés dans des pratiques médicales régulières, ils mettent l'accent sur le fait qu'un transfert en détention mettrait fin au suivi médical en place. Ce procédé est régulièrement employé dans le cas de prévenus ayant débuté des soins depuis peu et dont le casier judiciaire comprend de multiples condamnations pénales s'étendant parfois sur une longue période de vie. Une magistrate conclut son réquisitoire en indiquant :

> Procureure : Je ne demande pas que soit décerné de mandat de dépôt parce que Monsieur [nom] est bien encadré. L'incarcérer serait dramatique. [Procès en comparution immédiate.]

Une autre procureure fait quant à elle état des difficultés qu'elle dit avoir rencontrées en devant requérir une peine à l'encontre d'un prévenu dont le casier

judiciaire compte plus d'une trentaine de condamnations et qui est suivi depuis peu par un travailleur social et l'équipe médicale d'un hôpital :

> Procureure : Est-ce que ce soir Monsieur [nom] dort en prison et perd le suivi qu'il est parvenu à mettre en place ? Nous parfois, au parquet, on se demande : "Mais qu'est-ce que je vais pouvoir requérir ?" Alors je vous demande d'entrer en voie de condamnation à l'encontre de Monsieur [nom] et de le condamner à [une peine de] quatre mois de prison dont deux avec sursis et mise à l'épreuve comportant des obligations de travail, de domicile et de soins. Et de ne pas décerner mandat de dépôt. [Procès en comparution immédiate.]

À travers l'usage de ce procédé argumentatif, l'accusation comme la défense associent l'engagement dans une prise en charge médicale à une forme de « réinsertion sociale », qui pourrait être mise à mal par un enfermement carcéral :

> Avocat de la défense : Monsieur [nom] a un casier chargé mais qui date. Depuis trois ans, il essaie de sortir la tête de l'eau. C'est un ancien toxicomane, quelqu'un a qui été dépendant à l'héroïne. Il est hébergé et aidé par une association. Il suit également un traitement par de la méthadone. S'il était incarcéré, il perdrait le bénéfice de cette association et du suivi qu'il est parvenu à mettre en place. [Procès en comparution immédiate.]

L'avocat conclut son allocution en employant une image dont il espère sans doute qu'elle parlera aux juges. Il insiste sur le fait que « *ce ne sont pas des blouses noires qui doivent le juger mais des blouses blanches qui doivent le soigner* », puis il leur demande « *de prononcer un sursis afin [que le prévenu] puisse poursuivre sa réinsertion* ». Les usages de ce procédé par les deux parties n'est pas tout à fait symétrique. Seuls les avocats de la défense l'utilisent dans le cas de prévenus qui, du fait de leurs conditions d'existence, ne sont pas perçus comme étant en train de se « réinsérer ». Au cours du procès d'un prévenu ayant un logement, un emploi et dont le casier judiciaire est vierge, son avocat plaide :

> Avocat de la défense : Il vous l'a expliqué, il a un cancer du larynx, il vous a dit dans quel hôpital il était suivi ainsi que le nom du médecin qui le reçoit. Il m'a dit qu'on lui avait fait plusieurs scanners. Je vous demande de prendre une mesure qui lui permettrait de se soigner. [Procès en comparution immédiate.]

L'engagement dans un traitement médical est décrit à la manière d'une contrainte pesant sur les individus.

5.4. La prison comme lieu de soin

Un quatrième procédé argumentatif identifié n'est mobilisé que par les magistrats du parquet, afin de requérir une peine de prison ferme, ainsi que par les magistrats du siège, pour justifier une condamnation à de la prison ferme :

l'enfermement carcéral est présenté comme une opportunité pour être soigné. Par exemple, dans son réquisitoire à l'encontre d'un prévenu accusé de plusieurs vols en état de récidive légale et s'étant présenté comme « toxicomane », un substitut du procureur soutient :

> Procureur : La prison peut contenir Monsieur [nom], en lui proposant un sevrage et du recul sur sa situation. Il pourra ainsi profiter du très cossu SMPR[94] de la [prison de la] Santé qui prend parfaitement bien en charge ses patients. [Procès en comparution immédiate.]

Les magistrats du siège justifient aussi quelques fois des peines d'emprisonnement « pour soigner ». Par exemple, dans le cadre du procès d'un prévenu poursuivi pour avoir consommé de la cocaïne, la magistrate présidant l'audience lit d'abord en silence son enquête sociale rapide, avant de relever : « *Ah, vous êtes asthmatique ? Eh bien ! Avec toute la cocaïne que vous consommez, ça ne doit pas vous arranger !* » Elle poursuit ensuite sa lecture à voix haute : « *Fatigué physiquement et moralement* », lève le nez du dossier, et commente : « *Ça se voit !* » Tandis que le substitut du procureur demande à ce que la peine plancher (quatre ans de prison) soit appliquée car le prévenu « *n'a aucune garantie de réinsertion* », l'avocate de la défense souligne, elle, que sa santé « *ne va que davantage s'aggraver s'il est incarcéré* ». À l'issue de la suspension d'audience, son client est déclaré coupable et les juges le condamnent à quatre ans de prison dont huit mois assortis d'un sursis avec mise à l'épreuve. À l'annonce de la sentence pénale, il s'exclame : « *Trente mois*[95] *! C'est beaucoup pour quelqu'un qui doit se soigner !* » La vice-présidente de la chambre correctionnelle lui répond alors : « *Eh bien, justement ! Comme ça, vous pourrez vous soigner en prison.* »

Il arrive enfin que des prévenus demandent eux-mêmes à être incarcérés afin de se soigner. Comme l'écrit Fabrice Fernandez (2010) : « Certains consommateurs [de drogues] adaptent leurs modes de vie avec leurs incarcérations à répétition, décidant parfois de se faire incarcérer quand leur état de santé se dégrade. […] le passage en institution carcérale peut être l'occasion d'une pause dans la consommation de produits, de trouver un abri voire de se refaire une santé. […] L'arrestation et l'incarcération sont parfois présentées comme une délivrance, un soulagement » (p. 198). Ce positionnement est néanmoins atypique, d'après les observations conduites au tribunal de Paris. Je ne l'ai observé qu'une fois durant l'année d'observations, et les professionnels de justice semblaient surpris qu'un

94. Les services médico-psychologique régionaux (SMPR) sont des espaces dédiés au suivi psychiatrique des individus détenus au sein des établissements pénitentiaires.

95. Il est en fait condamné à une peine de quarante mois de prison ferme (et non pas trente).

prévenu demande à être incarcéré. Les interactions qui ont suivi méritent cependant que l'on s'y attarde, car elles constituent une situation paroxystique.

Un prévenu visiblement à bout, perdu, exprimant son désarroi, supplie le tribunal de l'incarcérer car il estime qu'il s'agit de son unique « solution » afin de « cesser [sa] consommation de crack ». L'avant-veille du procès, il a lui-même appelé la police, afin d'être interpellé. « *Les policiers ont trouvé un gramme de la substance à [son] domicile* », résume le vice-président de la chambre. Surpris par sa démarche, les magistrats l'interrogent, puis le magistrat du parquet entérine le regard qu'il porte sur l'institution carcérale en requérant une peine allant dans le sens de sa demande :

> Juge : Mais vous n'avez jamais rien tenté pour vous sevrer ?
> Prévenu : Non, je ne sais pas comment faire. Pour moi, c'était la seule solution.
> Procureur *[se levant]* : Pourtant [il] avait une mise à l'épreuve d'une précédente affaire avec, notamment, une obligation de soins.
> Prévenu *[après un geste du juge lui indiquant de répondre au commentaire]* : J'avais rendez-vous [date : dans une semaine], mais rien avant et je n'en pouvais plus.
> [...]
> Procureur : Je n'ai pas d'explications de ce dossier. Monsieur [nom] m'a dit clairement qu'il voulait aller en prison donc je requiers trois mois avec mandat de dépôt. [Procès en comparution immédiate.]

Dans sa plaidoirie, l'avocat de la défense n'aborde ni la situation ni l'affaire de son client : il argumente en faveur d'une modification de l'architecture de la salle d'audience, qui ne permettrait pas « l'égalité des armes », car l'accusation est positionnée sur une estrade à la même hauteur que celle des juges tandis que la défense plaide au niveau du sol. La plaidoirie de cet avocat, secrétaire de la Conférence du stage[96], lui permet de défendre, non pas tant son client mais, ce que lui semble devoir être, faire et représenter l'institution judiciaire. À l'issue des délibérations, les magistrats du siège entérinent le regard que le prévenu pose sur l'institution carcérale, en le condamnant à la peine requise par le parquet.

* * *

96. Les secrétaires de la Conférence sont des avocats du barreaux de Paris ayant remporté un concours d'éloquence, la « Conférence du stage ». Ils sont tenus de prendre en charge tous les dossiers de renvoi en comparution immédiate, à Paris, pendant l'année qui suit le concours. Jean Joana (1998) propose une étude originale de ce concours, montrant qu'il s'agit d'un cadre permettant de saisir la production des contours normatifs de ce que doit être la profession d'avocat et, par là, la « vocation » à l'exercer.

Les avocats de la défense mobilisent les trois premiers procédés argumentatifs décrits, souvent simultanément (voir encadré), dans un même objectif : que leurs clients ne soient pas emprisonnés. Les procureurs mobilisent quant à eux le registre de la santé, à travers trois de ces procédés : d'une part, pour contraindre quelqu'un qui ne se considère pas comme « malade » à se soigner et, d'autre part, pour épargner un prévenu qui se soigne d'une peine de prison ferme ou, à l'inverse, soutenir que la prison peut soigner. Ainsi, dans tous les cas, les magistrats ne mobilisent le registre de la santé qu'au prisme d'une prise en charge médicale.

« Je suis étonné de la sévérité des réquisitions. On est face à quelqu'un qui a de gros problèmes cardiaques, qui a sombré dans l'alcoolisme, qui, et ce sont ses déclarations, boit huit litres de whisky par jour et, comme n'importe qui qui boit huit litres de whisky, il se retrouve dans une situation où il ne sait plus vraiment ce qu'il fait. Il a finalement... L'affaire c'est quand même une pièce de cinquante euros, ça ne change rien certes, mais il n'a pas cherché à aller plus loin. Lorsqu'il a quitté la boutique, il le dit bien, il est reparti en marchant, donc ça montre bien que ce n'est pas quelqu'un d'une dangerosité extrême et cela montre, surtout, qu'il ne va pas bien, qu'il a un problème d'alcoolisme, de lourds problèmes de santé, un problème d'insertion, mais pas un problème d'une violence extrême. Pour les autres affaires, le téléphone portable, la boucherie, les faits ne sont pas établis. Il a une prise de conscience je crois ici, de l'état dans lequel il se trouve et dans lequel il est arrivé. Alors la punition elle peut être sévère, elle peut être juste. La sévérité, il ne s'agit pas à mon sens de quatre ans de prison, mais de le condamner... Je crois qu'il est dans un état où il a besoin... je crois, où il a besoin de reprendre sa vie. De retourner chez ses parents que j'ai eu au téléphone et qui sont prêts à l'accueillir. De continuer ses soins.... Il doit subir des soins réguliers, il en va de son pronostic vital. Vous avez un courrier de son médecin qui l'atteste. Alors il a certes un casier conséquent mais la dernière fois qu'il a été présenté à l'audience c'était quand même en 2008. Il était effectivement en mise à l'épreuve mais il s'agissait d'une affaire de stupéfiant donc c'est quand même pas la même histoire. Il a effectivement un casier qui est lourd, on ne peut pas le nier, mais c'est quand même pas un casier qui est...qui est... Donc la punition certes, mais il ne faut pas oublier que c'est un travailleur handicapé et il a la possibilité aujourd'hui de retourner vers le travail. Comme il le disait lui-même, l'éducateur est disposé à le revoir et à continuer le travail avec lui et... et il s'apprête à passer son permis pour pouvoir recommencer son travail. Et je crois que, et c'est ce qu'il m'a dit quand je l'ai rencontré, il m'a dit que, il m'a dit qu'il faut qu'on lui laisse saisir la chance que la société lui donne, la chance de pouvoir revenir, de se réinsérer dans la société et revenir...et comprendre l'état dans lequel il s'est mis tout seul. La prison ne va rien lui apporter, rien. C'est pour ça que je vous demanderais d'être clément, une mise à l'épreuve et surtout des obligations de soin puisqu'il a vraisemblablement des problèmes d'alcool. Je vous demande surtout de ne pas décerner mandat de dépôt. »

Retranscription de la plaidoirie d'un avocat de la défense

6. Des jugements sociaux pour juger pénalement

Le procès pénal a été appréhendé comme un dispositif aboutissant à la formulation d'une décision par la mobilisation et l'exploration de registres, parmi lesquels celui de la santé. En portant attention à ses usages, on a ainsi pu observer comment, les uns après les autres, magistrats et avocats assignent les prévenus à des catégories tout en produisant une succession de micro-jugements à leur sujet. L'analyse croisée de ces micro-jugements et du processus au sein duquel ils sont formulés nous renseigne finalement sur les attentes à partir desquelles les décisions pénales sont élaborées. Ces attentes prennent la forme de trois *impératifs normatifs* pesant sur l'ensemble des prévenus, un impératif de crédibilité, un impératif d' « insertion sociale » et un impératif de contrôlabilité, qui conduisent à une sur-incarcération des plus pauvres et désaffiliés d'entre eux, parmi lesquels les prévenus répondant être malades et ne pas se soigner aux questions posées.

6.1. Un impératif de crédibilité

L'impératif de crédibilité ressort de l'injonction pesant sur les prévenus à apporter la preuve de tout ce qu'ils avancent. Or, tous les appuis par lesquels ils pourraient prouver leurs propos, et par là construire leur crédibilité, ne sont pas admis au sein du dispositif : il n'est par exemple pas toléré d'apporter la preuve d'un quelconque problème de santé par la démonstration physique de la présence de stigmates corporels.[97] Seules deux opérations d'administration de la preuve sont admises : la production d'un justificatif écrit et la confirmation par autrui. Les prévenus peuvent donc en premier lieu s'appuyer sur des documents qu'ils avaient sur eux lors de leur interpellation par la police et que leurs avocats ont demandé à faire extraire de leur « fouille ». Bulletin de paye. Certificat médical. Quittances de loyer. Rares sont néanmoins les personnes interpellées en possession de ces documents pouvant prendre la forme de « preuves » de ce qu'ils énoncent. Reste alors leurs proches, qui peuvent transmettre à leurs avocats un certain nombre de ces appuis matériels avant le début du procès. Mais encore faut-il, là encore, que ces proches puissent y avoir accès et se déplacer jusqu'au palais de justice ou les faxer au greffe du tribunal ensuite. Et, quoi qu'il en soit, seuls les personnes les moins isolées sur le plan social peuvent compter sur de telles actions. La seconde opération d'administration de la preuve admise au sein du dispositif est la

97. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3.1.3. Un contrôle de soi : montrer un corps souffrant et des affects », p. 66-68.

confirmation par autrui, qui est conduite par des enquêtrices sociales joignant par téléphone diverses personnes liées aux prévenus.[98] Employeurs. Conjoints. Médecins. Quelle que soit l'opération d'administration de la preuve, seuls les prévenus employés, mariés ou en couple ou encore engagés dans des pratiques médicales peuvent de fait apporter la preuve qu'ils travaillent, qu'ils ont des relations sociales ou encore qu'ils sont malades par la production d'un justificatif et/ou par la confirmation de l'information par quelqu'un que l'institution reconnaît. En ce qui concerne la santé, l'autorité médicale corrobore ainsi leurs propos ; les prévenus deviennent crédibles au regard des normes du dispositif : ce sont de « vrais malades ». En revanche, les prévenus déclarant être malade et ne pas se soigner ne sont pas en mesure d'apporter la preuve de ce qu'ils avancent. En révélant cette information sans pouvoir la prouver, ils peuvent alors ne pas seulement être considérés comme des individus potentiellement « en bonne santé », mais aussi comme de « faux malades », des usurpateurs. Ils perdent de la crédibilité.

6.2. Un impératif d' "insertion sociale"

L'impératif d' « insertion sociale » est explicitement énoncé par les professionnels de justice (enquêtrices sociales, juges, procureurs, avocats) interrogeant les prévenus en amont et pendant le procès pénal. Après avoir ouvert et exploré divers registres (la santé, le mariage, l'emploi...), ils mettent en avant leurs « efforts de réinsertion » ou leurs « problèmes d'insertion sociale ». L'engagement des prévenus dans une prise en charge médicale est alors interprété comme un « gage d'insertion sociale » ou de « réinsertion sociale », au même titre que le fait d'être marié ou d'avoir un contrat de travail.[99] Ces institutions (le médical, la famille, le travail...) sont perçues comme des mécanismes d'intégration sociale pouvant être mis à mal par l'enfermement carcéral (Vanhamme, 2009, p. 206). Les individus perçus comme davantage intégrés socialement sont de ce fait plus souvent épargnés d'une peine de prison ferme. En s'appuyant ainsi sur le degré d' « insertion sociale » des prévenus dans leurs prises de décision, les magistrats du siège condamnent moins sévèrement un prévenu malade qui, en ayant recours à des soins, est engagé dans ce qu'ils traduisent comme une forme d'insertion sociale. À l'inverse, les prévenus expliquant être malades et ne pas se soigner révèlent un défaut à cet impératif.

98. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 2.3. Prouver », p. 55-57.

99. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 5. La santé dans la rhétorique judiciaire », p. 105-113.

6.3. Un impératif de contrôlabilité

L'impératif de contrôlabilité est davantage implicite. Il renvoie à la dimension de contrôle, effectif ou potentiel, que des institutions exercent, ou pourraient exercer, sur les individus. Il ressort de l'intérêt des magistrats pour tout élément les contraignant ou pouvant exercer sur eux une contrainte. Se rendent-ils régulièrement dans un hôpital pour se soigner ? Ont-ils des horaires et un contrat de travail ? Une adresse à laquelle ils habitent ? Plus les individus font état de diverses formes de contrôle s'exerçant sur eux, et plus ils sont épargnés par le contrôle pénal.[100] Celui-ci s'exprime avec d'autant plus de force que la contrôlabilité des individus est faible. Aussi, étant donné le rôle de contrôleur social de l'institution médicale (Zola, 1972 ; Foucault, 1976 ; Conrad, 1992), les prévenus engagés dans des soins médicaux font état d'une plus forte contrôlabilité. En revanche, la contrôlabilité des prévenus se présentant comme malades, répondant ne pas se soigner, n'ayant pas d'emploi, pas de conjoint, pas de logement (…) est plus faible : ils sont plus souvent directement transférés en prison.

* * *

Ces trois impératifs renvoient chacun à une strate différente : l'impératif de crédibilité à une strate individuelle, l'impératif d'insertion sociale à une strate interactionnelle et l'impératif de contrôlabilité à une strate institutionnelle. À chacun de ces trois niveaux, l'engagement dans une prise en charge médicale protège les individus de la sévérité d'une sanction. Premièrement, l'autorité médicale apporte la preuve de la maladie : la médecine transfert de sa légitimité à des prévenus, qui apparaissent ainsi crédibles lorsqu'ils se disent « malade ». Deuxièmement, l'engagement dans une prise en charge médicale est traduite comme une forme d' « insertion sociale » : les prévenus se soignant ont, après tout, des interactions régulières avec un (ou des) professionnel(s) de santé. Troisièmement, l'institution médicale exerce une forme de contrôle sur eux : ils ont à se soumettre à des obligations régulières telles que celle de prendre un traitement médicamenteux à heure fixe ou de se soumettre à des examens cliniques de surveillance médicale. À l'inverse, les individus indiquant être malade et ne pas se soigner lors de leur procès cumulent trois défauts à ces impératifs : ils

100. Introduisant ce qu'il appelle une « pure sociology », c'est-à-dire une sociologie s'affranchissant de l'empirie, Donald Black (2010 [1976]) a ainsi avancé que plus les individus sont soumis à un fort contrôle social par des institutions autres que le droit, telles que la famille ou le travail, et moins la force du droit pèse sur eux quantitativement (contrôles policiers, arrestations, condamnations, etc.) ; et qu'à l'inverse, le droit s'applique plus durement lorsque les autres formes de contrôles sociaux pesant sur les individus sont défaillantes ou absentes (p. 107).

perdent de la crédibilité, ils révèlent un défaut d' « insertion sociale » et une faible contrôlabilité. Les impératifs de crédibilité, d' « insertion sociale » et de contrôlabilité renforcent mécaniquement les inégalités sociales préexistantes entre les individus traduits devant ces tribunaux. Leur application par les professionnels de justice conduit à une sur-incarcération des plus désaffiliés parmi les plus désaffiliés, parmi lesquels les prévenus expliquant avoir des problèmes de santé et ne être engagés dans des soins médicaux. C'est ainsi qu'en fin d'après-midi, à l'issue de la première suspension d'audience, le prévenu qui avait aussitôt admis avoir volé un ordinateur puis supplié les magistrats du siège de ne pas l'incarcérer parce qu'il avait « besoin de [se] soigner » apprend la sentence à laquelle il est condamné[101] : un an de prison ferme. Mandat de dépôt. Le gendarme qui se tient dans son dos le fait se retourner, il lui passe des menottes aux poignets, et lui fait quitter la salle d'audience : l'homme sera conduit dans la soirée dans l'une des maisons d'arrêt de la région. De « prévenu » il est devenu « condamné » : il s'apprête à devenir « arrivant ».

101. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 1. "Levez-vous" : des malades à juger ? », p. 49-52.

Chapitre 2. Questionner des “problèmes” de “santé” (II)

« *Ça y est, ils commencent à arriver : je t’envoie le premier !* »

Maison d’arrêt des hommes du centre pénitentiaire de Rodan. La personne annonçant qu’ « ils commencent à arriver » a travaillé comme surveillant d’étage durant plusieurs années à Rodan avant de se voir confier la surveillance de l’une de ses infirmeries. La prison en compte quatre : il y a un espace dédié aux activités de soins somatiques dans chacun des bâtiments d’enfermement cellulaire : au quartier femmes, au sein de l’ensemble formé par le centre pour peines aménagées et le centre de semi-liberté, et aux bâtiments « A » et « B ». La majeure partie des huit cent personnes emprisonnées à Rodan sont détenues dans l’un ou l’autre de ces deux derniers bâtiments, qui composent la maison d’arrêt des hommes. La décision de les placer au A ou au B n’est pas laissée au hasard ; elle dépend en premier lieu de leur sexe et de leur statut pénal : seuls des hommes condamnés pénalement peuvent être placés au B. Le bâtiment A, où sont donc emprisonnés des hommes condamnés pénalement et des hommes en attente d’une décision judiciaire, est l’édifice principal du centre pénitentiaire de Rodan : il est le plus peuplé. Il compte deux cent quarante-deux cellules, réparties sur sept étages. Quatre cent cinquante hommes y sont emprisonnés.[102] Parmi eux, quelques-uns sont désignés – puis se désignent – par le terme d’ « arrivant ». La façon dont ils doivent passer leurs premières heures dans l’établissement est au centre de ce chapitre, qui porte sur le dispositif la régissant : le « circuit arrivant ».

102. À titre de comparaison, environ cent cinquante personnes étaient emprisonnés au B.

À leur placement sous écrou, les détenus sont temporairement placés dans les cellules d'un quartier qui leur est spécifiquement dédié : le « quartier arrivants ».[103] À la maison d'arrêt des hommes de Rodan, ce quartier est situé au deuxième étage du Bâtiment A. Les détenus, alors appelés « arrivants », y sont généralement emprisonnés durant toute une semaine, avant d'être affectés de façon plus durable à un bâtiment et à une cellule ordinaire de la maison d'arrêt. Portes verrouillées. Horaire de la douche. Distribution de la « gamelle »[104]. Promenade quotidienne. Si les quartiers arrivants sont régis par le même règlement que l'ensemble des autres espaces de détention des maisons d'arrêt, ils s'en démarquent toutefois : ils sont davantage entretenus[105] ; il n'est pas rare d'y croiser un « auxiliaire »[106] (ou « auxi ») en train d'en repeindre les murs. C'est aussi souvent là, aux quartiers arrivants, que les directeurs des prisons conduisent en premier lieu les personnes sollicitant une visite de leur établissement (journalistes, intervenants associatifs, députés, chercheurs...). Les quartiers arrivant sont les vitrines des prisons.

Depuis une dizaine d'années, le moment de l'entrée dans l'institution carcérale a été érigé en priorité par les instances européennes, dans l'objectif de limiter le « choc » que peut constituer une incarcération. Comme le relève Didier Fassin (2015), les modalités régissant les conditions de l'admission en prison constituent même « la part la plus visible » de règles édictées par les États membres de l'Union européenne en 2006 (p. 167).[107] Car bien que sur la centaine des Règles pénitentiaires européennes instituées seules cinq concernent précisément les conditions de l'entrée dans l'institution, le personnel pénitentiaire concentre son attention sur leur respect de celles-ci :

---

103. Afin de faciliter la lecture, j'emploierai les termes d' « arrivant », de « quartier arrivants » et de « circuit arrivant » sans guillemets par la suite.

104. Dans le langage de l'institution, le terme de « gamelle » désigne les repas qui sont distribués chaque jour aux détenus, directement à leur cellule. La prévision et la distribution des repas sont gérées par l'administration pénitentiaire, qui délègue néanmoins souvent cette activité à une entreprise extérieure. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.2.3.3. Des transferts de légitimité », p. 382-385.

105. Cela est tout particulièrement remarquable dans les plus anciennes prisons, telles que le centre pénitentiaire de Servoud, construit dans les années 1930.

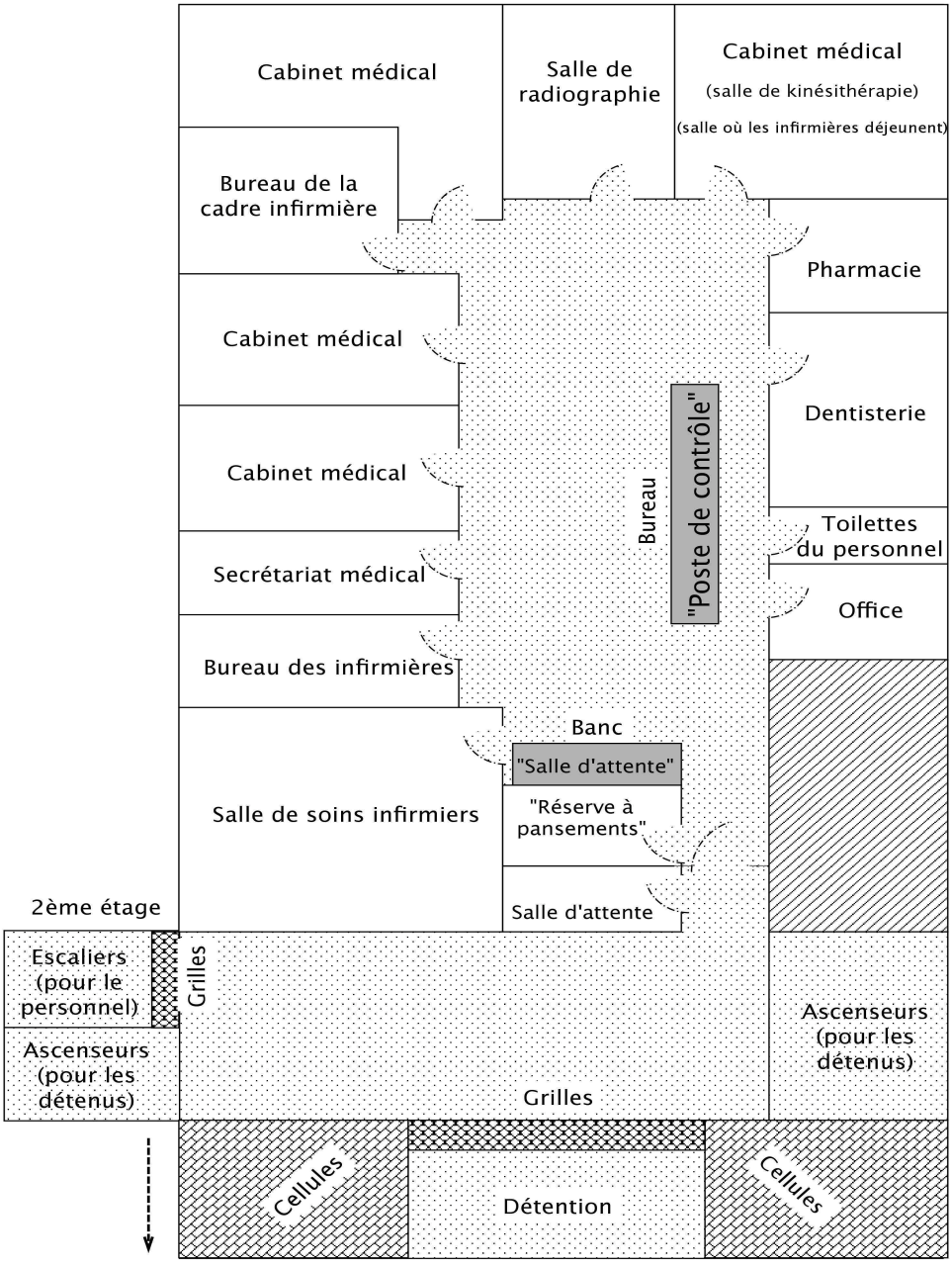
106. Les « auxiliaires » sont des détenus qui sont employés au service général de l'établissement pénitentiaire. Ils effectuent des tâches de maintenance (peinture, électricité, distribution de la gamelle...). L'accès à ce type d'emploi est particulièrement restrictif (Guilbaud, 2006), les « auxi » ayant davantage la possibilité de circuler dans l'enceinte de la prison.

107. Les Règles pénitentiaires européennes ont été adoptées pour appuyer la double ambition poursuivie par le système pénitentiaire : la sécurité et la préparation à la réinsertion (Fassin *et al.*, 2013, p. 175).

> 15.1 Au moment de l'admission, les informations suivantes concernant chaque nouveau détenu doivent immédiatement être consignées :
> a. informations concernant l'identité du détenu ;
> b. motif de sa détention et nom de l'autorité compétente l'ayant décidée ;
> c. date et heure de son admission ;
> d. liste des effets personnels du détenu qui seront placés en lieu sûr conformément à la Règle 31 ;
> e. toute blessure visible et toute plainte de mauvais traitements antérieurs ; et
> f. sous réserve des impératifs relatifs au secret médical, toute information sur l'état de santé du détenu significative pour le bien-être physique et mental de ce détenu ou des autres.
> […]
> 16. Dès que possible après l'admission :
> a. les informations relatives à l'état de santé du détenu doivent être complétées par un examen médical conformément à la Règle 42 ;
> b. le niveau de sécurité applicable à l'intéressé doit être déterminé conformément à la Règle 51 ;
> c. le risque que fait peser l'intéressé doit être déterminé conformément à la Règle 52 ;
> d. toute information existante sur la situation sociale du détenu doit être évaluée de manière à traiter ses besoins personnels et sociaux immédiats ; et
> e. concernant les détenus condamnés, les mesures requises doivent être prises afin de mettre en place des programmes conformément à la Partie VIII des présentes règles. [Extraits des Règles pénitentiaires européennes.]

Durant le temps où les détenus sont emprisonnés au quartier arrivants, ils sont tenus d'assister à une réunion collective au cours de laquelle le directeur de la maison d'arrêt, accompagné d'autres professionnels, présente le fonctionnement de l'établissement et de l'institution, et ils doivent s'entretenir, individuellement, avec quelques-uns des professionnels engagés au quotidien dans le fonctionnement général de la maison d'arrêt : ils sont appelés à parler avec un gradé du personnel pénitentiaire représentant alors sa direction, avec une conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation, et parfois avec d'autres professionnels comme le responsable des enseignements, etc. Le dispositif d'entrée en maison d'arrêt permet finalement à l'administration pénitentiaire de décider l'affectation des détenus à une cellule ordinaire de la maison d'arrêt, tout en se constituant un savoir sur la population détenue (Bouagga, 2016). Mais si ses étapes ont fait l'objet de fines descriptions dans les récentes publications citées ci-avant, nous savons assez peu de choses de l'une d'elles, sur laquelle porte ce chapitre : la « visite médicale d'entrée ».

Graphique I. Plan de l'infirmerie du Bâtiment A de Rodan



À deux pas du quartier arrivants, l'infirmerie du Bâtiment A de la maison d'arrêt des hommes de Rodan concentre la plus dense activité de soins du centre pénitentiaire. En comparaison aux autres espaces dédiés aux activités somatiques, ses locaux sont aussi les plus vastes.[108] L'infirmerie compte quatre cabinets médicaux, une salle de soins infirmiers, un secrétariat médical, une pharmacie, une dentisterie, deux bureaux, une réserve-bureau appelée « la réserve à pansements »[109] et une salle de repos, l'office, où l'équipe médicale partage un café le matin et réchauffe son déjeuner le midi (Graphique I). L'infirmerie dispose également d'une salle équipée de certains outils techniques d'investigation du corps humain (imagerie à rayons X), que l'on ne retrouve pas dans les autres espaces médicaux de la prison. C'est ici, à l'infirmerie du Bâtiment A, que travaille le surveillant pénitentiaire s'apprêtant à « envo[yer] le premier ».

À son arrivée ce matin, il s'est installé à son « poste de contrôle » : un bureau, positionné au centre du hall de l'infirmerie, qu'il partage avec un second surveillant.[110] Tous deux alternent leurs horaires de travail. Ils ne font que se croiser. Ils sont seuls à leur poste. Divers objets sont entreposés sur leur bureau : un ordinateur, un téléphone fixe, des feutres et des stylos, un grand cahier, un calendrier et une feuille de papier dactylographiée. Sur cette feuille de papier, on peut lire la date du jour (nous sommes un samedi), suivie d'une liste de noms et prénoms (il y en a sept), qui sont chacun associés à un numéro d'écrou et au libellé d'une infraction pénale (« Vol », « Violence », « Conduite sous l'empire d'un état alcoolique »...).

La personne à qui le surveillant a annoncé qu'il s'apprêtait à « envo[yer] le premier » vient quant à elle tout juste de passer le pas-de-porte de l'infirmerie. C'est également un homme, et, s'il travaille lui aussi chaque jour dans le centre

108. Son espace s'étendra dans les prochains mois : des travaux de construction sont en cours, tandis que j'achève la rédaction de cette thèse, et un nouveau bâtiment est bâti à côté du A. L'un de ses étages a été attribué à l'Ucsa ; une passerelle reliera anciens et nouveaux locaux : l'espace dédié aux activités médicales au sein de la maison d'arrêt sera alors doublé.

109. C'est dans cette pièce, bureau de l'assistante sociale, que j'ai conduit la plupart de mes entretiens à Rodan. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1.3. La réalisation des entretiens sociologiques », p. 296-302.

110. La prison de Rodan a été construite dans les années 1970. Dans les deux autres établissements pénitentiaires étudiés, les surveillants disposent d'une petite pièce dans l'infirmerie. Il s'agit d'une ancienne cellule dans l'une des prisons (construite dans les années 1930) et d'un poste de contrôle similaire à tous les autres dans l'autre (construite dans les années 1990) – *i.e* une pièce dont les murs son équipés de vitres permettant aux surveillants de voir tout à la fois le hall de l'infirmerie et ce qui se passe de l'autre côté de la porte à franchir pour y accéder.

pénitentiaire, il ne figure pour autant nulle part sur l'organigramme de la prison. Comme le rappelle le logo cousu sur l'avant de sa blouse blanche, il dépend du centre hospitalier universitaire situé non loin de la prison. Voilà près de cinq mois que cet interne en médecine a rejoint l'équipe de l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) du centre pénitentiaire de Rodan en qualité de stagiaire. Contrairement aux deux surveillants, qui sont affectés à l'infirmerie de *ce* bâtiment, aucun des membres de l'équipe médicale ne travaille spécifiquement dans l'un ou l'autre des secteurs de la prison. Ils se répartissent chaque jour l'ensemble des tâches à effectuer dans ses espaces : distribution de médicaments en détention, soins infirmiers au bâtiment B, consultation médicale au quartier femmes, visite médicale de contrôle au quartier disciplinaire...

L'équipe Ucsa de Rodan ne se réduit pas à cet interne en médecine. Elle se compose de huit infirmières, une cadre de santé, deux médecins généralistes dont un à mi-temps, un médecin-chef, deux chirurgiennes-dentistes alternant leurs jours de présence, une assistante sociale hospitalière, une secrétaire médicale, un kinésithérapeute à mi-temps et un manipulateur-radio qui n'est présent que les matins. À ces professionnels s'ajoutent, selon le jour de la semaine ou du mois, des médecins spécialistes conduisant principalement leurs activités au centre hospitalier universitaire situé à proximité de Rodan, mais effectuant aussi des permanences régulières dans le service : une dermatologue, une hépatologue, un infectiologue, un ophtalmologue, une pneumologue et, au quartier femmes, un gynécologue.

Cela étant – nous sommes un samedi –, l'équipe du jour est réduite : seuls l'interne en médecine et deux infirmières sont présents dans le service aujourd'hui et, pour l'heure, l'une des deux infirmières a provisoirement quitté les locaux du A. Elle est en train de remettre des médicaments à des détenus emprisonnés au B.[111] La seconde infirmière reçoit quant à elle un patient, dans la salle de soins infirmiers. Ses trois patients suivants attendent déjà leur tour, assis sur un banc positionné dans le hall de l'infirmerie, à côté du poste de contrôle des surveillants.[112] L'infirmière les recevra les uns après les autres. Voilà un peu plus de

111. Un médecin-psychiatre, dépendant donc d'un autre service, le SMPR, reçoit aussi des patients, mais cela dans d'autres locaux, situé à l'étage juste au-dessus.

112. Le banc tient informellement lieu de salle d'attente pour les patients. Une petite pièce de $3m^2$, située à l'entrée de l'infirmerie et pouvant être fermée à clé, est présentée comme la véritable salle d'attente de l'Ucsa. Mais les soignants la juge « inhumaine », et les surveillants acceptent que les détenus patientent sur ce banc, à côté d'eux, plutôt qu'enfermés dans la salle d'attente. Il arrive néanmoins qu'ils y enferment des détenus soumis à des mesures de surveillance plus strictes. Et les femmes détenues au « quartier femmes » sont, elles, systématiquement enfermées dans cette pièce lorsqu'elles sont conduites dans les locaux infirmiers du A de la

deux heures qu'elle a débuté sa journée : elle a d'abord mesuré les taux de glycémie de détenus traités par des injections d'insuline, puis elle a nettoyé des plaies et changé des pansements et, entre deux patients, elle s'est aussi rendue au secrétariat médical. Elle y a trié des feuilles de papier, et elle en a déposé quelques-unes sur le bureau de l'un des trois cabinets médicaux. C'est ici, dans ce cabinet de l'Ucsa du A, que l'interne en médecine reçoit habituellement ses patients.

À son arrivée ce matin, il a enfilé une blouse blanche, il a répondu au surveillant pénitentiaire : « *Ok, c'est bon pour moi* », puis il s'est dirigé vers ce cabinet. Deux piles de documents sont entreposées sur son bureau : l'une se compose de diverses feuilles de papiers aux formats et aux couleurs variés et l'autre de fines pochettes rouges toutes semblables, qui contiennent chacune une feuille orange cartonnée et un même nombre de feuilles blanches, de feuilles roses et de feuilles jaunes. Ce sont des dossiers médicaux. Tous les détenus de la prison en ont un. Ceux-là sont encore vierges. Rien ne les distingue pour le moment les uns des autres, si ce n'est l'inscription figurant sur l'étiquette collée sur leurs couvertures. On peut y lire un nom, un prénom et une suite de numéros. Il y en a sept.

Au-dessus de la porte du cabinet médical, dans le dos du siège où les patients s'assoiront dans quelques instants, une horloge indique dix heures passées. Le pas pressé, l'infirmière qui s'affairait dans la salle de soins pénètre dans la pièce et elle dit à l'interne : « *Tiens, pour te faire gagner du temps, je t'ai sorti les anciens dossiers de [nom] et [nom].* »[113] Elle dépose les deux dossiers, épais comparativement aux sept autres, sur la pile de pochettes rouges, puis elle repart à aussi vive allure qu'elle était entrée dans le cabinet. Le médecin n'a encore jamais rencontré ces deux hommes, qui avaient été incarcérés puis libérés du centre pénitentiaire avant que lui n'y débute son stage. Ils ont été réincarcérés hier. Ils sont arrivés à la maison d'arrêt en même temps que cinq autres hommes. Tous les sept pousseront la porte de son cabinet dans la matinée. Ce sont eux qui « commencent à arriver ». Depuis le cabinet médical, on entend le surveillant pénitentiaire de l'Ucsa qui appelle : « *[Nom], c'est à toi !* » Un homme entre dans la pièce. Le médecin se lève, il lui tend la main pour le saluer, et il lui dit : « *Asseyez-vous.* »

---

maison d'arrêt des hommes (pour passer des examens radiographiques ou consulter l'une des dentistes). Cela parce que l'institution veille à empêcher les femmes détenues et les hommes détenus d'avoir des interactions entre eux.

113. Le personnel médical archive les dossiers médicaux des détenus dans les locaux de l'Ucsa durant environ deux ans après leur libération. Ils sont ensuite transmis aux archives du CHU-référent. Les feuilles blanches et les feuilles jaunes sont utilisées, respectivement, par les soignants des Ucsa et ceux du SMPR afin de conserver des traces de leurs activités et les feuilles roses sont quant à elles des ordonnances médicales dont les deux équipes ont l'usage.

1. “Asseyez-vous” : des arrivants en prison à soigner ?

Ignorant tout à la fois la poignée de main du médecin et l'injonction à s'asseoir, le premier patient s'était en fait déjà assis quand le médecin lui a demandé de prendre place sur le siège faisant face à son bureau. Le médecin se rassoit, et le patient se positionne alors de telle sorte que le haut de son corps est au plus loin du sien – en étant mi-allongé sur la chaise, assis sur son coccyx – puis, croisant les bras autour de son buste, il prévient sur un ton sec : « *J'ai pas envie d'être suivi par vous, parce que la dernière fois que j'ai été suivi par le docteur [nom : autre médecin de l'Ucsa], j'ai eu neuf opérations ensuite. C'est bon, j'ai eu ma dose !* » Le médecin ne le relance pas afin d'en savoir plus. Il lui répond seulement sur un ton entendu : « *Très bien* », puis il saisit un formulaire et il commence à le compléter à partir d'informations contenues dans un précédent dossier médical – l'un des deux apportés l'instant d'avant par l'infirmière.

Le patient le regarde faire silencieusement dans un premier temps, puis il se redresse et il indique : « *Je veux juste le traitement que m'a prescrit la juge : c'est pour ça que je suis là.* » Son ton est catégorique. Le médecin rit, puis, comme pour détendre l'atmosphère, il indique : « *Ah ben si maintenant les juges font des prescriptions, que vont faire les médecins ?!* » Le patient ignore la plaisanterie. Conservant le même ton ferme, il précise : « *C'est le traitement pour mes sinus.* » Le médecin soulève alors la pile de feuilles éparses entreposées sur son bureau et il commence (vraisemblablement) à chercher la « prescription » de la juge. Tandis qu'il parcourt chaque feuille du regard, le patient raconte : « *J'ai passé huit mois au CHU à cause de mes cervicales. Là-bas, à l'hôpital-prison.*[114] *Alors, moi je vous l'dis, j'en ai ras-le-bol de vous : je veux pas vous voir !* » Le médecin ne réagit pas davantage que l'instant d'avant à l'expérience décrite par le patient ; il continue à chercher quelque chose dans la pile de feuilles entreposées sur le bureau. Le patient, probablement d'origine nord-africaine, poursuit alors : « *De toute manière, moi j'ai bien compris qu'ici on se sert des détenus étrangers pour faire des expériences. On leur fait tester des vaccins, ce genre de choses.* »

114. L' « hôpital-prison » est un terme fréquemment utilisé pour désigner des unités d'hôpitaux publics placées sous la surveillance de l'administration pénitentiaire et destinées à l'hospitalisation des détenus – les termes institués pour les désigner est « Unité hospitalière sécurisée interrégionale » (UHSI). Ces unités sont d'une certaine façon le miroir inversé des Ucsa : il s'agit d'espace-carcéraux dans des hôpitaux quand les Ucsa sont des espaces-hospitaliers dans les prisons. Quelques travaux s'appuient sur une ethnographie d'hôpitaux-prisons ; voir : Élodie Janicaud (2013) et Aline Chassagne *et al.* (2017). J'ai également pu conduire des observations et des entretiens dans les deux UHSI, rattachées à Servoud pour l'une, et à Rodan et Alauposo pour l'autre.

À l'accusation portée par le patient, le médecin interrompt subitement ses recherches. Il saisit à nouveau le formulaire et il lui demande sur le ton de la curiosité : « *Ah, et c'est quoi les vaccins que vous avez fait, vous, au fait ?* » Le patient énonce alors les périodes au cours desquelles il a effectué les dernières mises à jour de ses vaccins, en se référant aux dates de deux précédentes incarcérations. Le médecin l'écoute tout en hochant de la tête, et il complète l'une des sections du formulaire. Posant ensuite ses deux mains à plat sur le bureau, il prend un sourire amical et il suggère : « *Bon, on regarde quand même la tension, d'accord ?* » Le patient semble abattu ; le regard dans le vide, il hausse les épaules.

Le médecin se lève, il lui passe le brassard d'un tensiomètre autour du bras, il appuie sur des boutons de la machine à laquelle le brassard est relié. Le patient se laisse faire. Le brassard gonfle, le médecin observe la mesure, il défait le brassard, il repousse l'appareil. Il saisit ensuite un stéthoscope, il le place dans ses oreilles et, écoutant le cœur du patient, il commente : « *Ah, c'est irrégulier là. C'est probablement une ESV, mais je vais quand même vous prescrire un ECG.* » Le patient, sur un ton triomphant, s'exclame : « *Eh voilà ! J'étais sûr que vous alliez me trouver un truc !* » Le médecin sourit. Après avoir regagné son fauteuil et retranscrit les mesures relevées sur le formulaire, il saisit l'un des sept dossiers médicaux vierges et, sur sa première page blanche, il écrit qu'il faudra programmer au patient une « extraction médicale »[115] afin d'effectuer l'examen indiqué, puis il glisse le formulaire complété durant la consultation à l'intérieur et il se lève. Son patient fait de même. Les deux hommes se serrent la main, ils se souhaitent l'un et l'autre de passer une bonne journée, et le patient sort de la pièce. Depuis le cabinet, on entend le surveillant pénitentiaire qui appelle le patient suivant : « *[nom] !* »

Les équipes médicales des établissements pénitentiaires sont tenues d'examiner tous les détenus dans le cadre d'une visite médicale d'entrée, et c'est sans surprise que le premier des arrivants examinés ce samedi matin à Rodan, qui avait déjà été incarcéré à deux reprises dans la maison d'arrêt par le passé, apprend que le médecin lui a « trouv[é] un truc » : les examens d'entrée s'achèvent souvent par la prescription d'examens complémentaires, par la mise en place d'une surveillance médicale et/ou par l'adressage à un (ou des) médecin(s) spécialiste(s).[116] À l'issue de l'examen, un détenu sur deux au moins se voit en effet programmer une prochaine

115. L'expression « extraction médicale » signifie qu'un détenu est conduit par une escorte hors de l'enceinte d'un établissement pénitentiaire, dans un hôpital en général, pour motif médical.

116. Notons que les soignants sont les seuls professionnels ne relevant pas de l'administration pénitentiaire qui sont tenus de s'entretenir avec tous les détenus à l'incarcération. À titre de comparaison, cela n'est pas le cas des enseignants intervenant en établissement pénitentiaire.

Tableau VIII. Quitter le cabinet avec (ou non) une ordonnance médicale ? L'issue de la visite médicale d'entrée

Proportion d'arrivants (en %) à qui le médecin a prescrit	En 1997	En 2003
- Un examen biologique	41,3	47,9
- Un examen d'imagerie*	4,8	16,6
- Au moins une consultation spécialisée	21,7	23,5

* Sauf radiographies dentaires ou thoraciques.

Champ : France entière.

Source : Mouquet M.-C., 2005. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n°386, p. 5.

interaction médicale, d'après une enquête diligentée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) conduite en 2003.[117]

D'après l'étude de la Drees, les détenus sont plus exactement un sur quatre a être adressé à un médecin spécialiste (dentiste, psychiatre, médecin-infectiologue...) à l'issue de l'examen et près de la moitié à se voir prescrire au moins un examen complémentaire (Tableau VIII). Les examens complémentaires les plus fréquemment prescrits sont des tests de dépistages sérologiques (VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis) et des examens d'imagerie, qui impliquent quelques fois que les détenus soient conduits à l'hôpital, lorsque la prison n'est pas équipée des outils adéquats. Les résultats de l'enquête présentent néanmoins une sous-estimation de la fréquence des prescriptions, dans la mesure où les radiographies dentaires et les radiographiques thoraciques ont été exclues des fréquences calculées et analysées dans la publication. Or, tous les arrivants (ou presque)[118] voient leur thorax radiographié dans les heures ou les jours qui suivent le placement dans l'institution carcérale : l'examen, réalisé dans le cadre d'un dépistage systématique de la tuberculose, est obligatoire.[119] Néanmoins, la population de l'étude de la Drees se

117. Les données portent sur l'ensemble des individus placés en prison au printemps 2003 en France métropolitaine. Publiée par Marie-Claude Mouquet (2005), il s'agit de l'enquête la plus récente, conduite à l'échelle nationale, sur la santé de la population carcérale.

118. D'après une enquête conduite dans les maisons d'arrêt d'Île-de-France, des détenus « refusent » de se soumettre à cet examen : le taux de « cas manqué » y est d'environ 2,6%, et il est plus élevé dans les établissements dont les « plages de dépistage » sont limitées à un ou deux jours par semaine (Cochet, Isnard, 2006, p. 37). Ces « refus » sont donc certainement exprimés par les détenus devant des surveillants (ce sont des « refus de circuler » jusqu'à l'infirmerie) et non devant les manipulateurs-radios ou les médecins (« refus d'être examiné »).

119. Article D 384-1 du code de procédure pénale.

composant de l'ensemble des personnes placées en maison d'arrêt sur une période donnée, ses résultats ont là surtout l'intérêt de nous permettre de généraliser une observation faite aux maisons d'arrêt de Rodan et de Servoud : les détenus sont, pour une large partie d'entre eux, rappelés à l'infirmerie après leur examen d'entrée.

L'étude de la Drees nous intéresse ensuite car ses données ont été recueillies durant les visites médicales d'entrée, *par* et *auprès* des médecins en charge des examens d'entrée. Elle fournit de ce fait quelques informations sur des jugements plus ordinaires rendus par ces praticiens de santé lorsqu'ils ont répondu à son questionnaire. Appelés à produire un jugement sur l'état de santé de chacun des détenus examinés durant la tenue de l'enquête, les médecins ont jugé que huit patients-arrivants sur dix étaient en « bon état de santé », que près de deux patients-arrivants sur dix présentaient un état de santé général « moyen » et que moins d'un patient-arrivant sur dix était en « mauvais état de santé général ». La mise en parallèle de ces deux résultats peut alors suggérer qu'il y a là un paradoxe. D'un côté, il semble que les détenus apparaissent globalement en « bon état de santé général » aux médecins les examinant à l'entrée dans l'institution carcérale. D'un autre côté, leurs examens s'achèvent fréquemment par des prescriptions médicales, qu'il s'agisse de prolonger des investigations ou de poursuivre ou instaurer une surveillance médicale. Ce paradoxe souligne finalement que les jugements de « bonne » ou de « mauvaise » santé ne permettent pas, à eux seuls, d'expliquer la construction d'une décision médicale.

Ce chapitre propose donc de mettre au jour des mécanismes sociaux qui conduisent au *recrutement actif* de détenus dans les files actives des infirmeries, dès l'incarcération, en renversant une question qui est posée à tous les détenus lors du placement en prison : « Avez-vous des problèmes de santé? », pour demander plutôt : comment sont questionnés leurs « problèmes » de « santé » dans le cadre du dispositif d'entrée dans l'institution ? Précisons en effet que les détenus se voyant tous créer un dossier médical dans les heures qui suivent l'incarcération, tous deviennent *mécaniquement* des patients de l'Ucsa en même temps que des détenus de la maison d'arrêt. Il s'agit donc d'interroger, dans ce chapitre, la mise en œuvre d'un *recrutement actif*, qui est ici défini par le fait qu'au moins une prochaine interaction médicale est programmée au patient à l'issue de son examen d'entrée. Et pour décrire ces mécanismes, on commencera comme précédemment par revenir quelques instant avant l'examen du premier patient reçu ce matin à l'Ucsa de la maison d'arrêt des hommes de Rodan : remontons l'horloge.

2. La construction d'une "opportunité"

Chaque matin, les équipes médicales des maisons d'arrêt sont tenues d'examiner l'ensemble des personnes incarcérées la veille, l'avant-veille ou le matin-même dans l'établissement. Les professionnels de santé ne sont cependant ni les seuls, ni les premiers qui questionnent les détenus à propos de leur état de santé. Juste avant de rejoindre les locaux infirmiers, les détenus sont en effet d'abord appelés à prendre part à une autre interaction, se déroulant également en face-à-face, au cours de laquelle des premières questions leur sont déjà posées à ce propos : l' « entretien arrivant ». Les entretiens arrivants sont conduits par des « gradés » du personnel pénitentiaire, qui représentent alors la direction de la maison d'arrêt. Aux maisons d'arrêt de Rodan et de Servoud, ils se tiennent dans un bureau situé à quelques pas du quartier arrivants.

2.1. Catégoriser

Neuf heures du matin. Un homme placé la veille à la maison d'arrêt de Servoud est conduit par un surveillant pénitentiaire jusqu'au bureau du capitaine en charge d'effectuer les « entretiens arrivants ». Le détenu entre dans la pièce, tenant à la main sa « carte de détention », remise par le service du greffe de la prison lors du placement sous écrou : il a été pris en photo, ses empreintes digitales ont été prélevées et il a déjà eu à répondre à quelques questions.[120] Le capitaine l'invite à s'assoir en face de lui tout en parcourant des yeux ses réponses sur l'écran de l'ordinateur et les informations figurant sur sa « fiche pénale ». Il y découvre que le détenu lui faisant face est âgé de dix-neuf ans et qu'il n'avait jamais été incarcéré auparavant : il est « primaire », ou « primo' », dans le langage de l'institution.[121] Le capitaine apprend aussi qu'il n'a pas été déclaré coupable de quoi que ce soit sur le plan pénal : il est « prévenu ».

120. Dans un article consacré aux activités des greffes des établissements pénitentiaires, Grégory Salle et Cédric Moreau de Bellaing (2010) parlent d'une « rafale de questions », en citant quelques-unes : « déjà venu en prison ? Si oui, où ? Lieu de naissance ? Nom du père et nom de jeune fille de la mère ? Taille, yeux, cheveux, tatouages, cicatrices ? École jusqu'à quelle classe ? Travail exercé dehors ? Situation familiale ? Armée ? Adresse ? Téléphone d'une personne à prévenir ? » (p. 167) ; les réponses des détenus sont simultanément saisies dans des fichiers informatiques (Henneguelle, 2017).

121. C'est la raison pour laquelle je m'appuie sur cet entretien arrivant ; l'interaction entre ce détenu « primo » et le gradé permet en même temps d'introduire le fonctionnement, le langage et des normes de l'institution au lecteur qui en serait aussi peu familier que lui.

Trois jours plus tôt, le jeune homme faisant aujourd'hui ses premiers pas en prison a été interpellé à la suite d'un contrôle policier. Après deux journées passées en garde à vue, il a été présenté au parquet, qui l'a poursuivi pour une « infraction à la législation sur les stupéfiants » et l'a orienté vers une procédure en comparution immédiate. La veille, à l'audience, il a demandé aux juges un délai afin de préparer sa défense. Ce délai étant « de droit », ces derniers ont alors eu à déterminer les « conditions du renvoi » et ils ont statué sur son placement en détention provisoire en l'attente de l'audience de jugement. Le procès étant prévu pour dans cinq semaines, le prévenu les passera donc emprisonné. Le capitaine commence l'entretien en reprenant à voix haute ces quelques éléments et en lui expliquant comment va se dérouler sa première journée en prison :

> Capitaine *[lisant la fiche pénale]* : Donc ! Vous êtes primo', vous entrez pour trente grammes de shit. Bon... disons que pour ça, y'en a qui entrent et d'autres qui entrent pas. C'est comme ça. Vous, vous allez passer au tribunal le [date : dans cinq semaines], ça veut dire quoi, ça veut dire que le jugement va couvrir au moins les cinq semaines que vous aurez passées ici. Vous devez vous poser un milliard de questions. Ce matin, vous allez voir un docteur, le Spip[122]...
>
> Arrivant *[l'interrompant]* : J'ai déjà vu le Spip. J'ai coché des cases pour avoir les cigarettes et tout...
>
> Capitaine : Ah non, vous avez eu le bon de cantine[123]. C'est autre chose. Là, c'est un bon qui est réduit, c'est pour dépanner, et quand vous serez affecté en détention vous verrez, vous aurez plus de choix. Je disais donc : vous allez voir le docteur, un Spip – le Spip, c'est celui qui vous relie à l'extérieur –, le CDAG[124] pour savoir où vous en êtes avec le sida et tout ça, la dame de l'illettrisme et moi, qui vais vous affecter en détention. Je vais vous poser trois milliards de questions vous allez voir, et ensuite vous irez au service médical pour un bilan de santé. [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]

Les gradés s'efforcent donc d'anticiper le « milliard de questions » que peuvent se poser les détenus à l'entrée dans l'institution, tout en leur en posant « trois milliards » – pour reprendre les expressions du capitaine. Écoutons ces questions :

> Capitaine : D'ailleurs, vous avez des problèmes de santé ?

122. Service pénitentiaire d'insertion et de probation.

123. Le bon de cantine sert à « cantiner » – *i.e* à commander des produits proposés à la vente dans la prison. Les détenus ont la possibilité de remettre ce bon complété un jour fixe de la semaine. Le coût de leurs achats est directement prélevé sur leur « pécule » : ils ne sont pas autorisés à détenir de l'argent ou tout autre moyen de paiement (Combessie et *al.*, 1997).

124. Il s'agit d'une antenne du Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de la région. Elle est située à quelques pas du bureau du capitaine, à l'autre extrémité de la coursive du quartier arrivants. Il n'y a pas de structures similaires dans les autres prisons étudiées.

Arrivant : J'ai de l'arthrite, c'est une maladie héréditaire.
Capitaine : Et vous avez un traitement quotidien ?
Arrivant : Non, parce que ça fait un an que je suis parti de chez moi.
Capitaine : Vous avez un régime alimentaire particulier ?
Arrivant : Non.
Capitaine : Vous mangez du porc ?
Arrivant : Oui, je mange de tout.
Capitaine : Donc. Vous avez dix-neuf ans. Vous avez un travail ?
Arrivant : Non, j'étais à la recherche d'un travail en intérim'.
Capitaine : Vous n'avez pas d'addiction ? *[il lui fait signe que non d'un mouvement de la tête]* Vous fumez le shit ?
Arrivant : Oui.
Capitaine : Vous n'allez pas être en manque ?
Arrivant : Non-non, ça va pas me manquer.
Capitaine : Si vous avez besoin, il y a le Csapa[125] qui s'occupe des addictions. Vous pensez que vous allez avoir de la visite ?
Arrivant : Non. Je suis parti de chez ma mère... Elle habite avec un nouveau copain. Je me faisais héberger par des amis... Mon grand-frère viendrait peut-être, mais il a pas de téléphone donc je peux pas le joindre.
Capitaine : Bien. Vous êtes arrivé avec dix euros, on va vous donner vingt euros. Ça, c'est pour tous les arrivants. On peut vous donner des vêtements aussi, parce que là ça doit sentir...
Arrivant : Oui, ça fait trois jours que je porte les mêmes. J'étais en garde-à-vue...
Capitaine : Vous avez déjà eu un suivi psy ?
Arrivant : Quand j'étais petit.
Capitaine : Vous n'avez jamais fait de tentatives de suicide, automutilations ?
Arrivant : Non, jamais. [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]

D'un arrivant au suivant, les questions posées sont en fait toujours les mêmes : les gradés du personnel pénitentiaire s'appuie sur un formulaire ; ils cochent des croix. Les *items* des formulaires utilisés portent sur les situations professionnelles des détenus, leur niveau d'étude, leurs relations familiales, leur régime alimentaire, leur santé physique, leurs consommations de drogues ou encore leur passé psychiatrique. Les réponses données aux questions sont simultanément consignées dans des fichiers informatiques de l'administration pénitentiaire.[126]

125. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

126. Sur les usages de ces fichiers, le « cahier électronique de liaison » et le fichier de « gestion informatisée des détenus en établissement », voir Nicolas Sallée et Gilles Chantraine (2014), qui montrent comment les écrits consignés permettent aux surveillants de conserver des « traces » de leur activité tout en produisant un « profilage » des détenus. Pour une étude

2.2. Évaluer

Les gradés s'appuient sur les informations réunies à travers leurs questions et sur leurs impressions de l'attitude des détenus durant l'entretien afin de produire une évaluation sur l'ensemble des personnes placées dans l'établissement. Agressivité. Risque suicidaire. Précarité. Isolement social. Relations avec d'autres détenus. Dépendance physique ou psychique à des produits pharmaceutiques ou des drogues. Ces quelques situations sont parmi celles sur lesquelles ils concentrent leur attention : ils ont pour mission de les « repérer ». « *Vous n'allez pas être en manque ?* », demandait par exemple le capitaine juste avant. « *On a déjà un [nom], c'est quelqu'un de votre famille ?* », demande-t-il à un arrivant portant ce patronyme. « *Et comment ça va se passer l'anniversaire ?* », s'inquiète-t-il face à un détenu lui ayant appris n'avoir plus de logement depuis le décès de son épouse, survenu dix mois plus tôt :

> Capitaine : Et comment ça va se passer l'anniversaire ?
> Arrivant : Quel anniversaire ?
> Capitaine : Ben, du décès de votre femme.
> Arrivant : Ah. Ben je serai là.
> Capitaine : Oui, et c'est justement ce qui m'ennuie... [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]

Les préoccupations du personnel pénitentiaire sont en fait tournées vers ce qui leur semble pouvoir perturber le fonctionnement normal de l'établissement : le repérage de la « dangerosité » et des « vulnérabilités » constitue l'une de leurs priorités. S'ils jugent des arrivants « vulnérables » sur le plan psychique, comme ce sera le cas là, ils appliquent une procédure : ils les « signalent ». Un tel signalement constitue la première étape d'un processus aboutissant quelques fois à la mise en place de mesures dites de « surveillance spéciale », telles que le « pointage toutes les heures » ou le « pointage toutes les rondes ».[127] Des mesures qui s'ajoutent aux techniques de surveillance usuellement employées.

---

croisée des usages des écrits professionnels dans diverses institutions d'encadrement, voir aussi Christel Coton et Laurence Proteau (2012).

127. Ces mesures signifient qu'un surveillant observera l'intérieur de la cellule à travers l'œilleton fixé à sa porte toutes les heures ou à chaque ronde. L'instauration d'une « surveillance spéciale » est décidée lors de « commissions pluridisciplinaires uniques » : des réunions présidées par le personnel de direction et se tenant quotidiennement. Elles réunissent les représentant des différents secteurs de la prison (sous-directeurs, responsables des quartiers, des ateliers, médecin-chef du SMPR...) et, s'ils sont conviés à y participer, les membres des Ucsa refusent généralement d'y prendre part. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.2.1.3. L'application d'une règle morale », p. 361-364.

Ensuite, outre l'identification de la « vulnérabilité » et de la « dangerosité » des arrivants, les gradés s'appuient aussi sur les réponses données aux questions posées pour « repérer » ceux détenant certaines compétences permettant plus facilement d'obtenir un travail dans la prison :

> Capitaine : Vous avez passé des diplômes ?
> Arrivant : J'ai un CAP pâtisserie, un CAP cuisine, et puis j'ai aussi plusieurs permis, un...
> Capitaine *[l'interrompant]* : Vous pourriez travailler en cuisine ! [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]
>
> Capitaine : Je vous renvoie au bâtiment B, comme ça vous pourrez peut-être retourner travailler à la blanchisserie comme la dernière fois.
> Arrivant : Oui, le major m'a dit que ça tombait bien, il en manque deux en ce moment.
> Capitaine : Ah, et je vois aussi que vous êtes aussi cuisinier de métier ! [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]

Les entretiens arrivants ne permettent pas uniquement à l'administration pénitentiaire de recueillir des informations et de produire une évaluation sur les détenus : les gradés ont aussi pour mission d'orienter les détenus.

2.3. Orienter

Les orientations formulées dans le cadre des entretiens arrivants menés par les gradés sont de deux types. La première, pouvant apparaître comme la principale, concerne leur affectation. Placés au quartier arrivants à l'incarcération, les détenus doivent nécessairement rejoindre l'une des cellules ordinaires de l'un des espaces de la maison d'arrêt à l'issue de la procédure d'admission. La « détention », comme sont appelés ces espaces, se compose de bâtiments, de quartiers et d'étages, qui sont dédiés à *des* détenus selon des catégories instituées. Par exemple, le sexe (« quartier femmes », « maison d'arrêt des hommes »...), le statut pénal (« bâtiment des condamnés ») ou l'âge (« quartier mineurs »). Le personnel pénitentiaire s'appuie donc sur ces catégories instituées pour prendre ses décisions, mais les gradés mobilisent aussi des catégories non-instituées.

Prenons pour exemple la maison d'arrêt des hommes de Servoud. Dans cet établissement, les « travailleurs »[128] sont nécessairement emprisonnés au Bâtiment B. Un étage du Bâtiment A est quant à lui dédié aux « arrivants » et un autre est réservé aux « mœurs ». Les « mœurs », terme utilisé par le personnel pénitentiaire pour désigner les détenus poursuivis ou condamnés pour des infractions sexuelles, peuvent néanmoins être emprisonnés ailleurs, dans un autre bâtiment ou étage, s'il

128. Les « travailleurs » sont les détenus ayant un travail dans la prison.

n'y a plus de cellules disponible à cet étage du Bâtiment A. Dans les trois cas, il s'agit là de catégories instituées : les détenus travaillant dans la prison sont nécessairement emprisonnés au B ; les détenus sont toujours enfermés au quartier arrivant aussitôt après le placement sous écrou ; les détenus n'étant pas poursuivis ou condamnés pour des infractions sexuelles ne seront jamais placés dans une cellule de l'étage réservé aux « mœurs ». Néanmoins, comme je l'indiquais, les gradés responsables des questions d'affectation utilisent aussi d'autres catégories qui ne sont quant à elles pas instituées. Par exemple, les « jeunes » sont généralement affectés au Bâtiment A et les « vieux » au Bâtiment D, sans que ces deux catégories ne soient officiellement reconnues. D'ailleurs, les jeunes détenus ayant une bonne connaissance de l'établissement, pour y avoir déjà été emprisonné par le passé, demandent fréquemment à être placés au D, qui est le plus récent des bâtiments de cette prison édifiée dans les années 1930[129] :

> Capitaine : Vous allez aller au B.
> Arrivant : Ah. Je peux pas aller au D, plutôt ?
> Capitaine : Non, parce que vous en avez pour un an, donc on va vous trouver un travail pour vous occuper. [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]
>
> Arrivant : Il y a des jeunes avec qui je me suis embrouillé... Kevin, Ibrahim, vous voyez ? Faut surtout pas me mettre avec eux... Vous pouvez pas m'envoyer au D ?
> Capitaine : Non, avec votre âge ça va être dur...
> Arrivant : Pourquoi ?
> Capitaine : Parce que si on vous met avec un vieux, vous allez l'agacer et ça va mal se passer. [Entretien arrivant en maison d'arrêt.]

129. Je passe là sur ce point, mais les détenus associent aussi les espaces de détention à des catégories. Par exemple, M. Lemoine distingue le bâtiment « des Français », où il a été placé, du bâtiment des « fous intoxiqués au cannabis ». M. Karadji oppose lui l'étage du bâtiment où il est, qui serait pour « les condamnés » (catégorie non-instituée), au Bâtiment B (destiné aux « condamnés » selon la catégorie instituée), où « c'est plus jeune, c'est tous les branleurs ». M. Stocovic opère de son côté une distinction entre le bâtiment du « trafic », où il espérait être placé parce qu'il « brasse le plus de clés usb, de came, de shit », et le bâtiment des « cachetonnés », où « ils s'enculent entre eux, ils se volent, ils se font des sales coups ». M. El Salski dit enfin de son bâtiment qu'il est « normal », car « populaire », et il l'oppose au bâtiment du « luxe », où il n'y a que des « cols-blancs » du grand banditisme : « *Je m'entends bien avec les gradés parce qu'ils connaissent bien mon parcours, ils ont ma fiche pénale. Monsieur Gaspert [capitaine], première chose qu'il me dit [pendant l'entretien] c'est : "Je sais pas où vous mettre." Dans quel bâtiment. Il voulait me mettre au D au début, mais j'ai dit non. Le D, c'est le luxe, c'est une autre mentalité, il y a un robinet d'eau chaude, un autre d'eau froide. Moi, je suis populaire. J'aime bien tout ce qui est normal. [...] Tout le monde dit : "C'est le bâtiment des cols-blancs, des [habitants d'une région indépendantiste]." Et moi ça, j'aime pas. Nous on est cordiaux, on se mélange. Je voulais rester au A.* »

Le bâtiment et l'étage d'affectation sont donc déterminés selon divers critères (l'âge, le sexe, la situation pénale, la durée de la peine, le motif de l'incarcération...) et, pour prendre leurs décisions, les gradés s'appuient sur les informations collectées durant l'entretien : un détenu détenant des diplômes lui permettant plus facilement d'obtenir un travail (être « classé ») dans l'un des secteurs de la prison (cuisine, blanchisserie, espaces verts...) aura par exemple plus de chance d'être placé au bâtiment des « travailleurs ». En même temps, le personnel pénitentiaire s'efforce de former des « paires » – les cellules étant rarement individuelles. À un détenu lui ayant demandé s'il pouvait être placé dans une cellule non-fumeur, un capitaine répond ainsi : « *Si je vous demande si vous fumez la cigarette, c'est pas pour faire des stats' internes, hein !* » Compte tenu de cette façon de procéder, les détenus partageant des propriétés sociales et des conditions d'existence proches sont généralement placés ensemble en cellule, tout en étant tenus à distance de détenus se distinguant d'eux par leur passé pénal.[130]

Les décisions d'affectation à un bâtiment et à une cellule peuvent donc apparaître comme la principale orientation formulée par les gradés dans le cadre de leurs entretiens, puisqu'elle est au centre du dispositif « arrivant », mais un autre type d'orientation est mis en œuvre : les gradés suggèrent aux détenus de « profiter » de l'incarcération pour « faire quelque chose d'utile » durant leurs entretiens. Lorsque la durée de la peine ou du mandat de dépôt est inférieure à quelques mois, leurs suggestions sont davantage tournées vers des actions pouvant être entreprises hors de l'institution : « *L'urgence pour vous, c'est de régler vos problèmes avec votre mère* », dira par exemple le capitaine à l'arrivant dont on a précédemment suivi l'entretien et qui n'a pas encore été jugé – le capitaine suppose qu'il sera condamné à une peine de prison ferme d'une durée équivalente au temps passé en détention provisoire, c'est-à-dire cinq semaines, et donc libéré lors du procès. En revanche, lorsque la durée de l'incarcération est plus longue, les suggestions du personnel pénitentiaire sont plutôt tournées vers des actions à entreprendre au sein de l'institution : les détenus sont incités à se tourner vers les professionnels portant une mission au sein de l'établissement : le SMPR, les ateliers, le Csapa[131], l'Ucsa, le scolaire... « *On va vous trouver un travail* » ; « *Vous pourriez travailler aux cuisines !* » ; « *Vous pourrez peut-être retourner à la blanchisserie* » ; « *Si vous avez besoin, il y a*

130. Les décisions d'affectations sont actées plus tard, collectivement, lors d'une commission d'affectation réunissant les divers professionnels s'étant entretenus avec les détenus. Je n'aborde pas le déroulement de ces commissions, voir Gaëtan Cliquennois (2009) et Yasmine Bouagga (2016) à ce propos.

131. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

le Csapa qui s'occupe des addictions » ; « *Il va falloir retourner au SMPR*[132] ». Dans les deux cas, les gradés s'appuient sur les « vulnérabilités » et les « compétences » identifiées plus tôt, durant l'entretien, et, comme le montrent bien les formules grammaticales employées (« si vous avez besoin », « si vous voulez », « vous pourriez »...), ce second type d'orientation ne prend pas la forme d'une décision, contrairement à la première, mais plutôt celle d'un conseil, d'un avis ou d'une suggestion. Les gradés insiste auprès des détenus sur le fait que rien ne les oblige à suivre leurs conseils :

> Arrivant : On est obligé d'avoir un projet de sortie ?
> Brigadière : Ah non ! Si vous ne voulez rien faire, vous ne faites rien, c'est votre problème : si vous préférez une sortie sèche, alors c'est ce que vous aurez ! [Entretien arrivant en centre de détention.]

L'échange que je retranscris là ne se déroule en fait pas dans le cadre du circuit arrivant en maison d'arrêt, mais dans le cadre du circuit arrivant au centre de détention d'Alauposo. Le dispositif d'admission en prison se répète en effet dès lors que les détenus sont transférés vers un autre établissement pénitentiaire – qu'il s'agisse d'une autre maison d'arrêt ou d'un établissement pour peine. Les « détenus » redeviennent des « arrivants », et ils doivent refaire leur « circuit ». Ainsi, un gradé représentant la direction de l'établissement les reçoit à nouveau dans un bureau : il leur pose des questions, il les évalue et il les oriente. Les entretiens arrivants ne se déroulent cependant pas tout à fait similairement dans les établissements pour peine :

> *[La brigadière appelle l'arrivant suivant. Monsieur [nom] entre dans le bureau, tenant à la main une sacoche. Je le croisais souvent à la maison d'arrêt de Rodan les midis. Il était auxi-cuisine, il servait la « gamelle » au Bâtiment A. Il s'assoit en face de la brigadière.]*
> Brigadière : Alors, vous entrez avec votre sacoche ?
> Arrivant *[tirant de sa sacoche un grand classeur contenant des documents glissés dans des pochettes plastiques]* : Oui, bien sûr, tout le temps.
> Brigadière : C'est la première fois que vous êtes incarcéré ?
> Arrivant : Non, en [année/année : cinq-six ans plus tôt] déjà, pour la même affaire.
> Brigadière *[complétant le formulaire sur son ordinateur]* : Vous êtes célibataire ? Marié ?
> Arrivant : Je suis célibataire. J'ai un enfant de 13 ans.
> Brigadière : Il est à votre charge ?
> Arrivant : Non, il vit en Pologne avec sa mère.
> Brigadière : Vous êtes fumeur ?
> Arrivant : Non, j'ai arrêté de fumer depuis trois mois et demi.

132. C'est-à-dire consulter un membre de l'équipe-psy de la maison d'arrêt.

Brigadière : Dans ce cas, on va essayer de vous mettre dans une cellule non-fumeur.
Arrivant *[sortant des documents du classeur]* : Vous voyez, j'ai une maison, je suis propriétaire, et je dois payer les charges. Pour moi, le plus important c'est de travailler le plus vite possible. Parce que j'ai beaucoup de frais, et puis je suis quelqu'un d'énergique. J'ai besoin de bouger.
Brigadière *[l'interrompant alors qu'il cherchait quelque chose d'autre dans le classeur, et reprenant le fil du formulaire]* : Vous avez des contacts avec votre femme ?
Arrivant : Non, juste pour les fêtes, mais sinon je n'ai aucun contact avec mon fils. Je paye juste la pension.
Brigadière : Vous avez subi des actes de maltraitance pendant l'enfance ?
Arrivant : Non.
Brigadière : Vous avez des problèmes de santé ?
Arrivant : Non, je n'ai aucun problème.
Brigadière : D'addiction, de toxicomanie ?
Arrivant : Non. Enfin, avant j'avais des problèmes d'alcool et de drogue. Mais j'ai suivi un groupe de parole à Rodan et je vais bien maintenant. Je prends trois Valium par jour.
Brigadière : Ah oui quand même !
Arrivant : Oui c'est beaucoup, mais vous savez, Madame, quand j'étais champion de lutte j'ai pris beaucoup de stéroïdes alors mon corps ne fonctionne pas comme celui des autres. Moi, les trois Valiums, ils me font pas grand chose. Je suis très énergique, j'ai besoin de bouger tout le temps. C'est pour ça que j'aimerais travailler. Mon corps s'est habitué. Il lui faut de grandes doses parce qu'il va très vite. Ça, je l'explique au médecin.
Brigadière : Vous avez des questions ?
Arrivant : Oui, quand est-ce que je vais pouvoir travailler ?
Brigadière : Vous verrez le responsable de la formation vendredi ou lundi, et ensuite cela passera en commission.
Arrivant : Oh-la-la... ça va prendre du temps... À Rodan j'avais eu du travail une semaine après mon arrivée... J'ai encore une question. Je suis bien conditionnable dans deux mois ? Je pourrai demander le bracelet ?
Brigadière *[lisant la fiche pénale]* : Oui c'est bien ça, en [mois/année], oui.
Arrivant : Ah, et je voulais savoir : pourquoi je suis ici alors que j'avais demandé [ville : un autre centre de détention] ?
Brigadière : Ah ça, vous savez... C'est sans doute parce que vous n'aviez pas de parloir, du coup on vous envoie ici plutôt.
Arrivant : D'accord, ok, je comprends... [Entretien arrivant en centre de détention.]

Dans les établissements pour peine, les suggestions sur la façon d'employer le temps à passer dans l'institution se font plus rares durant les entretiens arrivants. Un autre groupe d'acteurs intervient en fait tout spécifiquement à ce propos dans

le cadre du circuit arrivants : les psychologues du « parcours d'exécution des peines » (PEP). Ces psychologues, membres de l'administration pénitentiaire – et qui ne sont donc pas rattachées aux SMPR – ont pour mission d'accompagner les détenus dans l'élaboration d'un « projet ».[133] Recevant chacun d'eux pour un entretien individuel, elles leur posent des questions, assez semblables à celles des gradés, et elles leur font des suggestions sur la façon d'investir le temps de la peine à effectuer :

> « [Au centre de détention où je travaillais avant], on a environ deux entrants par semaine, alors on peut faire un vrai travail de fond. Alors qu'ici, il y en a dix ou douze qui entrent chaque semaine. Alors c'est ce que j'expliquais en commission mercredi : le résultat c'est que je n'ai tout simplement pas le temps. Tu as vu hier, en "Commission arrivants", sur la dizaine d'entrants il n'y en a que deux avec qui j'avais pu faire un entretien. Alors le résultat c'est le suivant : j'ai réduit mes entretiens à dix ou quinze minutes par entrant. Moi ce que je voudrais, c'est faire un entretien collectif aux arrivants, parce que de toute façon c'est un moment où ils voient plein de monde, où ils se répètent : on fait tous des entretiens où on pose les mêmes questions. Donc je voudrais faire un entretien collectif, et les revoir ensuite en individuel. Mais c'est pas possible parce qu'on est labellisé [Règles pénitentiaires européennes] et que ça impose que mes entretiens arrivants soient individuels. Je ne peux pas me dédouaner comme ça, et faire du collectif puis de l'individuel. Résultat, je les vois très rapidement à l'entrée et, ensuite, je ne les revois pas, parce qu'avec toutes les commissions, toutes les réunions, je n'ai pas le temps. Donc je ne fais pas de suivi mais de l'abattage. » [Mme Schaffert, psychologue « PEP » en centre de détention.]

* * *

À l'entrée dans l'institution carcérale, les détenus sont ainsi incités par les chefs d'établissement ou des gradés les représentant à « faire quelque chose d'utile » en prison – et, dès lors qu'ils ont été transférés dans un établissement pour peine, ils doivent élaborer un « projet ». Les membres du personnel pénitentiaire suggèrent aux détenus de « profiter » de l'incarcération ; le temps à passer emprisonné leur est présenté à la manière d'une « opportunité » et, parmi les « opportunités » qui leur sont suggérées : se soigner. C'est juste après cette première interaction que les détenus rejoignent donc l'infirmerie de la maison d'arrêt, pour être examinés sur le plan de leur santé : retournons maintenant à l'infirmerie du Bâtiment A de la maison d'arrêt des hommes de Rodan.

133. Cette « rhétorique du projet » n'est pas le propre des institutions de la pénalité ; on la retrouve similairement dans l'institution scolaire (Cayouette-Remblière, 2016, p. 178).

3. La visite médicale d'entrée

Les détenus doivent être examinés sur le plan de leur santé dans les quarante-huit heures qui suivent le placement sous écrou. Il s'agit là d'une obligation qui incombe au personnel médical des Ucsa, et non aux détenus, qui ne sont obligés par aucun texte légal à se soumettre à un tel examen (Encadré I). Néanmoins, la visite médicale d'entrée leur est présentée à la manière d'un passage obligé (« *Je vais vous poser trois milliards de questions – vous allez voir –, et ensuite vous irez au service médical pour un bilan de santé* »).[134] Et, de ce fait, rares sont les détenus qui « refusent » de rencontrer un médecin : ils ne seraient qu'environ 2% à ne pas être examinés lors du placement en maison d'arrêt, d'après une étude conduite à partir d'un peu plus de trois cent dossiers médicaux de détenus tirés au sort (Develay, Emmambux, 2014, p. 17 ; Develay *et al.*, 2015). Les détenus voient donc presque toujours un médecin à l'entrée en prison, mais comment expliquer que ces consultations s'achèvent ensuite si fréquemment par une prescription ? Cette sous-section apporte un éclairage à cette question en décrivant d'abord (1) le fonctionnement du dispositif médical d'entrée en maison d'arrêt, puis en proposant (2) d'étudier la construction des décisions rendues par les médecins comme le résultat de négociations médecins-patients, et (3) en réinscrivant enfin ces interactions dans le temps dans lequel elles se déroulent, c'est-à-dire le présent, afin de mettre au jour certaines contraintes avec lesquelles les médecins doivent composer et qui ont des implications sur la façon dont ils procèdent à cette activité.

3.1. Examiner les conditions de santé des arrivants

Les médecins des maisons d'arrêt sont tenus d'examiner tous les détenus dans les quarante-huit heures qui suivent l'incarcération mais, selon l'établissement, les équipes soignantes n'organisent pas tout à fait similairement cette activité routinière et quotidienne. Par exemple, les médecins du centre pénitentiaire de Servoud assurent les visites médicales d'entrée à tour de rôle, tandis qu'elles sont plutôt confiées à des stagiaires, internes en médecine, au centre pénitentiaire de Rodan. Quels que soient la maison d'arrêt ou le soignant en charge de cette activité, il y a néanmoins aussi des invariants dans le fonctionnement du dispositif médical d'entrée, et ce sont ces invariants que nous allons commencer par explorer.

134. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.1. Catégoriser », p. 128-131.

Encadré I. Obligations légales incombant aux professionnels de santé

« Les médecins chargés des prestations de médecine générale intervenant dans les unités de consultations et de soins ambulatoires et dans les services médico-psychologiques régionaux visés à l'article R. 3221-5 du code de la santé publique assurent des consultations médicales, à la suite de demandes formulées par la personne détenue ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue.

Ces médecins sont en outre chargés de :

1° Réaliser un examen médical systématique pour les personnes détenues venant de l'état de liberté ;

2° Réaliser les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire dans les conditions prévues à l'article R. 57-7-31, chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et au minimum, en tout état de cause, deux fois par semaine ;

3° Réaliser les visites aux personnes détenues placées à l'isolement, dans les conditions prévues à l'article R. 57-7-63, chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et au moins deux fois par semaine ;

4° Réaliser l'examen des personnes détenues sollicitant des attestations relatives à une inaptitude au travail pour raison médicale ;

5° Réaliser l'examen médical des personnes détenues sollicitant une attestation relative à la pratique d'une activité sportive ;

6° Réaliser l'examen des personnes détenues sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation ou une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention. » [Article R.57-8-1 du Code de procédure pénale.]

3.1.1. Une main se tend

Les visites médicales d'entrée s'ouvrent toujours de la même façon : le surveillant pénitentiaire affecté à l'infirmerie appelle le nom d'un arrivant figurant sur sa liste, le détenu dont le nom a été appelé rejoint le cabinet médical, le médecin lui serre la main tout en l'invitant à s'asseoir, puis il s'assoit à son tour. Cette main tendue par les médecins à l'entrée des patients dans le cabinet n'est pas un geste anodin. Ici comme ailleurs, le serrement de main permet au médecin d'engager un « diagnostic tactile » (Cefaï, Gardella, 2011, p. 158) de la relation au patient à son entrée dans le cabinet, en même temps qu'elle oblige les corps à se rapprocher, instaurant de fait un certain rapport entre distance et proximité. Certes, mais pas seulement. Car si comme l'écrit Erving Goffman (1973 [1959], p. 82-88), les manières dont les personnes se saluent sont le témoin de leur « accès mutuel », ajoutons que ces manières de faire sont d'autant plus conscientisées que les

rapports entre les individus sont hiérarchisés et traversés par des rapports de domination.

La façon dont les gens se disent (ou ne se disent pas) « bonjour » est fréquemment commentée en prison.[135] Ces manières de faire réaffirment les frontières des secteurs des établissements et les divisions entre les groupes professionnels : « *À l'Ucsa, on se fait la bise* », prévient par exemple une assistante sociale hospitalière au début de mon enquête au centre pénitentiaire de Servoud – j'embrasse alors les infirmières, les médecins, la secrétaire médicale et les deux surveillants de l'infirmerie.[136] Ces manières de faire signalent aussi l'existence de traitements socialement différenciés des détenus : « *Avec les détenues c'est différent, tu vois, on a plus de proximité* », commente un médecin juste après avoir salué l'une de ses patientes en la serrant longuement dans ses bras puis en embrassant ses deux joues ; les détenu.e.s peuvent être salué.e.s par un mot, par un geste impliquant une plus ou moins grande proximité des corps ou ne pas être salué.e.s du tout. Ces manières de faire ne sont enfin pas immuables : elles peuvent faire l'objet de réajustements, là aussi explicités. Cela est tout particulièrement le cas lors de conflits. Saluer quelqu'un d'une manière et non plus d'une autre peut être une façon de le sanctionner : « *Moi, maintenant, je sers la main aux surveillants* » (de l'infirmerie plutôt que je ne les embrasse), annonce ainsi une infirmière, après avoir décrit au reste de l'équipe un conflit l'opposant à un surveillant d'étage, qui l'a bousculée la veille durant la distribution de médicaments.[137]

La main tendue par les médecins à l'entrée dans le cabinet médical n'est donc pas un geste anodin. Elle s'inscrit en fait dans la même logique que l'énonciation d'une formule adressée aux patients par l'ensemble des médecins de Servoud énonce, au début de l'examen, juste après avoir serré leur main et tout en leur

135. Je me concentre sur les salutations, mais cela concerne aussi la « bonne » distance ou proximité à instaurer, comme le montrent les exemples suivant des commentaires qu'ont suscité mes « mauvaises » conduites. Alors qu'une brigadière réalise des entretiens arrivants et que je suis assise sur une chaise positionnée à côté de celle où s'assoient habituellement les détenus (et non de son côté du bureau), elle me demande par exemple sur un ton un peu gêné : « *Tu ne veux pas te mettre à côté de moi ? Tu es très proche des détenus, là…* » Autre exemple : le directeur adjoint d'une prison vient me trouver à l'issue de la réunion hebdomadaire de présentation collective de l'établissement à la soixantaine d'arrivants de la semaine et il m'indique sur un ton ennuyé qu'il préférerait que je m'assois au premier rang la prochaine fois, c'est-à-dire à côté des professionnels exerçant dans la prison et non où j'étais assise,au milieu de la salle, avec les détenus écoutant la présentation.

136. Cf. *supra*, « Annexe D. La première heure en maison d'arrêt : retranscription du carnet de terrain », p. 476-479.

137. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 3.2. La distribution des médicaments », p. 245-258.

montrant du doigt le logo figurant sur l'avant de leur blouse blanche : « *Ici, c'est l'Assistance publique des hôpitaux de [ville], pas la pénitentiaire.* » Les médecins marquent leur distinction vis-à-vis du personnel pénitentiaire : ils n'ignorent pas qu'aucun autre professionnel de la prison n'avait jusqu'alors salué les détenus de cette façon. Pas de poignée de main à la sortie du fourgon des policiers. Pas de poignée de main au greffe. Pas de poignée de main à la fouille. Pas de poignée de main à l'entrée dans les locaux du quartier arrivant. Pas de poignée de main dans le bureau du capitaine en charge des entretiens arrivants. Et puis, à l'entrée dans le cabinet médical, une main se tend. Par cette main tendue, le personnel médical entend instaurer une relation qui se distingue de celle établie par le personnel pénitentiaire avec les détenus. Certains de leurs patients, partageant leurs représentations, l'assimilent ensuite à quelque chose de plus « humain »[138] :

> « Il y a du réconfort ici [à l'Ucsa], ça fait du bien ; les gens vous serrent la main, c'est humain. Ça fait du bien. » [M. Boyer, détenu en maison d'arrêt.]

Car « *l'Ucsa*, insiste le personnel médical, *ce n'est pas la prison* ». Quand une personne intègre l'équipe médicale, son premier déplacement hors de l'infirmerie – pour effectuer les visites médicales de contrôle des détenus placés au « quartier disciplinaire » ou à l' « isolement »[139], s'il s'agit de médecins, ou pour distribuer des médicaments en détention, s'il s'agit d'infirmières – fait ainsi office d'épreuve initiatique :

---

138. Ce n'est pas le cas de tous les patients. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.2. Des perceptions selon l'âge et l'intensité de la socialisation carcérale », p. 349-385.

139. Les quartiers disciplinaires (« QD », « mitard », « cachot »...) sont d'une certaine façon des prisons dans les prisons : les détenus y sont placés par la direction de l'établissement, en sanction d'un manquement au règlement de l'établissement et/ou de l'institution (Lambert, 2015, pp. 114-115). La décision de placer des détenus au quartier d'isolement (« QI », « isolement »...) ne répond pas à la même logique, puisqu'il ne s'agit pas d'une modalité de sanction (même si cela peut être perçue ainsi) : le placement à l'isolement vise à empêcher les interactions entre détenus. Les interactions et les déplacements des détenus placés au « QI » ou au « QD » sont donc plus strictement contrôlées. Ils ont droit à une heure de promenade par jour, à tour de rôle, dans une sorte de bunker (quatre murs en béton, un toit grillagé), situé à proximité immédiate du quartier. Et deux fois par semaine, les médecins doivent (s')assurer qu'ils sont en « bonne santé ». Ces visites médicales bihebdomadaires se réduisent à deux phrases échangées depuis l'embrasure de la porte (au « QI ») ou à travers la grille qui fait suite à la porte de la cellule (au « QD ») : « *Bonjour, c'est le médecin, tout va bien ?* » – « *Ça va* ». M. Esposito, qui a effectué trois ans de prison en quartier d'isolement, se souvient : « *Il y avait un médecin qui passait, mais il s'arrêtait pas deux secondes. C'était juste "ça va ?" en fait, pour faire un trait sur la ligne [du registre] et puis repartir*. » À ces quelques mots s'ajoute parfois le don d'un comprimé de paracétamol (dont les médecins se remplissent les poches avant de quitter l'infirmerie pour effectuer ces visites).

> « Quand un stagiaire arrive, la distrib', c'est la première chose qu'on lui fait faire. Parce que l'Ucsa, c'est pas vraiment la prison : on les emmène en étage pour qu'ils voient un peu comme c'est pourri ici. » [Mme Herst, infirmière.]

Au quotidien ensuite, quand ils sortent des espaces dédiés aux activités de santé, les professionnels de santé s'emploient à recourir à des « marqueurs » (Goffman, 1973 [1959]) de leurs fonctions. Par exemple, un médecin venant d'être recruté au centre de détention d'Alauposo et que je m'apprête à accompagner lors de sa visite médicale au quartier disciplinaire me fait remarquer, l'air ennuyé, que je tiens à la main mon carnet de terrain et un stylo (« *C'est bien, vous, ça fait sociologue* »), puis il cherche du regard quelque chose dans le cabinet, il saisit une mallette en cuir (vide) et il me demande, droit debout : « *Ça va, ça fait médecin ?* » L'illustration demeure atypique – de nouveaux médecins ne sont pas recrutés tous les jours. D'autres le sont moins. La plus évidente réside sans doute dans le port de la blouse blanche : les membres des équipes médicales n'ayant pas de contact physique avec les patients (les cadres infirmières, les assistantes sociales hospitalières et les secrétaires médicales) ne la revêtent que lorsqu'elles sortent de l'Ucsa.[140]

Les professionnels de santé s'attachent donc à marquer leur distinction vis-à-vis du personnel pénitentiaire lors de leur première interaction avec les détenus, en s'en démarquant par des gestes (serrer la main), l'emploie de formules (« *Ici, c'est l'Assistance publique des hôpitaux de [ville], pas la pénitentiaire* ») et la démonstration de la possession d'objets prenant la valeur de marqueurs de leur groupe d'appartenance professionnelle (logo, blouse blanche). Néanmoins, les visites médicales d'entrée sont ensuite réalisées selon un schéma relativement proche des entretiens effectués l'instant d'avant par les gradés du personnel pénitentiaire.

3.1.2. Un entretien standardisé

Les médecins recueillent d'abord des informations auprès des patients. Ils leur posent des questions, qui sont toujours les mêmes : il s'agit de compléter un formulaire. La structure et les intitulés du « formulaire-entrant » utilisé varient d'une maison d'arrêt à une autre, dans la mesure où ce sont les centres hospitaliers de référence des Ucsa qui ont à charge de les concevoir (il n'existe pas de formulaire-type à l'échelle nationale), mais la nature des informations recueillies

140. On m'a également suggéré, sans me l'imposer, de porter une blouse blanche lors de mes observations hors de l'infirmerie, pour insister sur mon groupe d'appartenance lors de réunions de l'administration pénitentiaire ou durant des déplacements d'un bâtiment à un autre, mais aussi pour dissimuler mon corps – un corps de femme – dans les établissements pour hommes ; des femmes soignantes m'ont ainsi suggéré de faire comme elles : porter une blouse blanche *ou* un manteau hors de l'infirmerie.

reste néanmoins sensiblement la même dans l'ensemble des maisons d'arrêt. Pour commencer, les médecins demandent aux détenus s'ils sont « prévenus » ou « condamnés » et s'ils connaissent la date de leur libération. Contrairement aux gradés, qui disposent d'une « fiche pénale » récapitulant ces informations, les médecins ne disposent que d'une liste sur laquelle figure les noms, prénoms et numéros d'écrou des arrivants du jour. Or, dès le début de l'examen, ils essaient aussi d'anticiper, selon la durée de l'emprisonnement, le type d'orientations pouvant être formulé (modalités des soins, types d'examens, instauration d'une surveillance médicale...). Pour autant, ils ne restreignent pas leurs décisions à ce paramètre. Il leur arrive de pré-programmer des soins ou des examens ne leur semblant pourtant pas réalisables compte tenu de la durée de l'incarcération :

> Médecin *[à un patient condamné à une peine de deux semaines de prison ferme]* : Vous voulez voir un dentiste ?
>
> Patient : Euh, oui, pourquoi pas. On est ici, alors mieux vaut faire des choses plutôt que s'ennuyer.
>
> Médecin : Je vous garantis pas que vous pourrez la voir en deux semaines, mais je vous inscris.[141] Je vous mets aussi pour le psychiatre. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Une fois ces premières informations recueillies, les questions s'enchaînent les unes à la suite des autres, à vitesse soutenue, en suivant le déroulé du formulaire-type : Vous êtes né quand ? Vous avez un médecin-traitant ? Vous travailliez ? Vous savez lire et écrire ? Vos vaccins sont à jour ? Il y a déjà eu des maladies graves dans votre famille ? Vous prenez un traitement tous les jours ? Vous consommez du cannabis ? De l'héroïne ? De la cocaïne ? Du LSD, ecstasy, champignons ? Vous avez déjà fait un test pour le sida ? Vous êtes vacciné contre l'hépatite B ? Vous avez des allergies ?[142] Au fur et à mesure de la consultation, les médecins renseignent le formulaire.

3.1.3. Les mesures du corps comme référentiels

Après avoir posé les questions du formulaire-entrant, les médecins procèdent à un examen clinique. Pesée du corps. Question sur la taille. Prise de la tension artérielle. Écoute du cœur. Écoute des poumons. Quelques fois, les détenus se trouvent confrontés à un vocabulaire ou à des notions qui ne leur sont pas ou peu familières :

> Médecin : Vous êtes là pour combien de temps ?

141. Le délai pour être reçu par l'une des dentistes du centre pénitentiaire est d'environ trois mois.

142. Un « formulaire-entrant » est présenté en annexe. Cf. *supra*, « Annexe E. Le formulaire-entrant utilisé par le personnel médical d'une maison d'arrêt », p. 479-481.

Patiente : Trois mois.
Médecin : Vous avez un médecin à l'extérieur ?
Patiente : Non, je vois personne.
Médecin *[la patiente est visiblement enceinte]* : Vous avez vu un gynécologue ?
Patiente : Oui, une fois, elle a dit que c'est pour le [date : dans un mois].
Médecin : Vous savez lire ? Écrire ? *[La patiente fait signe que non, d'un mouvement de tête]* Vous avez déjà fait un frottis ?
Patiente : C'est quoi ça ? […]
[Pendant l'examen clinique]
Médecin : Vous connaissez votre taille ?
Patiente : Non.
[La médecin semble hésiter, puis elle lui dit "venez", et elle accompagne la patiente jusqu'à une toise fixée au mur]
Médecin *[observant la toise]* : Un mètre cinquante-cinq. Vous pouvez monter sur la balance ? *[La patiente monte sur la balance]* Cinquante-cinq kilos. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Tout en procédant à ces mesures, les médecins font quelques fois des commentaires, indiquant par exemple que c'est « normal » ou qu' « il va falloir surveiller ça », et ils en consignent les résultats sur le formulaire-entrant. Ces mesures prendront ensuite la valeur de référentiels : les professionnels de santé s'en servent comme points de comparaison, tout au long de l'incarcération, pour évaluer l'évolution de l'état de santé général des détenus depuis le placement dans l'institution.[143]

3.2. Prolonger les investigations

Les médecins prolongent fréquemment les investigations cliniques systématiques en procédant à d'autres types de vérifications, qui prennent trois formes : la consultation de documents médicaux, la confirmation d'informations par des tiers et la prescription d'examens complémentaires.

3.2.1. La consultation de documents médicaux

À l'entrée en prison, des détenus sont parfois en possession de produits pharmaceutiques, de documents produits par des instances médicales (comptes rendus d'hospitalisation, ordonnances...) et de divers objets prescrits par des soignants (lunettes, appareils respiratoires, stylos à insuline...), soit qu'ils ont pu

143. Sur les références à l'évolution du poids du corps depuis l'incarcération, voir : Lara Mahi (2017).

s'organiser avant l'incarcération et ont jugé préférable de les prendre avec eux, soit qu'ils les avaient avec eux lors de l'arrestation policière et/ou au procès :

> « L'an dernier, j'étais rentré sans mon dossier médical, mais cette année je suis rentré avec. Parce que la dernière fois j'ai été pris sur le vif, alors que là c'était prévu donc j'ai pu tout préparer et je suis rentré avec tout. » [M. Jarré, détenu depuis trois semaines.]

> « Je l'avais déjà sur moi [mon matériel pour traiter mon diabète] quand je suis entrée […] Parce que moi j'ai vraiment toujours fait attention, je sortais toujours avec tout mon matériel dans une petite poche. » [Mme Revel, détenue depuis quatre mois.]

> « Quand la police est venue chez moi, j'ai pris les certificats, les ordonnances, les médicaments.
> *L. M. : Vous y avez pensé au moment de l'arrestation ?*
> Ben oui, bien sûr. C'est vital, c'est pas du jeu. » [M. El Salski, détenu depuis deux ans et dix mois.]

Les détenus sont dépossédés de toutes ces affaires, lunettes comprises, par le personnel pénitentiaire : elles sont conservées à la « fouille ». Certaines leur seront rendues quelques jours plus tard, lors de l'affectation en cellule ; d'autres ne leur seront restituées qu'à la libération de l'institution ou à la suite d'un transfert dans un établissement dont le règlement ou l'application des règles par le personnel pénitentiaire diffère[144] :

> « J'ai un problème respiratoire donc, et il est géré par une société extérieure. […] Il y a un technicien qui vient tous les deux mois pour contrôler l'appareil aussi.
> *L. M. : Vous êtes entré avec ?*
> C'est... justement... Ici c'est vraiment stupide : j'ai un appareil qui est à la fouille, donc ils ont préféré en louer un qui coûte extrêmement cher, alors que la sécu', dehors, m'avait payé un appareil. » [M. Carmin, détenu depuis trois ans.]

En ce qui concerne les possessions identifiées comme « médicales », c'est-à-dire tous les produits pharmaceutiques et l'ensemble des documents produits par la juridiction médicale, mais pas les objets, dont les lunettes, un membre de l'Ucsa passe généralement les récupérer le matin, au greffe, puis il les dispose dans le cabinet utilisé pour les visites médicales d'entrée. Les médecins en charge des consultations entrants en prennent connaissance au fur et à mesure du défilé des patients, mais ils ne les rendent pas nécessairement à leurs propriétaires. À l'instar du personnel pénitentiaire, les médecins effectuent un « tri » :

144. Cela est vrai aussi en sens inverse : un objet autorisé voire acheté au sein d'une prison, à la « cantine », peut être ensuite interdit dans une autre prison, et donc rester à la « fouille ».

> Médecin *[montrant deux sacs en plastique estampillés du logo d'une pharmacie et remplis de plus d'une vingtaine de boîtes de médicaments]* : Je les ai récupérés à la fouille. On va faire le tri, hein. Vous êtes prévenu ou condamné ?
> Patient : Condamné.
> Médecin : Vous savez quand vous sortez ? […] Vous aviez un médecin traitant à l'extérieur ?
> Patient : *[le patient indique le nom de son médecin traitant, puis celui d'un pneumologue et enfin, celui d'un diabétologue.]* […] J'ai arrêté pour le diabète depuis deux ou trois mois. Il y a dix jours, j'étais à dix de glycémie. Mais je fais plus rien pour le diabète, je fais plus l'insuline, je veux plus rien faire depuis que je suis tombé [en prison]. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Ils prescrivent des examens de contrôle avant de poursuivre (ou non) la prescription de l'usage d'appareils et/ou la consommations de médicaments[145] :

> « Oui [j'ai parlé de mon diabète à la visite médicale d'entrée], mais ça a pas été pris en charge directement : il a fallu attendre une semaine. Alors que j'avais dit au médecin qui m'avait quand même ausculté, je lui ai dit que dans ma fouille j'avais mon dextro, que j'avais mes médicaments. Je prenais aussi un traitement pour le cholestérol. Et il a rien voulu savoir, il a dit : "C'est moi qui décide." Au début, je me suis dit : "C'est une teigne ce mec-là", et après j'ai fini par le connaître et c'est un bon garçon, attention ! Et donc il me dit... Il voulait pas que je le récupère parce qu'il voulait me faire un bilan d'abord, pour confirmer ce que j'avais. Pourtant j'avais tous mes papiers, j'avais mes certificats, tout. […] Et donc il a fallu attendre une semaine ici, le temps qu'on me fasse mes bilans et tout et après il m'a mis sous traitement. Ça a mis une semaine quand même ! Ils m'ont remis sous les mêmes médicaments. » [M. El Salski, détenu depuis deux ans et dix mois.]

Ces examens de contrôle *visant à vérifier l'adéquation du traitement en cours avec les conditions de santé* participent ainsi à produire un recrutement actif de détenus dans les files actives des infirmeries, à l'incarcération et, en règle générale, une fois les résultats connus, les modalités de la prise en charge se font sur le modèle de celles préexistantes : mêmes médicaments, usages des mêmes appareils, etc.

3.2.2. La confirmation d'informations par des tiers

Les médecins joignent quelques fois par téléphone des confrères, professionnels de santé, avant ou pendant les visites médicales d'entrée. Ainsi, sept mois après son placement à la maison d'arrêt des hommes de Servoud, M. Guibert se souvient :

145. On a entraperçu cela dans le premier chapitre, à travers la plaidoirie d'un avocat de la défense affirmant que le traitement médicamenteux de sa cliente était « interrompu » depuis le placement en prison, en l'attente de résultats visant à confirmer ses conditions biologiques. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 5. La santé dans la rhétorique judiciaire », p. 105.

« *Dès que je suis entré, ils ont contacté le médecin qui me suit à [nom : l'hôpital], c'est lui qui me suit pour la maladie hémophile* » Il s'agit là de vérifier les informations délivrées par les patients auprès de médecins-spécialistes, d'officines ou de l'équipe médicale de l'établissement où ils ont été emprisonnés auparavant :

> *[Après avoir remplit le formulaire selon les réponses du patient, cochant la case « célibataire », inscrivant « 0 » à « nombre d'enfant(s) », « sixième » à « niveau scolaire », puis précisant « ne sait ni lire ni écrire » à côté de cet item, le médecin poursuit l'entretien.]*
> Médecin : Vous ne prenez pas de médicaments tous les jours ?
> Patient : Si, pour le souffle au cœur. J'ai des comprimés, mais je les prends plus depuis trois mois. *[baillant]* Tout va bien dans ma santé.
> Médecin : Et là, à l'EPM[146], vous les preniez ?
> Patient : Oui. Mais les cachets à l'EPM, je les faisais rentrer par le parloir. Ma mère me les rentrait en douce parce que les cachets étaient pas autorisés. Enfin... les surveillants et le directeur savaient, mais pas les infirmiers.
> *[Après avoir dit au patient de s'installer sur la table d'auscultation, le médecin ouvre la porte et il interpelle l'infirmier qui est juste en face, dans la salle de soins, de l'autre côté du couloir]*
> Médecin *[à l'infirmier]* : Tu peux appeler l'EPM pour savoir si Monsieur [nom] avait un traitement quotidien là-bas ? […] *[retournant vers le patient, assis sur la table d'auscultation, puis écoutant le son produit par son cœur]* Petit souffle systolique, mais je ne suis pas inquiet du tout.
> Patient : Je n'ai jamais eu d'autres problèmes de santé.
> […] *[le médecin et le patient ont repris place au bureau]*
> Médecin : Vos vaccins sont à jour j'imagine, au vu de votre âge...
> Patient : Oui.
> Médecin : Oui, ça a dû être fait à l'EPM. Vous pesiez combien quand vous étiez là-bas ?
> Infirmier *[Entrouvrant la porte du cabinet]* : À l'EPM il était sous ventoline ! Il avait déclaré de l'asthme ! *[repartant en refermant la porte]*
> Médecin : Et depuis quand vous avez arrêté la ventoline ?
> Patient : Depuis que je suis sorti de l'EPM. J'avais plus l'asthme.
> Médecin : Oui, l'asthme de l'enfant se règle souvent à l'âge adulte... […] *[commentant ce qu'il écrit]* Je vous prescris une évaluation psychologique. Vous n'êtes bien sûr pas obligé d'y aller, c'est à vous de choisir. On va vous faire un électrocardiogramme aussi, quand même, pour voir si tout est normal et je vous reconvoque[147] dans une semaine pour faire un petit point clinique. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

146. Établissement pénitentiaire pour mineurs.

147. Les détenus ne prennent pas « rendez-vous » ; ils doivent avoir été « convoqués » pour être autorisés à rejoindre l'infirmerie (Mahi, 2015b). Cette modalité du dispositif est discutée plus tard. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 3.1. Les convocations à l'infirmerie », p. 231-245.

Après quelques questions, un examen clinique et un appel téléphonique à l'équipe médicale d'une autre prison, la visite médicale de ce détenu s'achève comme celle décrite en introduction du chapitre : par la *programmation d'examens visant à s'assurer de la conformité des conditions de santé du patient* ; une pratique qui participe là aussi au recrutement actif de détenus dans les files actives des Ucsa.

3.2.3. La prescription d'examens complémentaires

Est-ce que tout est bien « normal » ? Électrocardiogramme de contrôle, vérification de l'état des vaccinations, dépistages sérologiques : les vérifications auxquelles procèdent les médecins passent fréquemment par la prescription d'examens complémentaires. Il s'agit principalement de *contenir des risques de propagation de certaines maladies infectieuses* et les prescriptions de dépistages d'infections virales et de vaccination sont les pratiques qui ont la plus forte incidence sur le recrutement actif de détenus dans les files actives à l'incarcération. Les médecins s'assurent d'abord que la protection vaccinale obligatoire des patients est à jour. S'ils en ont la possibilité, ils reprennent les notes consignées dans le dossier médical constitué lors d'une précédente incarcération et, quand ils ne l'ont pas et que les réponses du patient ne leur semblent pas « sures », parce qu'il hésite ou parce qu'il dit se souvenir vaguement d'un vaccin tout en semblant ignorer de quoi il retournait,[148] les médecins prescrivent des tests prenant la forme de prises de sang ou d'injections et à partir desquels ils vérifient cette information :

> Médecin : Vous avez des problèmes de santé ?
> Patient : J'ai eu un accident de moto, je me suis cassé les deux poignets et le tibia droit [mois : il y a six mois]. Je devais me refaire opérer du poignet droit.
> Médecin : On va récupérer le compte rendu d'opération. Il y a des maladies graves dans votre famille ? […] Vous êtes à jour dans vos vaccins ?
> Patient : Ça fait bien longtemps, je m'en souviens pas.
> Médecin : Plus de dix ans ?
> Patient : Je sais pas.
> Médecin : Quand vous avez eu votre accident, on vous a refait des vaccins ?
> Patient : Ils me l'auraient dit, non ?
> Médecin : Bon. On va piquer pour voir. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Si la mise à jour vaccinale et la radiographie thoracique visant à rechercher une infection par le virus de la tuberculose sont les seuls examens obligatoires lors d'un

148. D'après une enquête réalisée dans l'ensemble des Ucsa d'une région pénitentiaire, un arrivant sur quatre répond ignorer si ses vaccins obligatoires sont à jour, lorsque le médecin lui pose cette question dans le cadre de l'examen d'entrée (Fauchille *et al.*, 2016, p. 347).

placement en établissement pénitentiaire, ils sont fréquemment prolongés par d'autres : la réalisation de tests de dépistage de certains virus (VIH, hépatites B et C, syphilis) et des vaccinations non-obligatoires (hépatite B). Cela d'abord car la quasi-totalité des Ucsa « proposent » à l'ensemble des arrivants de réaliser des tests de dépistage du VIH et des hépatites B et C, ainsi qu'une vaccination au virus de l'hépatite B (Chemlal *et al.*, 2012, p. 132 ; Chiron *et al.*, 2013). Mais cela aussi parce que ces « propositions » de vaccinations complémentaires et de recherche d'infections virales sont rarement énoncées sous la forme de questions. Pour les médecins, l'examen d'entrée est une « occasion » pour les réaliser :

> Médecin : Vous avez fait le test du sida ?
> Patient : Oui, il y a un ou deux ans.
> Médecin : Alors on vérifiera si vous avez fait le vaccin de l'hépatite B et sinon on vous le fera. Bien *[se levant]*, je vais prendre votre tension. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]
>
> Médecin : On fait les tests ce coup-ci, hein !
> Patient : Ouais. J'avais fait les tests [année : il y a trois ans] parce que j'étais ici, mais franchement dehors j'ai pas le temps. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]
>
> Médecin : Tant qu'à faire pendant que vous êtes là, on va en profiter ! *[prescrivant un dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis à un patient dit se souvenir « vaguement » s'être vu prélever du sang des années plus tôt, mais sans se rappeler le motif du prélèvement biologique.]* [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Il n'est donc pas rare que les détenus soient soumis à un dépistage sans l'avoir vraiment « accepté ». Une observation qui n'est pas nouvelle. Dominique Lhuilier (2001), en relevant également cela, écrit ainsi que la proposition de dépistage est habituellement « fondée sur la demande [alors que] derrière les murs [d'une prison] la question de la demande est d'emblée diluée » (p. 35) : les détenus ne formulent pas de demande ; ils ont à répondre « oui » ou « non » à une proposition. Or, poursuit-elle, « l'arrivant, pour penser pouvoir refuser, doit être capable de se représenter comme un sujet de droit, ce que les rituels d'admission ne favorisent pas » (*ibid.*). À la façon dont les détenus parlent des vaccinations supplémentaires et des tests de dépistage effectués lors de leur placement en prison, il semble néanmoins, plus simplement, qu'ils ne les distinguent pas des examens obligatoires et systématiques réalisés (la radiographie thoracique et la

mise à jour vaccinale).[149] Il s'agit pour eux d'une étape parmi d'autres lors d'un placement en maison d'arrêt ou après un transfert :

> « Quand tu rentres dans la prison, ils te prescrivent à chaque fois la prise de sang. » [M. Darmane, transféré en centre de détention après un placement en maison d'arrêt.]

> « Autant je peux me faire des piqûres, autant j'ai horreur qu'on me pique ! Je peux me le faire moi-même, mais je supporte pas qu'on me pique ! C'est l'horreur. Même les prises de sang je les évite dehors. Là j'en profite que je suis là. Et puis de toute façon, quand on rentre on est obligé de la faire la prise de sang, pour savoir quand même si y'a un truc pas normal. » [M. Karadji, détenu en maison d'arrêt.]

Finalement, tout se passe comme si plus les médecins prescrivaient des « prises de sang » dans le cadre du dispositif médical d'entrée et plus la pratique apparaissait ensuite systématique et obligatoire pour les détenus.[150] Ceux connaissant le fonctionnement de l'institution discutent avec ceux le découvrant et, les premiers percevant déjà la « prise de sang » à la manière d'une étape obligée, ils en parlent en ces mots aux seconds. Ainsi, après près de deux heures passées dans la salle d'attente de l'infirmerie, un détenu « primaire » entre dans le cabinet médical tout en indiquant au médecin : « *On m'a dit qu'il y avait une prise de sang. Est-ce que je peux la faire tout de suite ? L'aiguille, ça me fait trop peur.* » Ajoutons enfin un autre élément explicatif, qui nuancera mon propos : les détenus de la maison d'arrêt de Servoud parlent plus souvent (que les autres détenus interviewés) d'un « test » ou d'une « prise de sang » qu'on leur a « proposé » de faire :

> « Quand je suis arrivé, on m'a proposé de faire le test, je l'ai fait, et j'en ai profité pour me guérir. » [M. Kasmi, deux ans et trois mois après la visite médicale d'entrée à Servoud.]

> « Quand je suis arrivé arrivant, on m'a proposé de faire des prises de sang, et après on m'a dit que c'était pas des bonnes nouvelles. » [M. N'diaye, quatre mois après la visite médicale d'entrée à Servoud.]

Or, il y a une différence notable entre le dispositif médical d'entrée de la maison d'arrêt de Servoud et celui de Rodan : aucun test de dépistage d'infection virale n'est prescrit à la visite médicale d'entrée. Les arrivants ne rejoignent l'Ucsa

149. La lecture que Dominique Lhuilier propose apparaît ainsi cohérente, mais il me semble au regard des observations conduites qu'elle s'apparente à ce que Bernard Lahire (2007 [2005]) a qualifié de « décrochage interprétatif », c'est-à-dire un « dérochage de l'interprétation par rapport aux situations observées » (*ibid.*, p. 45).

150. Cela n'est pas spécifique à la situation d'enfermement carcéral. On peut rapprocher cette observation des pratiques d'examens de dépistage prénatal de la trisomie 21 prescrits aux femmes enceintes – voir Bénédicte Champenois-Rousseau et Carine Vassy (2012).

qu'après s'être rendu à l'antenne d'un centre de dépistage situé au niveau du quartier arrivants – et non dans les locaux du service médical – où il leur est proposé de réaliser ces tests. Il n'est question que de dépistage des hépatites B, C, du VIH et de la syphilis dans le cadre de cette interaction. Enfin, si je distingue la pratique (une « prise de sang ») de sa finalité (un « test de dépistage de maladies infectieuses »), c'est parce que les détenus ne semblent pas savoir non plus *a posteriori* quel était l'objet de ce qu'ils appellent le « vaccin » ou la « prise de sang » :

> « Ils ne m'ont pas proposé de dépistage, ils m'ont juste fait la prise de sang. » [M. Charrant, quatre mois après sa visite médicale d'entrée.]
>
> « Non, on m'a pas proposé de vaccin à Rodan. Non, je crois pas. Il y avait une vaccination... mais je sais pas pour quoi c'était. » [M. Gargarov, détenu au centre de détention d'Alauposo après un transfert depuis Rodan.]

Faisant la même observation, Meoïn Hagège (2016, p. 364) suggère que les détenus se « rappellent difficilement des détails » de leur visite médicale d'entrée. On peut néanmoins formuler une objection à nos lectures respectives en posant deux autres hypothèses. Premièrement, il ne s'agit pas tant d'une question de savoir ou de souvenirs que de l'étendue des compétences langagières dont les individus disposent pour exprimer des expériences sociales. Parler d'un « dépistage sérologique du VIH, du virus de l'hépatite B et de celui de l'hépatite C, et de la syphilis », comme disent les médecins, plutôt que d'une « prise de sang », comme disent nombre de détenus, nécessite d'opérer une distinction entre ces catégories et de donner du sens à leur distinction.[151] Deuxièmement, autre hypothèse, les informations auxquelles l'enquêteur ou l'enquêtrice accorde de l'importance – parce qu'elle ou il s'en souviendrait dans un même contexte ou parce qu'elles sont centrales dans sa problématique de recherche – ne sont pas nécessairement celles retenant l'attention des enquêtés. Il s'agit alors moins d'une question de savoir ou de souvenirs que de point de vue : quelle perception a-t-on les uns et les autres d'une même situation ? Dans les deux cas, les hypothèses mettent en exergue un autre type de sur-interprétations sociologiques, qui « se caractérisent par l'oubli dans l'interprétation des conditions réelles dans lesquelles les acteurs étaient amenés à agir, penser, voir ou sentir, c'est-à-dire du décalage entre l'oeil savant (les conditions savantes de perception du monde social) et l'oeil ordinaire (les conditions ordinaires de perception du monde social liées aux formes de vie sociale) » (Lahire, 2007 [2005], p. 51).

151. Les médecins inculquent ensuite ces catégories et ce langage à leurs patients dont les résultats aux tests de dépistage prescrits sont « positifs » à la présence d'une infection virale. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 2. L'annonce d'un résultat "positif" au test d'entrée », p. 213-230.

Pour conclure, plusieurs motifs amènent les médecins à prolonger leurs investigations. : vérifier l'adéquation d'un traitement prescrit hors de l'institution, s'assurer de l'état de « normalité » en prescrivant des examens de contrôle et contenir des risques de propagation de maladies infectieuses en prescrivant des tests visant à les dépister et des vaccinations. Quels de soient ces motifs, ils s'inscrivent dans une logique d'anticipation de l'avenir et ils produisent un recrutement actif de détenus dans les files actives des infirmeries : ils seront rappelés à l'infirmerie dans les jours ou les semaines qui suivent l'incarcération.

3.3. Le poids des contraintes institutionnelles

On a jusque là appréhendé le dispositif médical d'entrée dans l'institution carcérale à travers sa description générale et en s'intéressant à des interactions médecins-patients : un cadre est instauré, des questions sont posées, des examens cliniques systématiques sont effectués et ils sont régulièrement prolongés par la prescription d'autres investigations. La description de ces étapes a pour principal intérêt de donner à comprendre comment les visites médicales d'entrée se déroulent généralement, mais elle a aussi pour inconvénient de faire disparaître leur contexte. En revenant dans le cabinet du médecin de la maison d'arrêt de Rodan en charge de ces examens ce samedi matin, nous allons voir que les conditions dans lesquelles les médecins procèdent à cette activité sont pourtant déterminantes si l'on veut comprendre comment ils prennent leurs décisions.

3.3.1. Séquences des consultations entrants

Par une approche narrative qui permet de réinscrire les pratiques du médecin de Rodan dans le temps dans lequel il opère, c'est-à-dire le présent,[152] je mettrai d'abord au jour des *contraintes institutionnelles* avec lesquelles l'ensemble des médecins doit composer lorsqu'ils sont en charge des visites médicales d'entrée, puis je décrirai les ajustements auxquels ils procèdent afin de s'y conformer.

3.3.1.1. (10h28) Première séquence

Le deuxième patient du médecin ce matin semble très jeune. Son visage juvénile est en partie dissimulé derrière de longs et fins cheveux noirs qui lui tombent devant les yeux. Il est vêtu du survêtement en coton gris remis par le personnel pénitentiaire aux arrivants qui n'ont (et n'auront, souvent) rien pour se changer – on devine que, probablement, personne ne viendra lui rendre visite et lui apporter

152. Voir Nicolas Dodier (1993) ; Aaron V. Cicourel (2002a ; 2002b) ; Andrew Abbott (2003 ; 2016).

du linge propre à la maison d'arrêt. À son entrée dans le cabinet, le médecin se lève de son fauteuil, il lui serre la main, et il l'invite à s'asseoir : « *Vous êtes jeune !* », commente-t-il en se rasseyant, avant de lui demander sa date de naissance. Le patient prononce quelques mots – que je ne comprends pas –, parmi lesquels « bulgare ». Détachant chaque syllabe, le médecin répète alors : « *Da-te-de-naissance ?* », et il repousse une feuille de papier et un stylo en direction du patient, qui écrit dessus : « 12/11/95 » – seize ans.[153] Une fois inscrite sa date de naissance sur le formulaire-entrant, il pianote sur le clavier de l'ordinateur. Le site *Google traduction* s'affiche à l'écran, qu'il tourne de telle sorte que le patient puisse le voir, et il tape au clavier : « Médecin traitant ? » L'inscription « лекар? »[154] apparaît sur l'écran. Le patient l'observe, puis il répond : « *Médecin oui, et aussi autre médecin VIH [nom d'hôpital : au CHU de la ville], médicaments VIH.* » Le médecin cesse alors de suivre le déroulé du formulaire : il demande au patient s'il connaît les noms de ses médicaments. Ce dernier hausse les épaules tout en présentant ses paumes de mains vers le ciel, puis il montre trois de ses doigts. Le médecin déduit : « *Ok, trois comprimés...* »

Le médecin saisit le téléphone posé sur le bureau et il compose un numéro – celui du service des maladies infectieuses du centre hospitalier universitaire mentionné par le patient, qui est aussi l'hôpital-référent de l'Ucsa. L'échange téléphonique est bref. Le médecin raccroche. Il se tourne vers moi : « *Ils m'ont dit son traitement, mais ça fait plus d'un an qu'ils l'ont pas vu, alors bon...* » Il tape à nouveau sur le clavier. La traduction sans doute approximative de la phrase « Est-ce que votre traitement a été changé depuis un an ? » s'affiche à l'écran. Le patient, l'air perdu, murmure : « *Sais pas.* » L'espace de quelques secondes, le médecin semble hésiter sur ce qu'il convient de faire. Il abandonne finalement le site web de traduction, retournant l'écran vers lui, et, passant du vouvoiement au tutoiement, il demande : « *Tu sais pas ? Et c'est où la pharmacie où t'allais ?* » Le patient donne le nom d'une pharmacie de ville. Le médecin la joint par téléphone. Durant la conversation avec l'officine, le médecin acquiesce régulièrement, tout en prenant des notes sur un morceau de papier – il écrit : « Subutex 16 mg Seresta 50 mg 1/soir Rohypnol 2/j » –, puis il raccroche et il rapporte au patient quelques éléments de l'échange téléphonique : « *La pharmacienne m'a dit que ça fait plus d'un an que t'es pas allé chercher ton traitement pour le VIH.* » S'adressant cette fois à moi, il poursuit : « *La dernière fois qu'il l'a pris c'était [mois/année : il y a un an et sept mois].* » Le patient explique : « *Moi parti Bulgarie, plus revu docteur [nom]*. » Le médecin hoche de

153. La date a été modifiée en conservant l'année.

154. Soit « médecin référent », littéralement, en langue française.

la tête. Il saisit le dossier médical et il note : « Programmer convocation infectiologue ». Le patient ajoute : « *Hépatite C.* » Le médecin l'interroge alors sur ses éventuelles consommations de drogue, et le patient répond consommer un à deux grammes d'héroïne chaque jour, ce que le médecin retranscrit sur le formulaire puis, après avoir procédé à l'examen clinique habituel, tous deux reprennent place de part-et-d'autre du bureau. Le médecin est en train de reporter les mesures relevées sur le formulaire-entrant quand il est interrompu : le téléphone se met à sonner.

3.3.1.2. (11h02) Deuxième séquence

Le médecin décroche le combiné. Il écoute son interlocuteur – il s'agit du surveillant affecté à l'infirmerie, qui l'appelle depuis le hall. Il indique : « *Je passerai la voir une fois les consultations des entrants hommes achevées* », puis il raccroche. Sans aucun mot, il saisit ensuite un cahier d'écolier portant sur sa couverture l'inscription « SMPR[155] », il l'ouvre et il inscrit le nom du patient sous le mot « psychiatre ». Toujours sans un mot, il rédige dans le dossier médical une prescription pour un bilan sanguin et des dépistages du VIH, du virus de l'hépatite C, du virus de l'hépatite B et de la syphilis. Après cela, il se lève et il indique au patient qu'il va à la pharmacie lui chercher son traitement, tout en tendant le bras vers la porte du cabinet – l'invitant ainsi à se lever et quitter lui aussi la pièce.

Le médecin se dirige vers la pharmacie tandis que le patient rejoint quant à lui le hall. Aussitôt quitté le cabinet, il est apostrophé par un autre arrivant, qui attend son tour pour être reçu par le médecin. Celui-ci, visiblement inquiet, lui demande : « *Eh ! Ils*[156] *t'ont sondé ?* » Puis, sans réponse, il insiste et répète : « *Ils t'ont fait un sondage ? Ils t'ont sondé ?* » Le patient l'ignore. Le médecin revient vers lui et lui remet un sachet en papier contenant des médicaments. Le patient prend deux comprimés dedans – ceux de buprénorphine[157] –, il les porte à sa bouche et il retourne s'asseoir sur le banc tenant lieu de salle d'attente

Le médecin se tourne vers le surveillant et il lui dit sur un ton de reproche : « *Ça fera quand même huit avec la femme ! C'est qui le suivant ?* » Le surveillant se tourne alors vers les deux détenus qui sont assis sur le banc et il annonce : « *[nom], à toi.* » L'homme craignant d'être « sondé » reste assis, l'autre se lève. Le médecin lui serre la main. Ils se dirigent ensemble vers le cabinet. Ils s'assoient. Le médecin saisit un exemplaire du formulaire-entrant :

155. Service médico-psychologique régional.

156. Ce « ils » désigne vraisemblablement le médecin et moi-même.

157. Un traitement prescrit en substitution à la consommation d'héroïne.

Médecin : Vous êtes né en quelle année ?
Patient : En 1982.
Médecin : Vous êtes prévenu ou condamné ?
Patient : Prévenu.
Médecin : Vous savez pas quand vous sortez alors ?
Patient : Non, je suis pas jugé.

Il laisse un espace vide après le champ « date de sortie », et il continue à le compléter à partir des réponses du patient :

Médecin : C'est votre première incarcération ?
Patient : Non, c'est la deuxième.
Médecin : Vous étiez dans quel établissement la dernière fois ?
Patient : J'étais à Alauposo. Je sais plus où c'est. Je suis sorti il y a deux mois.
Médecin : Vous êtes marié ? Célibataire ?
Patient : Je suis en concubinage. J'ai deux enfants.
Médecin : C'est quoi votre niveau d'étude ?
Patient : J'ai le bac.
Médecin : Vous aviez une profession ?
Patient : Oui, j'étais serveur.
Médecin : Vous avez un problème de santé ?
Patient : Ben justement, là j'ai une grippe je crois. J'ai de la toux le matin.

Le médecin n'indique ni la grippe ni la toux sur le formulaire. Il passe à une autre question prévue par le formulaire (en en sautant une, concernant les « antécédents familiaux ») :

Médecin : Vous avez un traitement en cours ?
Patient : Non.
Médecin : Et dehors, vous avez un médecin traitant ?
Patient : Euh... *[semblant surpris par la question]* Des fois je vois quelqu'un, mais je sais pas son nom.
Médecin : Et vous êtes suivi par un psy ? Psychiatre, psychologue ?
Patient : Non.
Médecin : Vous avez déjà eu des opérations ?
Patient : Oui, des hémorroïdes. Et puis aussi l'appendicite… Enfin, je crois que c'était l'appendicite… J'étais petit…
Médecin : Vous consommez de l'alcool ?
Patient *[hésitant]* : Un peu, oui...
Médecin : Mais ce n'est pas le motif de l'incarcération ?
Patient : Non.
Médecin : Du cannabis ?
Patient : Oui, pour dormir.
Médecin : Héroïne ?
Patient : Non.

Médecin : Cocaïne ?
Patient : Non.
Médecin : Ok. LSD, MDMA, champignons, des choses comme ça ?
Patient : Non ! Surtout pas ! *[Le médecin sourit]*
Médecin : Les vaccins sont à jour ?
Patient : Oui, je les ai faits quand j'étais incarcéré la dernière fois.
Médecin : Vous avez fait les tests VIH et hépatite C aussi ?
Patient : J'ai eu des prises de sang oui, mais je me souviens plus pour quoi c'était.
Médecin : Ok, ça devait être ça. On les refait quand même pour être surs. Vous pouvez monter sur la balance ?

Le patient se lève, il monte sur la balance, il énonce un nombre. Le médecin le note sur le formulaire, il se lève à son tour, il saisit un tensiomètre et, tandis qu'il place le brassard autour du bras de son patient, l'infirmière qui effectuait des soins dans la salle juste à côté entre dans le cabinet. Elle souhaiterait que le médecin reçoive l'un de ses patients, qui se plaint de douleurs à la mâchoire. Il répond : « *Là je peux vraiment pas, j'en ai encore quatre à voir ici et je dois encore aller au quartier femmes pour une arrivante. Dis-lui que je le reconvoquerai.* » Avant que l'infirmière ne reparte, il la rappelle : « *Attends, [prénom] ! Tu pourrais aller me chercher du Drill ?* » L'infirmière quitte la pièce. Le médecin écoute le cœur et les poumons du patient. Il se rassoit. Il indique : « *Bon, c'est bien tout ça. Je vous inscris quand même pour voir les psys pour le cannabis, on en profite pendant que vous êtes là d'accord ?* » Le patient acquiesce d'un mouvement de tête. Le médecin consigne sur le formulaire-entrant les mesures relevées. Il note le nom du patient dans le cahier portant l'inscription « SMPR ». Il saisit le dossier médical. Il glisse le formulaire-entrant complété à l'intérieur. Il inscrit sur une page vierge la date du jour et la prescription d'un dépistage du VIH, du virus de l'hépatite C, du virus de l'hépatite B et de la syphilis. Il conclut : « *On vous rappellera à l'infirmerie.* » L'infirmière entrouvre la porte, indiquant : « *On n'a plus de Drill* », puis elle la referme. Le médecin, tout en se levant, dit au patient : « *Tant pis. On n'a rien pour la gorge, ça partira tout seul.* »

3.3.2. La maîtrise du temps et des flux

Un peu plus d'une heure s'est écoulée entre le début de la première consultation, décrite en introduction du chapitre, et la fin de l'examen du troisième patient ; une douzaine de minutes s'est écoulée entre le moment où ce troisième patient est entré dans le cabinet médical et celui où il en est ressorti ; une trentaine de minutes s'est écoulée entre son entrée dans le cabinet et le début de la consultation précédente. Ces actions formant une boucle auraient pu être mises en exergue afin de décrire *un cycle* (Zerubavel, 1979) se répétant continuellement tout au long de la

matinée : l'ouverture de la porte du cabinet médical, l'entrée d'un patient, la fermeture de la porte, la poignée de main, l'ouverture du dossier médical, la fermeture du dossier médical, la poignée de main, l'ouverture de la porte du cabinet, la sortie du patient du cabinet, la fermeture de la porte ; l'ouverture de la porte du cabinet médical, l'entrée d'un patient, la fermeture de la porte, la poignée de main, l'ouverture du dossier médical, la fermeture du dossier médical, la poignée de main, l'ouverture de la porte du cabinet, la sortie du patient du cabinet, la fermeture de la porte ; et ainsi de suite. C'est pourtant un autre événement qui marque le découpage séquentiel de la description narrative : la sonnerie du téléphone. Elle marque deux séquences d'*un processus* au cours duquel la perception que le médecin a de la situation se transforme : il pensait devoir examiner sept patients il y a un peu plus d'une heure, mais il apprend que ces derniers sont finalement huit ; l'appel téléphonique du surveillant lui rappelle deux contraintes pesant sur son activité : le nombre de patients à examiner est incertain et c'est l'horloge fixée au dessus de leur tête qui impose la cadence.

3.3.2.1. Le nombre de patients

Les médecins en charge des visites médicales d'entrée n'ont pas la maîtrise du nombre de patients à examiner. Ce nombre ne dépend pas de leurs capacités ou de leurs possibilités, mais bien de l'activité des tribunaux, qui formulent des décisions d'emprisonnement et déterminent la maison d'arrêt de destination – selon que les justiciables sont des femmes ou des hommes, et dès lors que la région compte plusieurs maisons d'arrêt. Les directeurs des maisons d'arrêt n'ont pas plus qu'eux la possibilité de l'anticiper : ils n'ont pas davantage la maîtrise des flux d'entrants, qui ne dépendent pas du nombre de places disponibles dans leur établissement – ou plutôt de son état de « surpopulation ». Ce n'est donc qu'à leur arrivée dans le service le matin que les médecins prennent connaissance du nombre de patients à examiner, tout en sachant que ce nombre peut évoluer au cours de la matinée. Il arrive certes que les professionnels de santé aient des indices sur l'identité des personnes qui franchiront la porte du service ; quelques-uns lisent la presse gratuite régionale qui est distribuée le matin dans les transports en commun et ils apprennent par ce biais que telle personne a été incarcérée pour tel motif la veille dans l'établissement ; ils échangent ensuite quelques mots à ce propos avec le reste de l'équipe autour d'un café[158] :

158. Ces informations sont partagées sur le ton de la retenue, car les professionnels de santé exerçant en prison s'imposent et imposent aux autres membres des équipes Ucsa de « ne pas savoir » quels sont les motifs légaux d'incarcération de leurs patients : il s'agit pour eux d'une règle morale fondamentale sur laquelle on reviendra par la suite. Cf. *supra*, « Chapitre 3,

> Infirmière *[à un autre infirmière]* : Tu as vu, il y a la femme qui a tué son bébé qui est arrivée hier soir. [Conversation entre infirmières à l'office d'une Ucsa.]
>
> Médecin *[à propos de plusieurs arrivants du jour]* : Eux c'est un grand groupe qui a fait la une des journaux : ils ont fait des cambriolages un peu partout en France. [Conversations durant une réunion de transmission dans une Ucsa.]

Ces conversations sont cependant extrêmement rares. Elles concernent peut-être une ou deux personnes chaque mois dont l' « affaire » a été médiatisée. Or ce sont une dizaine de personnes qui sont emprisonnées chaque jour au centre pénitentiaire de Rodan ou au centre pénitentiaire de Servoud.

3.3.2.2. La durée de l'examen

Les médecins en charge des visites médicales d'entrée en maison d'arrêt n'ont donc par la maîtrise du nombre de patients à examiner, puisqu'il dépend de l'activité des tribunaux et varie d'un jour à l'autre, et cela a des répercussions sur le temps pouvant être alloué à ces examens. Certains jours, les médecins peuvent n'avoir que quatre ou cinq patients à recevoir ; d'autres jours ils ont à examiner une dizaine de personnes. À cela s'ajoute de plus d'autres contraintes, en lien au rythme de l'institution carcérale : les médecins n'ont la maîtrise ni de l'heure à laquelle les consultations entrants peuvent débuter ni de celle avant laquelle ces examens doivent s'être achevés.

L'examen d'entrée étant intégré à un dispositif plus large, le circuit arrivants, les professionnels de santé doivent attendre que leurs patients aient quitté le bureau du gradé qui les reçoit juste avant eux pour pouvoir les examiner. Et si l'organisation du circuit arrivants peut être différente, sous certains aspects, dans d'autres maisons d'arrêt, les soignants dépendent quoi qu'il en soit de la façon dont le personnel pénitentiaire conduit ses activités. Par exemple, les arrivants ne peuvent rejoindre l'infirmerie si des surveillants n'ont pas rendu possible leur déplacement. Ensuite, les détenus n'ayant plus accès à l'infirmerie pendant la pause-déjeuner du personnel de surveillance, qui en verrouille l'accès, les médecins en charge des visites médicales ne peuvent non plus étendre leur consultation au-delà d'une certaine heure.

Les patients pressent enfin fréquemment les médecins durant l'examen, parce qu'ils jugent avoir d'autres priorités, dans l'immédiat, que celle d'être examinés, et notamment celle d'avertir des proches de l'incarcération : un code permettant de passer gratuitement un appel téléphonique depuis une cabine leur est remis juste avant, durant l'entretien arrivant, or ce code ne fonctionnant que pendant les

section 6.2.1.3. L'application d'une règle morale », p. 361-364.

heures qui suivent le placement sous écrou, ils redoutent de manquer le créneau de la promenade, où se trouvent la plupart des cabines téléphoniques, et de ne pas avoir la possibilité d'appeler leurs proches, si la consultation médicale venait à s'éterniser.

Les médecins disposent donc d'un interstice d'une durée d'environ deux heures pour examiner l'ensemble des personnes incarcérés depuis la veille ou l'avant-veille dans la maison d'arrêt, et leur nombre, chaque jour, est incertain. Toutes ces *contraintes institutionnelles* les conduisent à déployer des *ajustements* qui, comme nous allons le voir maintenant, produisent un recrutement actif des détenus dans les files actives des infirmeries à l'incarcération.

3.3.3. Trois formes d'ajustement de l'interrogatoire médical

Le médecin du centre pénitentiaire de Rodan que nous avons suivi ce samedi matin est un interne en médecine en stage dans le service depuis quelques mois : le médecin-chef de l'Ucsa délègue la réalisation des visites médicales d'entrée aux internes. Aussi, si je me suis appuyée sur la description de l'une de ses demi-journées de consultation plutôt que sur des visites médicales observées à Servoud, qui sont effectuées par l'ensemble des médecins, à tour de rôle, c'est parce qu'elles ont l'intérêt de mettre en exergue trois types d'ajustements auxquels tous les médecins procèdent, mais cela dès l'examen du premier patient quand ils exercent en prison depuis des années. Un médecin de Servoud, dont j'observe pour la première fois les pratiques, me prévient ainsi juste avant l'entrée de son premier patient : « *Tu vas voir, je me calque sur un mode d'entretien qui est celui d'une enquête de police*. » Un autre médecin, entre deux patients, confie :

> « Aujourd'hui je peux prendre un peu plus le temps parce qu'ils sont pas trop nombreux, je pose plus de questions, mais c'est loin d'être tout le temps comme ça. » [M. Ribera, médecin généraliste.]

Son sentiment de pouvoir « prendre un peu plus le temps » est sans doute partagé par l'interne en médecine de Rodan ce samedi matin, au début de sa consultation. Il pense recevoir sept patients. Il sait disposer d'environ deux heures pour procéder à leur examen. Mais, alors qu'il examine son deuxième patient, il apprend qu'une femme a également été incarcérée à Rodan la veille. Cela signifie qu'il devra quitter la maison d'arrêt des hommes, rejoindre le quartier femmes, appuyer sur la sonnette de la porte d'entrée de ce quartier, attendre qu'une surveillante vienne la lui ouvrir, et signer un registre renseignant sa présence dans le quartier – celle de quelqu'un de sexe masculin. Une fois au quartier femmes, il devra demander à une surveillante si elle peut lui ouvrir la porte de l'infirmerie, rejoindre le deuxième étage du bâtiment où se trouvent les locaux médicaux,

attendre que la surveillante le rejoigne et lui ouvre la porte de l'infirmerie. Une fois installé dans le cabinet il lui faudra attendre que la surveillante aille ouvrir la porte de la cellule de la femme placée sous écrou la veille, patienter jusqu'à ce que sa patiente rejoigne l'infirmerie. Et là il pourra procéder à son examen. Apprenant qu'il n'aura plus sept mais huit personnes à examiner, l'interne en médecine poursuit ses consultations en procédant à trois types d'ajustements.

3.3.3.1. L'adaptation aux patients

Le premier ajustement concerne l'adaptation aux patients. Le premier patient dont j'ai décrit la consultation en introduction apparaît visiblement agacé ; il refuse de serrer la main du médecin et il affirme ne pas vouloir être examiné : le médecin s'adapte. Il ne suit pas l'ordre du formulaire, il recueille des informations à partir de ses plaintes et il fait quelques plaisanteries pour instaurer un cadre moins coercitif (« Ah ben si maintenant les juges font des prescriptions, que vont faire les médecins ? »). Le deuxième patient semble ensuite ne pas bien comprendre la langue française : le médecin a recourt à un site internet de traduction pour échanger avec lui, il accentue l'articulation d'une question, il lui propose de répondre par écrit et il passe finalement du vouvoiement au tutoiement. Là aussi, donc, il s'adapte. Mais après l'appel téléphonique du surveillant et durant les cinq consultations suivantes, le médecin suit strictement la procédure formalisée : poignée de main, questionnaire – une question, une croix cochée, une question, une croix cochée, une question, une croix cochée... –, relevé de mesures du corps – poids, tension – et écoute du cœur.

3.3.3.2. Les réponses aux sollicitations des patients

Le deuxième ajustement concerne les réponses aux sollicitations des patients concernant des éléments qui ne sont pas prévus par le formulaire-entrant ou les examens systématiques. Le premier patient mentionne d'abord un document « de la juge » concernant son « traitement pour [les] sinus » : le médecin le cherche alors longuement dans la pile de feuilles entreposées sur son bureau et il essaie de comprendre de quoi il retourne. Le deuxième patient évoque ensuite un traitement médicamenteux lui ayant été prescrit et dont il ignore le nom : le médecin passe des appels téléphoniques à l'hôpital-référent de l'Ucsa, puis il joint une pharmacie par téléphone afin d'en savoir plus à ce propos. Mais après l'appel du surveillant, il s'en tient strictement à la procédure bureaucratique : il remplit le formulaire et il réalise les examens de routine. Il n'interroge pas vraiment son troisième patient sur les symptômes de la « grippe » dont il fait état, passant seulement à la question suivante du formulaire, et il conclut que « ça partira tout

seul » quand une infirmière de l'équipe lui apprend que la pharmacie du service ne dispose plus du médicament qu'il envisageait de lui prescrire.

3.3.3.3. L'information aux patients

Le troisième ajustement concerne enfin l'information aux patients. Alors que le médecin explique à son premier patient ce qu'il lui prescrit, à savoir la réalisation d'un électrocardiogramme de contrôle, il ne délivre plus aucune information à ses patients après l'appel téléphonique du surveillant. Il rédige une prescription au deuxième patient en silence, l'adressant à un psychiatre et lui programmant un prélèvement biologique, puis il impose plus qu'il ne propose un dépistage sérologique au troisième (« On les refait quand même pour être surs »). Il maintiendra ce troisième type d'ajustement avec ses patients suivants.

3.3.4. Une rationalisation des jugements médicaux

Compte tenu du haut niveau de bureaucratisation des visites médicales d'entrée et des contraintes institutionnelles pesant sur leur déroulement, les pratiques des médecins sont rationalisées. Récapitulons : les mêmes propos son tenus à tous les patients, les questions les guidant étant déterminées par les items d'un formulaire à compléter ; leurs éventuelles plaintes sont souvent ignorées ; les mêmes types examens leurs sont prescrits, parce qu'ils sont obligatoires (radiographie du thorax) ou prévus par le formulaire : les mesures relevées feront en fait office de référentiels permettant de comparer l'évolution de leurs conditions de santé depuis le placement dans l'institution. Mais la partie clinique de ces examens n'est pas la seule à être hautement rationalisée. Il en est de même des décisions rendues. Celles-ci prennent en fait régulièrement la même forme. Dépistage du VIH. Dépistage du virus de l'hépatite B. Dépistage du virus de l'hépatite C. Électrocardiogramme de contrôle. Adressage vers un psychiatre. Adressage vers un dentiste. Et si elles prennent régulièrement la même forme, c'est parce qu'elles sont en partie anticipées ; elles ne peuvent par conséquent pas être uniquement appréhendée comme le résultat ou la réponse à une interaction entre deux individus se déroulant dans un certain contexte – comme nous les avons jusque là étudiées. Alors comment ces décisions sont-elles anticipées ? À partir ou selon quoi ? C'est ce que l'on va voir maintenant, en s'intéressant à ce que produisent ces examens d'entrée : des données.

4. Compter les malades

Les centres hospitaliers de référence des Unités de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) ont à charge d'organiser la collecte et l'archivage de l'ensemble des données recueillies dans le cadre des visites médicales d'entrée :

> « L'établissement public de santé […] recueille les données épidémiologiques collectées lors de la visite médicale d'entrée, conformément à une fiche type dont le modèle est fixé par un arrêté des ministres de la justice et de la santé […] » [Code de la santé publique – Article R6112-19.]

Le dispositif médical d'entrée dans l'institution carcérale produit donc aussi des données standardisées, pour chaque établissement pénitentiaire, sur la population (y ayant été) détenue. Cela est relativement récent : les modalités selon lesquelles ces données sont recueillies et archivées n'ont été instituées qu'en 1994, date à laquelle les unités hospitalières implantées au sein d'établissements pénitentiaires, appelées « Ucsa », ont été créées, en remplacement des anciennes « infirmeries pénitentiaires ». Après (1) être revenue sur le contexte dans lequel cette *entreprise de connaissance* sur les conditions de santé de la population carcérale s'est progressivement institutionnalisée, (2) je proposerai une typologie des acteurs engagés dans son développement au quotidien dans et hors les établissements pénitentiaires et je tâcherai d'expliquer pourquoi le dispositif médical d'entrée est l'un des principaux instruments utilisé afin d'approfondir les connaissances disponibles. Dans un dernier temps, (3) je mettrai au jour les implications de la conduite d'enquêtes prenant appui sur le dispositif médical d'entrée à partir de la description des conditions de réalisation d'une étude biomédicale observée à la maison d'arrêt des hommes de Rodan : l' « Enquête FibroScan® ». Dans quelle mesure compter les « malades » lors du placement en prison participe-t-il à produire des « malades détenus » ?

4.1. L'institutionnalisation d'une entreprise de connaissance

Les événements ayant conduit au vote de la loi de 1994, et donc au transfert de la responsabilité de la prise en charge sanitaire des détenus de l'Administration pénitentiaire au service public hospitalier et à la création des Unités de consultation et de soins ambulatoires (ou « Ucsa »), ont été relatés par Éric Farges (2013), qui remet en question dans sa thèse le rôle de « réformateur » de l'épidémie de sida, souvent présentée comme déterminante dans le vote de cette réforme. Résumons brièvement ces événements à partir des archives dépouillées et analysées par le politiste (*ibid.*, pp. 414-470).

Au milieu des années 1980, écrit Éric Farges, des médecins-pénitentiaires s'inquiètent de la proportion de personnes infectées par le VIH/sida parmi les détenus. Ils « lancent l'alerte » et des médias relaient leurs déclarations, mettant en évidence les difficultés rencontrées par l'Administration pénitentiaire dans la gestion de ce qui est désormais qualifié de « crise ». En 1989, tandis que les espaces médicaux des prisons – appelés alors « infirmeries pénitentiaires » – sont toujours placés sous l'égide du Ministère de la justice, de premiers médecins hospitaliers obtiennent l'autorisation d'intervenir en prison, par la signature de conventions, afin de prendre spécifiquement en charge les détenus infectés par le VIH/sida. Quatre ans plus tard, en 1993, le Haut comité de la santé publique sur la santé en milieu carcéral publie un rapport, le « Rapport Chodorge », dans lequel il soutient que l'Administration pénitentiaire n'est pas en mesure de gérer cette « crise » : il préconise un transfert de compétence du ministère de la justice au ministère de la santé. L'année suivante, en 1994, la loi est votée : la responsabilité de la prise en charge sanitaire des détenus est transférée au service public hospitalier : les Ucsa sont créées. Éric Farges conclut que l'épidémie d'infections par le VIH a surtout servi d' « argument » aux médecins pour justifier la nécessité d'une réforme (*ibid.*, p. 466).

Les sources mobilisées par le politiste montrent, en filigrane, que cette période s'étendant sur une dizaine d'années et s'achevant par la création des Ucsa en 1994 est aussi marquée par la réalisation d'enquêtes successives qui visent à déterminer le nombre de détenus malades. Les acteurs soutenant la nécessité d'une réforme s'engagent dans une *entreprise de connaissance* : ils comptent. Ainsi, aux premiers « comptages sauvages » des détenus infectés par le VIH/sida effectués par des « lanceurs d'alerte » au milieu des années 1980, suivent quelques études épidémiologiques s'appuyant sur la réalisation de tests de dépistage d'infection par le VIH pratiqués sur des détenus à l'échelle d'établissements,[159] puis vient la publication de premiers articles académiques biomédicaux portant spécifiquement sur la population carcérale et supervisés par des médecins hospitaliers entrés en prison par la signature de convention en 1989. À la fin des années 1980, une première enquête à visée exhaustive et comparative portant sur l'ensemble de la population carcérale est diligentée : l'enquête « Un jour donné » propose d'évaluer annuellement, un jour donné de l'année, le nombre de personnes infectées par le VIH/sida et détenues dans un établissement pénitentiaire français.[160] C'est sur ce

159. Sur ce point, je renvoie également à Renaud Crespin (2006, p. 139).

160. Les années suivantes, quelques enquêtes nettement moins nombreuses ont également été diligentées afin de déterminer l'état des connaissances biomédicales du personnel de surveillance sur le VIH et les hépatites virales. Voir par exemple les résultats d'enquêtes

« savoir épidémiologique » (Farges, 2007) que le Haut Comité de la santé publique sur la santé en milieu carcéral s'appuiera ensuite, en 1993, lorsqu'il soutiendra la nécessité d'un transfert de compétence du Ministère de la justice au Ministère de la santé : dans ce rapport déjà évoqué plus haut, le « Rapport Chodorge », il souligne que les taux de prévalence de l'infection par le VIH/sida et de la tuberculose sont respectivement dix fois et trois fois plus élevés en prison qu'en population générale.

En retraçant les événements qui ont précédé la création des Ucsa, on observe ainsi que le comptage des détenus malades s'est progressivement institutionnalisé : la réforme de 1994 a institutionnalisé une entreprise de connaissance qui a elle-même conduit à son vote.

4.2. Des enquêtes sur les conditions de santé de la population carcérale

L'entrée de médecins hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires français, la généralisation des pratiques de contrôle de l'état de santé de tous les détenus juste après leur placement sous écrou, l'introduction puis la systématisation du recours à des outils de plus en plus techniques d'investigations du corps humain dans un contexte plus global de diffusion, en France, de savoirs et de savoir-faire épidémiologiques (Buton, Pierru, 2012) ont instauré des conditions propices à la réalisation d'enquêtes questionnant les conditions de santé de la population carcérale. Qui sont les acteurs engagés dans la production de ce type de données dans le contexte contemporain ? Pourquoi s'appuient-ils si fréquemment sur le dispositif d'entrée en prison pour mettre en œuvre leurs protocoles d'enquêtes ?

4.2.1. Les acteurs engagés dans la production de données sur la santé des détenus

Une étude (au moins) était en cours dans les Ucsa de chacune des trois prisons étudiées durant ma propre enquête. Si elles avaient en commun de porter sur les conditions biologiques des détenus de l'établissement et/ou sur leurs pratiques relatives à la santé, ces études n'avaient pas été impulsées par le même type d'acteurs. Afin de clarifier les contextes et les conditions de réalisation des enquêtes portant sur la santé de la population carcérale, on commencera par distinguer les producteurs de données en trois types : les publiants, les soignants-relais et les soignants-enquêteurs.

---

publiés (en premier auteur) par Dominique Lhuilier (1995 ; 1997) et Michel Rotily (2001).

4.2.1.1. Les publiants

Les *publiants* sont des acteurs s'investissant dans le développement de connaissances sur les conditions de santé de la population carcérale et ne travaillant pas au sein d'établissements pénitentiaires. Il peut s'agir par exemple de membres d'associations, de chercheurs de diverses disciplines, comme la santé publique, la démographie, l'épidémiologie ou la sociologie, mais aussi de professionnels de santé n'exerçant ou n'intervenant pas dans une Ucsa. La dénomination employée permet ne pas préjuger de leur ancrage professionnel et institutionnel tout en mettant en avant le fait que ces acteurs poursuivent toujours une ambition de diffusion des résultats de leurs enquêtes. Ces résultats pourront être discutés à travers des communications données dans des congrès, par des publications scientifiques ou encore *via* des interventions dans des médias ou des collectifs.

Parmi les trois études observées dans les prisons étudiées, deux ont été impulsées par des acteurs que l'on peut qualifier de publiants. L'une était ainsi placée sous la responsabilité d'une équipe de médecins cliniciens et d'épidémiologistes issus d'un organisme national et n'exerçant pas ou n'intervenant pas en prison : elle avait pour objectif d'enregistrer et de comparer des prévalences épidémiologiques d'infections virales à l'échelle de la ville où est implantée la prison de Servoud et elle était donc menée dans et hors les murs du centre pénitentiaire. L'autre des deux études observées était supervisée par des praticiens hospitaliers de l'hôpital-référent de l'Ucsa du centre pénitentiaire de Rodan, qui n'exerçaient ou n'intervenaient pas dans ce service : elle avait pour objectif d'évaluer l'état de « normalité » du foie des hommes détenus dans la maison d'arrêt du centre pénitentiaire – je reviens plus longuement dessus par la suite.[161]

4.2.1.2. Les soignants-relais

Afin de mettre en œuvre leurs protocoles d'enquête, les *publiants* sollicitent régulièrement le soutien du personnel médical des établissements pénitentiaires : ce sont alors des soignants exerçant en prison qui recueillent les données de leurs études. Par exemple, sans le support des professionnels de santé exerçant au sein des centres pénitentiaires de Rodan ou de Servoud, le matériau des deux études décrites juste avant n'aurait pas pu être collecté. Ce deuxième type d'acteurs sera donc qualifié de *soignants-relais* : il s'agit de professionnels de santé exerçant ou intervenant dans les Ucsa d'établissements pénitentiaires qui, parallèlement à leurs

161. Cf. *supra*, « Chapitre 2, section 4.3. L' "Enquête FibroScan®" conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan », p. 171-178.

activités routinières dans ces services, s'impliquent dans la mise en œuvre de protocoles d'enquête dont ils ne sont pas à l'initiative.

L'implication des *soignants-relais* peut consister à répondre à des questionnaires, à en administrer auprès de leurs patients, à réaliser des examens prévus par le protocole d'une étude ou encore à procéder à des évaluations cliniques de détenus de la prison pour construire des échantillons d'étude. Tous ces exemples sont tirés de descriptions méthodologiques décrites dans des publications scientifiques.[162] On a en fait développé l'un d'eux plus longuement en introduction de ce chapitre, lorsque l'on a présenté deux résultats d'une enquête diligentée par la Drees et portant sur la santé des arrivants en prison : dans le cadre de cette étude, des *soignants-relais* ont eu à produire une évaluation des conditions de santé de toutes les personnes placées en maison d'arrêt sur une période donnée.

4.2.1.3. Les soignants-enquêteurs

Le troisième groupe d'acteurs engagé dans la production de données sur la santé des détenus en établissement pénitentiaire peut être qualifié de *soignant-enquêteur.* Il s'agit de professionnels de santé exerçant ou intervenant dans les Ucsa d'établissements pénitentiaires qui, parallèlement à leurs activités routinières, prennent l'initiative de mener des enquêtes sur la population détenue dans l'établissement. Par exemple, quelques semaines avant le début de l'enquête au centre de détention d'Alauposo, la pharmacienne de l'Ucsa avait pris l'initiative de conduire une enquête sur les « détournements » et les « mésusages » de médicaments par les détenus de la prison. Elle prévoyait de leur demander de répondre à un questionnaire, puis d'en présenter les résultats *via* un poster ou une communication lors du prochain congrès de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (Apsep) – une association dont les équipes médicales suivent les actualités et sont souvent membres.[163] Elle avait, au moment de l'enquête, commencé à élaborer une première mouture du questionnaire, dont j'ai pu prendre connaissance en étant sollicitée afin de l'aider à améliorer sa structure

162. Leurs sources sont présentées en annexe [2]. Cf. *supra*, « Annexe A. Sources des publications biomédicales étudiées citées », p. 467-476.

163. L'Apsep a été créée peu de temps après la création des Ucsa. L'association professionnelle propose d' « assurer et promouvoir, auprès des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire l'échange d'informations, les réflexions sur les problématiques de leur exercice ainsi que leur formation » (site internet de l'association). Elle édite notamment un « guide méthodologique » – une sorte de guide de « bonne pratiques », spécifiant le cadre et les modalités selon lesquels les détenus doivent être pris en charge sur le plan sanitaire et médical. L'association organise également, chaque année, un congrès : les membres des équipes médicales sont encouragés à proposer une communication (orale ou affichée).

et ses libellés – je n'aurai rien su de cette enquête sans cela, dans la mesure où il s'agissait d'une initiative individuelle, jamais discutée avec le reste de l'équipe.

La pharmacienne d'Alauposo n'est pas la seule parmi ses confrères hospitaliers à s'investir dans la production de données sur les conditions biologiques des détenus et leurs pratiques en matière de santé. Comme elle, d'autres mènent l'enquête. Et bien souvent : ils comptent. À l'occasion d'une journée d'étude réunissant des chercheurs et des professionnels de santé exerçant en prison, une assistante sociale hospitalière m'informe par exemple avoir compté que, dans la prison où elle travaille, « *20% des gars sont infectés par le VHC*[164] ».

Les *soignants-enquêteurs* se distinguent donc des *publiants* en cela qu'ils exercent ou interviennent au sein d'établissements pénitentiaires, mais aussi parce que les résultats de leurs enquêtes n'ont pas toujours vocation à être diffusés. Ils peuvent, d'une part, rester assez confidentiels car une partie des études menées s'inscrivent dans le cadre de l'obtention d'un diplôme : les Ucsa accueillent régulièrement des élèves-infirmières, des futures travailleuses sociales ou des internes en médecine qui, pour certains, font porter leur mémoire de fin d'étude sur le stage effectué en prison. Ils peuvent, d'autre part, rester assez confidentiels car il s'agit parfois plus, pour les *soignants-enquêteurs*, de conduire un travaille de veille, sur le temps long, que de produire et diffuser des connaissances. Par exemple, aussitôt après m'avoir fait part du résultat de ce comptage de la proportion de personnes détenues dans une prison porteuses du virus de l'hépatite C, l'assistante sociale hospitalière me précise : « *Garde le pour toi.* »

Avant toute chose, les *soignants-enquêteurs* observent et, parfois, ils s'engagent dans la diffusion des résultats de leurs enquêtes : ils participent à des congrès, ils soumettent des articles à des revues scientifiques, ils prennent la parole dans des médias, etc. Dans ce cas, ils introduisent leur démarche selon d'autres termes que les publiants. Deux médecins, qui travaillent pour l'une à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et pour l'autre à la maison d'arrêt d'Amiens, introduisent par exemple de la façon suivante les résultats de leurs enquêtes dans des articles respectivement publiés dans *Santé publique* et dans la *Revue de Pneumologie clinique* :

> « Responsable d'octobre 1998 à décembre 2001 du service de médecine somatique (Ucsa) de la Maison d'Arrêt des Femmes de Fleury-Mérogis (Maf), j'ai estimé qu'une étude médico-sociale détaillée de la population détenue de cet établissement en permettrait une meilleure prise en charge médicale. » [Extrait d'une publication scientifique – **[3]**.]
>
> « Les rares données bibliographiques confirment la nécessité d'approfondir nos connaissances concernant cette population précaire et méconnue. […] il

164. Virus de l'hépatite C.

> apparaît opportun de collecter des données afin d'étoffer les connaissances épidémiologiques et d'améliorer nos pratiques. » [Extrait d'une publication scientifique – [4].]

Les *soignants-enquêteurs* s'appuient sur leur expérience profane ; ils insistent sur la nécessité de communaliser leurs connaissances locales pour « améliorer » la façon dont ils conduisent leur activités dans les Ucsa et offrir une « meilleure prise en charge » aux détenus : leurs enquêtes s'inscrivent dans une démarche d'intense réflexivité.

4.2.2. L'examen d'entrée : un dispositif d'enquête privilégié

À présent que l'on a clarifié le contexte et les conditions de réalisation de ces études menées dans les établissements pénitentiaires, en distinguant trois groupes d'acteurs impliqués dans la production de données sur les conditions de santé de la population carcérale et de leurs pratiques en lien à la santé, revenons plus directement à la question qui nous préoccupe, à savoir le lien entre ces études et la façon dont les conditions de santé des détenus sont questionnées à l'entrée dans l'institution. Les études portant sur les conditions de santé de la population carcérale prennent en fait pour la plupart appui sur les visites médicales d'entrée. Cela car, comme le rappellent les soignants : elles sont « le seul moment où on a l'assurance de tous les voir » ; les médecins en charge de ces consultations rencontrent tous les détenus à cette occasion,[165] ce qui permet aux acteurs engagés dans la production de connaissance sur la santé de la population carcérale, en s'appuyant sur ce dispositif, de s'assurer une certaine exhaustivité des données recueillies ou de réguler des pratiques d'échantillonnage, d'une part, et, les médecins étant déjà tenus de recueillir un certain nombre d'informations sur la santé des arrivants et de (faire) réaliser sur eux quelques examens cliniques, ils ont ainsi la possibilité, d'autre part, de compléter le matériau de leurs enquêtes par des données complémentaires elles aussi standardisées.

4.2.2.1. Exhaustivité et standardisation des données

En s'appuyant sur le dispositif médical d'entrée, les *soignants-enquêteurs* et les *publiants* bénéficient de taux de participation toujours très élevés. « *Tous les patients recrutés ont initialement accepté de participer au test de dépistage* », écrit par exemple le médecin de la maison d'arrêt d'Amiens cité plus haut. Quand une étude est en cours dans un établissement, les médecins (*soignants-enquêteurs* ou *soignants-relais*) en charge des examens d'entrée remplissent le formulaire-entrant, puis ils le

165. À de rares exceptions près. Cf. *infra*, note de bas de page n°134, p. 138.

prolongent par le questionnaire de l'étude : ils posent quelques questions supplémentaires aux arrivants.[166] Ils réalisent ensuite les examens cliniques systématiques (mesure du poids, de la tension...), puis ils les prolongent par les investigations cliniques du protocole de l'étude : ils font passer des examens supplémentaires. Ces investigations cliniques supplémentaires prennent diverses formes : un prélèvement de sang (étude sur la prévalence du diabète ; étude sur la prévalence du VIH), un prélèvement d'urine (étude sur la prévalence de la chlamydia), un test respiratoire (étude sur la prévalence des troubles ventilatoires obstructifs)...[167] Quelle qu'en soit la forme, ce sont autant d'investigations cliniques qui s'ajoutent à celles habituellement réalisées et/ou prévues par les textes réglementant les activités de surveillance sanitaire à l'entrée en prison, lorsqu'une étude est en cours dans un établissement pénitentiaire.

4.2.2.2. Complémentarité des producteurs de données

En s'appuyant sur le dispositif d'entrée en prison, en plus de pouvoir enquêter sur un nombre important de personnes en essuyant peu de refus voire d'ambitionner l'étude d'une population exhaustive, les acteurs engagés dans la production de données sur les conditions de santé de la population carcérale ont aussi la possibilité de contrôler et d'approfondir leurs données et résultats. Le matériau de l'enquête est fréquemment complété par d'autres données, notamment issues du formulaire-entrant administré à tous les arrivants et des résultats des examens systématiquement pratiqués lors du placement en prison. Pour conserver le même exemple que plus haut, une publication parue dans la *Revue de Pneumologie clinique*, le *soignant-enquêteur* auteur de l'article écrit ainsi avoir croisé ses données, collectées durant les visites médicales d'entrée, avec d'autres, recueillies par le biais d'un examen obligatoire – la radiographie thoracique :

> « Pour chaque patient présentant un trouble ventilatoire dépisté, le cliché radiologique de thorax réalisé systématiquement à l'entrée en détention du patient (dans le cadre du dépistage systématique de la tuberculose) était relu. La radiographie de thorax de face était interprétée en fonction d'une grille de lecture. Il s'agissait de rechercher une comorbidité ou une étiologie du trouble ventilatoire dépisté. » [Extrait d'une publication scientifique – [7].]

166. Un questionnaire administré durant des consultations entrants, par un interne en médecine, dans le cadre de son mémoire de thèse,[5] à toutes les personnes placées dans une maison d'arrêt est reproduit à titre d'illustration. Cf. *supra*, « Annexe F. Extrait d'un questionnaire administré à des détenus dans le cadre d'une étude », p. 481-484.

167. Ces exemples sont tirés de descriptions de protocoles d'enquête dans des publications scientifiques dont les sources sont présentées en Annexe A. [6], p. 467-476.

Il en est de même des informations collectées par d'autres services de la prison dans le cadre du circuit arrivants, tels que le greffe, qui permettent aussi aux *soignants-enquêteurs* et aux *publiants* d'enrichir les données de leurs enquêtes, de contrôler des pratiques d'échantillonnage ou de cibler une sous-population : les services médicaux ne sont pas les seuls à produire des données standardisées sur l'ensemble des détenus lors de l'incarcération. Une médecin de la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis (citée plus haut) et une ancienne interne en médecine ayant réalisé un stage au centre pénitentiaire de Gradignan écrivent ainsi, respectivement, dans *Santé publique* et dans un mémoire de thèse :

> « Pour réaliser cette étude nous avons par ailleurs recueilli des informations auprès de divers intervenants : le bureau du greffe de la Maf[168] nous a communiqué un état détaillé des crimes et délits dont étaient accusées nos patientes du groupe 2001, ceux du groupe 2000 figurant dans nos dossiers. Les responsables de la Pharmacie Centrale nous ont communiqué un listing informatique complet des traitements médicamenteux de la Maf. » [Extrait d'une publication scientifique – **[8]**.]

> « Les données ont été recueillies par la consultation du dossier médical des patients. Les principales données exploitées étaient les données qui avaient été recueillies lors de l'examen systématiquement proposé aux entrants en détention. […] La nationalité et le pays de naissance ont été obtenus sur demande auprès du greffe du centre pénitentiaire. Les dates des injections vaccinales avaient été consignées par les infirmières sur le dossier médical le jour de la réalisation de l'injection. » [Extraits d'une publication scientifique – **[9]**.]

Les visites médicales d'entrée sont donc, à deux titres, un cadre privilégié pour les acteurs engagés dans la production de connaissances sur les conditions de santé de la population carcérale : elles leur permettent de procéder à l'étude d'une population exhaustive, en s'appuyant sur un dispositif perçu comme obligatoire par les détenus[169] et, du fait du haut niveau de bureaucratisation du circuit arrivants en prison, de compléter le matériau de leurs enquêtes par des données standardisées. À présent que l'on comprend mieux le contexte de production de ces études questionnant l'état de santé de la population carcérale, qui sont les acteurs qui sont engagés, au quotidien, dans cette entreprise de connaissance et pourquoi les protocoles de leurs enquêtes s'appuient fréquemment sur les visites médicales d'entrée en maison d'arrêt, retournons dans le cabinet de l'interne en médecine de Rodan en charge d'effectuer ces examens dans la maison d'arrêt : comment ces

168. Maison d'arrêt de femmes.

169. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.3. Orienter », p. 132-138 ; « Chapitre 2, section 3. La visite médicale d'entrée », p. 138-162.

études questionnant les conditions de santé de la population carcérale sont-elles, très concrètement, conduites ?

4.3. L' "Enquête FibroScan®" conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan

Les samedis, l'équipe soignante du centre pénitentiaire de Rodan est réduite. Alors qu'elle se compose d'une dizaine de professionnels de santé les jours de semaine, seules deux infirmières et un médecin sont présents ce jour là dans la prison. Ne se jugeant pas en capacité de conduire, à trois, l'ensemble des activités effectuées les jours de semaine, ils se concentrent sur les obligations légales leur incombant, examiner les arrivants, et sur ce qui leur apparaît plus important compte tenu de leurs normes professionnelles, à savoir les soins « urgents » et délivrer des médicaments. C'est donc sur des observations de consultations réalisées durant une journée un peu différente des autres que je me suis appuyée pour décrire, par une approche narrative, le dispositif médical d'entrée en maison d'arrêt. J'ai procédé ainsi pour simplifier les interactions observées, dans le premier temps de l'analyse. Car les autres jours de la semaine, les visites médicales d'entrée observées dans cette maison d'arrêt d'hommes n'ont pas seulement progressivement constitué un matériau de cette recherche ; les examens de l'interne en médecine en stage à Rodan ont aussi progressivement produit le « jeu de données » sur lequel d'autres chercheurs, absents du cabinet, se pencheraient par la suite : une étude biomédicale était en cours dans l'établissement ; son protocole méthodologique prenait appui sur ce dispositif médical d'entrée. L'étude conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan était pilotée par des praticiens de santé exerçant à l'hôpital-référent de l'Ucsa, c'est-à-dire des *publiants*. Elle avait pour objet « l'élasticité du foie et du tissu pancréatique des détenus », comme me l'ont expliqué des *soignants-relais* en charge de procéder au recueil de ses données. Le protocole de l'enquête comportait au moins deux volets – ceux qu'il m'a été donné possible d'observer : l'administration d'un questionnaire durant la visite médicale d'entrée et la réalisation, juste après, d'un examen appelé « FibroScan ».

4.3.1. "Grâce à cette mesure […] il est possible de savoir si votre foie est 'normal' "

Maison d'arrêt des hommes du centre pénitentiaire de Rodan. Même cabinet médical, même médecin, mais un lundi matin. Sur le bureau de l'interne en médecine en stage dans le service, une troisième pile de documents : elle se compose de pochettes blanches cartonnées, toutes semblables les unes aux autres. En titre du document, on peut lire deux mots : « Enquête FibroScan® ». Il s'agit

en fait d'un questionnaire, à l'intérieur duquel a été glissé un second document : un formulaire de consentement. Le protocole de l'enquête est introduit dans ce second document. Le formulaire de consentement indique quelles sont les finalités de l'étude et il précise que les réponses données au questionnaire seront suivies d'un examen, appelé « FibroScan ». Le fibroscan, outil technique d'investigation du corps humain dit « non-invasif » dans le langage biomédical, est présenté selon plusieurs formules. Il est d'abord décrit comme permettant « d'évaluer la fibrose hépatique » et de « faire le point » sur le « risque de développer une cirrhose », puis de « savoir » si son foie est « "normal" ». Le formulaire précise de plus que les résultats à cette mesure seront croisés avec ceux du « bilan sanguin qui est fait lors de [leur] arrivée »[170] :

> « Plusieurs travaux récents ont montré que le FibroScan® permettait d'évaluer la fibrose hépatique c'est-à-dire de faire le point sur l'état de votre foie et sur votre risque de développer une cirrhose. […] Grâce à cette mesure qui dure moins de 5 minutes, il est possible de savoir si votre foie est "normal" ou s'il a de la fibrose, c'est-à-dire que vous êtes à risque de développer une cirrhose. Nous vous proposons de réaliser un FibroScan® et quelques jours plus tard de rencontrer, et [sic] un médecin pour discuter avec lui des résultats du FibroScan® et du bilan sanguin qui est fait lors de votre arrivée (avec notamment la recherche d'une hépatite B ou d'une hépatite C). » [Extraits du formulaire de consentement à la participation à l' « Enquête FibroScan® ».]

L'ensemble des personnes emprisonnées à Rodan durant la période de l'enquête ne s'est pas vu proposer d'y participer. Le protocole de l'étude prévoit en effet que les arrivants ne sachant pas lire, ou lire le français, en soient exclus : les participants à l'enquête doivent être en mesure de lire le formulaire de consentement pour le signer. Dans la pratique, les *soignants-relais* impliqués dans le recueil des données de l'étude ont en fait aussi exclu d'autres détenus : ceux s'exprimant dans un français jugé approximatif ; ceux dont l'état de santé leur a semblé trop préoccupant, dans l'immédiat, pour consacrer une partie de l'examen à la passation du questionnaire – souvent, quand ils leur ont semblé présenter un état de manque alcoolique ; ceux incarcérés un vendredi après-midi ou un samedi

170. Dans la continuité d'autres observations (Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.2.3. La prescription d'examens complémentaires », p. 148-152), le formulaire de consentement présente à la manière d'une étape obligée la réalisation d'un « bilan sanguin » lors du placement en prison. L'étude prévoit en fait de croiser les données issues de l'examen « fibroscan » avec les résultats des tests de dépistage de maladies infectieuses, qui ne sont ni obligatoires lors du placement en prison ni sollicités dans le cadre de l'étude, mais sont effectivement prescrits à la plupart des détenus à l'incarcération.

matin et examinés le samedi matin ; et, les jours de semaine, tous ceux examinés en fin de matinée. L'étude était sinon introduite de la façon suivante :

> Médecin : Je vais vous proposer de réaliser un fibroscan dans le cadre d'une étude.
> Patient : Ça dure longtemps ?
> Médecin : Non-non, juste cinq minutes. Il me faut votre consentement *[tendant le formulaire de consentement]*. Ça sert à voir s'il y a une anomalie au niveau du foie.
> Patient : S'il y a trop de sucre et de gras ?
> Médecin : Exactement !
> Patient *[juste après avoir signé le formulaire de consentement]* : Je le garde le papier ?
> Médecin : Non, c'est moi qui le garde par contre. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Formulaire de consentement devant les yeux, des patients font remarquer au médecin qu'ils ne sont pas en mesure de le lire. « *Comme je vous disais, ils ont gardé mes lunettes à la fouille* », confie l'un d'eux sur un ton désolé, avant d'apposer quand même sa signature sur le document.[171] Mais même sans cela, rares sont les participants à l'étude à l'avoir lu ou parcouru : ils ont semblé se l'interdire. L'un des seuls participants à l'étude à l'avoir brièvement lu avant de le signer a ainsi d'abord demandé la permission du médecin : « *J'ai le droit de le lire avant de signer ?* »

4.3.2. Contraintes sur les enquêtés, enquête contraignante ?

La question posée par ce participant à l'enquête biomédicale conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan invite à faire un pas de côté avant de poursuivre sa description. Comment – et peut-on – s'assurer de la « libre participation » de personnes à des protocoles de recherche alors même que leur situation est avant toute chose caractérisée par le fait d'avoir été privée de formes de « liberté » et de « droits » ? Les développements qui suivent apportent en fait peu d'éléments de réponse à cette question car, dans la logique de ce chapitre, je propose de la renverser : comment construit-on le caractère « éthique » d'une recherche ?

4.3.2.1. Bureaucratisation de l'éthique de la recherche scientifique et violence symbolique

Signer un « formulaire de consentement » à la participation à une étude vaut peut-être pour accord, mais cela signifie-t-il pour autant que l'on est d'accord ? Ce

171. Les détenus sont dépossédé de leurs biens personnels lors d'une « fouille » à l'entrée dans l'institution. Cela concerne également les lunettes. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.2. Prolonger les investigations », p. 144-152.

type de procédures formalisées ne tend-t-il pas à dissoudre toute description de l'étude et toute recherche d'approbation ou de « consentement » des enquêtés en substituant cela par d'autres actions : la réalisation d'un geste apparaissant somme toute aisé et peu engageant, puisqu'il s'agit de griffonner un papier, et qui plus est présenté sous l'angle de la légalité – n'est-ce pas qu'une « formalité » ? Ce type de procédures formalisées, permettant finalement surtout aux équipes de chercheurs et à leurs institutions de se protéger sur le plan légal, n'agissent-ils pas de ce fait plus comme des instruments de légitimation de l'étude conduite, que comme des outils permettant d'introduire le contexte et les visées d'une étude à ses participants potentiels et d'ainsi s'assurer de leur « consentement » ?

Ces questions ont déjà fait l'objet d'analyses,[172] mais si je les reprends ici c'est parce que sans doute faut-il insister sur le rôle des chercheurs en sciences sociales dans la mise au jour des effets concrets de la *bureaucratisation de l'éthique de la recherche* : cela dès lors qu'ils ont été soumis à des procédures de formalisation bureaucratique du caractère éthique de leurs pratiques de recherche voire en étudiant les instances de régulation de l'éthique de la recherche ; mais aussi en décrivant les effets concrets d'une formalisation bureaucratique de l'éthique de la recherche quand ils apparaissent sur les terrains étudiés – même si c'est pour les décrire succinctement, comme c'est le cas ici.

Aussi, pour en revenir à ce formulaire de consentement que les détenus de la maison d'arrêt de Rodan semblent s'interdire de lire, on peut se demander si cet instrument ne tend pas, dans la pratique, à obtenir la participation à une enquête en exerçant sur des individus une forme de violence symbolique, cela compte tenu de la distance sociale existant entre les *soignants-relais* et les détenus, ainsi que du cadre de l'interaction, contraignant, et de la structure même de l'instrument utilisé : le formulaire présente divers logos institutionnels ; il décrit des examens techniques obligatoires – qui ne le sont pas en droit ; il fait mention des statuts élevés des porteurs de l'étude – un nom suivi d'une fonction de « directeur d'un pôle hospitalier », un nom suivi d'une fonction de « professeur » et précédé d'un grade de « Dr. » et un autre précédé de « Dr. ». L'entrée à cette réflexion étant enfin les méthodes employées afin de (s')assurer de l'accord de participants à une étude, il me semble nécessaire à ce stade de l'exposé de décrire comment j'ai moi-même procédé afin de mener mes observations de ces visites médicales d'entrée,

172. Voir : Barrie Thorne (1980) ; Marylin Strathern (2000) ; Patricia A. Adler et Peter Adler (2002) ; Daniel Bizeul (2007) ; Elizabeth Murphy et Robert Dingwall (2007) ; Carine Vassy et Richard Keller (2008) ; Daniel Cefaï (2010) ; Carine Vassy (2010).

.

en revenant notamment sur les difficultés auxquelles je me suis trouvée confrontée et certaines spécificités de l'approche ethnographique mise en œuvre.

4.3.2.2. L'éthique « pas-à-pas » d'une enquête ethnographique en prison

Aucune instance bureaucratique de construction du caractère éthique de la recherche n'a contrôlé mes méthodes d'enquête. Cela n'a rien d'exceptionnel. Les chercheurs en sciences sociales parviennent encore le plus souvent, en France, à « incarner », à travers eux-mêmes, « l'intégrité morale et la rigueur scientifique » (Fassin, 2006, p. 523). Bien que l'on soit confronté actuellement à un courant de formalisation bureaucratique de l'éthique de la recherche, les chercheurs en sciences sociales gardent encore quant à eux, en règle générale, la main sur les questionnements éthiques de leurs recherches menées en France, depuis la construction de leur objet d'étude jusqu'à la diffusion des résultats et des analyses de la recherche, en passant par les modalités de recueil du matériau.[173]

Une régularisation *a priori* de l'éthique d'une recherche ethnographique semble d'autant plus paradoxale qu'elle entrerait en conflit avec l'un des préceptes de la méthode. François Bonnet et Bénédicte Robert (2009) rappellent ainsi que les ethnographes « ne peuvent sérieusement décrire leur protocole de recherche en faisant une évaluation des risques que celui-ci comporte pour les enquêtés, puisque le travail de terrain implique, dans une large mesure, de ne pas savoir de quoi sera fait le terrain » (p. 99), et Didier Fassin (2008) souligne que le travail ethnographique « procède souvent par une démarche inductive, construit les questions au fur et à mesure de la recherche, distingue difficilement le temps de l'enquête du temps qui lui serait extérieur, implique des personnes au gré des relations de confiance qui s'établissent » (p. 132) : l'ethnographie s'appuie sur une démarche inductive, qui n'anticipe ni les directions ni les résultats de l'enquête et peut alors difficilement anticiper ses « risques ».

C'est donc pas-à-pas, tout en enquêtant, que j'ai veillé à la dimension éthique de cette recherche et les difficultés rencontrées ont été considérées comme un matériau parmi d'autres contribuant à la compréhension des phénomènes sociaux étudiés. L'une de ces difficultés, une fois passées les portes d'entrée des établissements pénitentiaires pris pour terrains d'enquête, fut de parvenir à m'extraire de certains schémas des institutions placées au centre de mon attention, c'est-à-dire tant médicales que carcérales, afin de ne pas les reproduire moi-même

173. Sur la « judiciarisation de l'enquête » en sciences sociales, je renvoie aux contributions de la première partie de l'ouvrage *Enquêter : de quel droit ?*, dirigé par Sylvain Laurens et Frédéric Neyrat (2010).

à travers la pratique d'enquête. Certaines contraintes m'ont néanmoins amenée à ne pas procéder comme je l'aurais souhaité. Pour ce qui concerne les examens d'entrée par exemple, je me suis ainsi d'abord présentée aux enquêtés-arrivants comme une « étudiante qui vient de l'université de Nanterre » – la mention de la ville devant me permettre d'insister sur mon extériorité vis-à-vis de l'institution –, faisant « une recherche sur la santé en prison » et n'étant « ni médecin, ni infirmière » mais « sociologue », puis j'ai indiqué la date jusqu'à laquelle je serai dans l'établissement – là aussi, pour insister sur mon extériorité à l'institution – et j'ai demandé l'autorisation d'observer l'entretien avec le médecin.

Cette présentation n'a néanmoins pas tenu longtemps à l'épreuve du terrain. Manquant de temps pour m'en allouer autant et considérant vraisemblablement que l'accord de leur chef de pôle hospitalier et le leur suffisait à justifier et à autoriser ma présence dans le cabinet médical, les médecins en charge de ces consultations m'ont demandé de faire plus court, puis m'ont introduite eux à leurs patients – comme « une stagiaire », « mon assistante » ou, plus rarement, comme « sociologue » – avant de me donner la parole pour leur demander leur accord : j'ai demandé à chacun d'eux, en une phrase, s'ils m'autorisaient à *rester* dans le cabinet. J'insiste sur ce mot, car ma présence au préalable dans la pièce, aux côtés des médecins de la prison, a sans doute laissé peu de place – voire aucune – à la possibilité d'une opposition à ma présence et à la conduite des observations de ces consultations. En témoigne le fait que, à l'instar des *soignants-enquêteurs* et des *publiants* mettant l'accent sur les hauts taux de participation des détenus à leurs études s'appuyant sur ce dispositif, sur plus de trois cent enquêtés-arrivants à qui j'ai demandé si je pouvais *rester* dans le cabinet afin d'observer leur examen, aucun n'a *refusé*.[174]

174. Je reviens sur ce point et sur l'ajustement de mes méthodes d'enquête lorsque j'aborde les conditions de réalisation des entretiens menés avec des personnes détenues en établissement pénitentiaire. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1.1. Les règles de la méthode sociologique à l'épreuve de la discipline carcérale », p. 284-292. Je précise par ailleurs que je me suis introduite de façon similaire pour les autres types d'interactions observées dans ces services médicaux (soins infirmiers, consultations de médecine générale, consultations spécialisées...) et que sur l'ensemble de ces interactions observées, seuls deux patients ont demandé à ce que je sorte – de la salle de soins infirmiers pour l'un et du cabinet médical pour l'autre – après que je leur ai demandé s'ils m'autorisaient à *rester* dans la pièce ; les deux soignants les ayant examinés, des hommes, m'ont ensuite fait savoir que cet examen avait nécessité qu'ils se dévêtissent intégralement – ce que les deux patients avaient anticipé au vu de la localisation de leurs douleurs.

4.3.3. Produire des données, produire des malades

Après avoir récupéré le formulaire de consentement à la participation à l' « Enquête FibroScan® » signé, le médecin en charge de procéder au recueil des données de cette étude pose les questions du questionnaire aux patients.[175] Comme avec le formulaire-entrant, les questions s'enchaînent les unes à la suite des autres à un rythme soutenu :

> Médecin *[remplissant le formulaire de l' « Enquête FibroScan® »]* : Vous mesurez quelle taille ?
> Patient : Un mètre soixante-dix huit.
> Médecin : Vous avez une couverture sociale ?
> Patient : J'ai la CMU[176].
> Médecin : Dans le bâtiment, vous êtes ouvrier ?
> Patient : Oui.
> Médecin : Vous avez un logement stable ?
> Patient : Oui.
> Médecin : Vous avez des revenus de l'emploi, le RSA ?
> Patient : Là, le RSA, mais je vais retravailler dans l'année.
> […]
> Médecin : Le mois dernier, vous avez consommé de l'alcool : tous les jours, deux à six fois par semaine, moins d'une fois par semaine...
> Patient *[l'interrompant]* : C'est rare.
> Médecin : Vous êtes fumeur ?
> Patient : Non.
> […]
> Médecin : Je vais prendre votre tension. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Les réponses sont simultanément consignées sur le formulaire. Le médecin procède ensuite aux examens cliniques systématiquement réalisés dans le cadre des visites médicales d'entrée : il écoute les battements de cœur du détenu, il écoute le son produit par ses poumons, il mesure le poids de son corps et il mesure sa tension. À l'issue de la consultation, les détenus inclus dans le protocole de l'enquête en cours doivent quitter le cabinet médical et attendre leur tour sur le banc, dans le hall de l'Ucsa, avant d'être reçu par le manipulateur-radio, qui procède à l'examen systématique lors du placement en maison d'arrêt, c'est-à-dire la radiographie du thorax du détenus, avant d'effectuer l'examen prévu dans le cadre de l'étude en cours, à savoir le « FibroScan » :

175. Un extrait du questionnaire est présenté en annexe. Cf. *supra*, « Annexe G. Extrait du questionnaire de l' "Enquête Fibroscan®" », p. 483.

176. Couverture maladie universelle.

> Le manipulateur-radio réalise le fibroscan sur lui. Pendant l'examen, il commente : « Le [patient] précédent avait une moyenne beaucoup plus élevée, il sera reçu par l'hépato'. » [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

On retrouvera plus tard le détenu évoqué par le manipulateur-radio, face au médecin-chef de l'Ucsa de Rodan, pour une annonce de ses résultats à l' « Enquête FibroScan® ».[177] Ainsi, il arrive que des détenus soient reconvoqués à l'infirmerie après leur visite médicale d'entrée, pour se voir annoncer que le fonctionnement ou l'état de leur corps n'est pas « "normal" » – pour reprendre le terme du formulaire de consentement de l'étude étudiée – du fait de leur participation à une enquête visant à produire des connaissances sur les conditions de santé de la population carcérale. En d'autres termes : compter les détenus malades à l'entrée en prison participe aussi à produire des malades détenus.

5. La prison dans la rhétorique médicale

Comment sont utilisées les données produites sur les conditions de santé des détenus ? Quels arguments les promoteurs de la santé[178] développent-ils par la mise en avant d'un certain nombre de personnes malades détenues en établissement pénitentiaire ? L'analyse d'un corpus de publications bioémdicales en langue française[179] permet d'identifier quatre types de *procédés argumentatifs*

177. Cf. *supra*, « Chapitre 3. Façonner des patients (introduction) », p. 207-211.

178. Si les conditions dans lesquelles les *soignants-enquêteurs* et les *publiants* réunissent leur données ne sont pas similaires, je n'ai pas observé de clivage dans le type d'arguments développés à partir de ce type de matériau : j'utiliserai donc les termes plus génériques de « promoteurs de la santé » ou d' « auteurs » pour les désigner dans cette section.

179. L'analyse porte sur un corpus de publications parues entre 2006 et 2016, publiées en langue française, et concernant la population détenue en France métropolitaine. Le corpus a été constitué à partir de recherches bibliographiques sur *PubMed* et *Googlescholar* avec les mots-clés suivants : « prison » et « "Maison d'arrêt" » (sur *PubMed*), « "Maison d'arrêt" + [*] » (ou * = « VIH » ; « diabète » ; « asthme » ; « cardio-vasculaire »...), « "Maison d'arrêt" + santé » et « "Maison d'arrêt" + Ucsa » (sur *Googlescholar*). Les publications concernant exclusivement des troubles psychiques et/ou neuro-psychiques (ou, plus simplement, les activités développées au sein des SMPR) ont été exclues du corpus, tandis qu'y ont été ajoutés tous les articles cités en bibliographie des publications du corpus qui avaient échappé aux recherches menées via *PubMed* et *Googlescholar* (selon les mêmes critères d'inclusion que lors du premier tri). La même opération a ensuite été répétée à partir de la bibliographie des articles ajoutés au corpus, et ainsi de suite. Les quatre *procédés argumentatifs* ont été identifiés par « saturation des données » (Glaser, Strauss, 1967). Une analyse de l'ensemble des articles publiés par le *Journal of Correctional Health Care*, créé en 1994 et dont un certain nombre s'appuient sur des données collectées dans le cadre d'examens médicaux systématiques des détenus au placement dans

développés à partir de ces données, qui sont tous articulés autour d'une même notion : l' « opportunité ».

5.1. "Détecter" : une opportunité de savoir(s)

Un premier procédé argumentatif articulé à la notion d' « opportunité » identifié présente l'entrée en prison comme une opportunité de savoir(s). Dans leurs articles, les promoteurs de la santé écrivent d'abord que les visites médicales d'entrée en prison jouent un « rôle décisif », car elles sont une « *opportunité* » pour procéder au « *repérage minutieux* » des détenus présentant certaines affections de santé et les « *dépister* » :

> « La visite médicale systématique de toute nouvelle personne arrivant dans l'établissement favorise l'opportunité de faire réaliser ces dépistages [du VIH et des hépatites virales] » [Extrait d'une publication scientifique – [10].]
>
> « [l']entretien d'entrée est également un moment important de repérage. » [Extrait d'une publication scientifique – [11].]
>
> « La consultation arrivant, prévue par les textes, joue un rôle décisif pour dépister [des formes de diabète] et adapter la prise en charge de ces patients. » [Extrait d'une publication scientifique – [12].]
>
> « les troubles psychiatriques plus fréquemment associés à ces consommations [d'alcool, de tabac et de cannabis] doivent inciter les équipes soignantes à un repérage minutieux des consommateurs dès l'entrée en détention, afin qu'une prise en charge soit proposée et réalisée le plus précocement possible. » [Extrait d'une publication scientifique – [13].]

Certaines conditions de santé sont déjà au centre de l'attention des médecins des Ucsa en charge d'effectuer les examens d'entrée. C'est le cas des infections par des hépatites virales, par le VIH ou par la tuberculose, de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les promoteurs de la santé insistent sur la nécessité de pérenniser ces activités de « *repérage* », mais ils soutiennent aussi que l'attention des équipes médicales ne doit pas leur être exclusivement circonscrite. Les auteurs préconisent d'étendre les pratiques de surveillance et de dépistage à d'autres problèmes de santé faisant l'effet d'une moindre vigilance :

> « Cette démarche de dépistage et de prévention [du virus de l'hépatite B (VHB)] est un des objectifs des unités sanitaires et ne devrait pas se limiter au dépistage et à la prévention de l'infection par le VHB. » [Extrait d'une publication scientifique – [14].]
>
> « La prévalence d'antécédents de TC [traumatismes crâniens] est de 32% dans la population masculine adulte [détenue]. […] Ces résultats amènent à

une prison américaine, constitue une piste pour prolonger cette étude.

> proposer un dépistage des antécédents de TC dans cette population et une prise en charge adaptée au type d'antécédent de TC déclaré. » [Extraits d'une publication scientifique – [15].]
>
> « Dans les maisons d'arrêt, la tuberculose est plus fréquente que dans la population générale. [...] il semble nécessaire d'identifier, lors d'une visite médicale à l'entrée, les personnes les plus à risque de tuberculose et de leur proposer alors un dépistage. » [Extraits d'une publication scientifique – [16].]

Les prévalences de ces autres affections de santé, dont la mesure statistique constitue fréquemment l'argument central de la publication scientifique, seraient eux aussi plus élevés parmi la population carcérale d'après les résultats présentés dans leurs articles. S'appuyant sur cet « argument statistique » (Desrosières, 2008), les auteurs incitent les médecins des Ucsa à compléter les examens cliniques systématiquement réalisés sur les détenus après le placement sous écrou en procédant à d'autres vérifications. Par exemple, le prélèvement systématique d'une goutte de sang au niveau du doigt (« glycémie capillaire ») ou la réalisation d'un test respiratoire (« spirométrie ») pour rechercher la présence d'un diabète ou de troubles respiratoires dans les articles suivants :

> « Selon une étude réalisée à [la maison d'arrêt de] Lille en 2009,[180] un dépistage systématique [d'un diabète] par réalisation d'une glycémie capillaire aux patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire pourrait être pertinent pour une prise en charge plus précoce limitant la morbi-mortalité de cette pathologie. » [Extrait d'une publication scientifique – [18].]
>
> « Cette étude préliminaire confirme une fréquence élevée de TVO [troubles ventilatoires obstructifs] à la maison d'arrêt d'Amiens et nous incite à compléter le bilan de santé systématique des détenus entrants par une spirométrie (amélioration de la prise en charge et étude épidémiologique). » [Extrait d'une publication scientifique – [19].]

Il préconisent finalement une généralisation à l'ensemble des établissements de ce qui n'était jusque là que le protocole méthodologique de leurs enquêtes respectives. Certains auteurs précisent d'ailleurs très concrètement comment ces examens cliniques supplémentaires pourraient être effectués, à l'entrée dans l'institution, et ainsi étendus à toutes les personnes emprisonnées :

> « Pour inclure de façon systématique le test de dépistage des TVO [troubles ventilatoires obstructifs] dans le bilan de santé initial du patient détenu, il nous semble important de proposer le protocole suivant. Dans une salle de consultation, chaque semaine, lors d'un créneau horaire défini, un personnel soignant spécialement formé peut réaliser la spirométrie de chaque patient

180. Les auteurs se réfèrent à la thèse de Julien Richard.[17]

> détenu entrant durant la semaine précédente. Si son état clinique le permet, le patient sous traitement anti-asthmatique arrêtera son traitement 12 heures avant la réalisation de ce test. L'appareil de spirométrie permettra la visualisation et l'impression de la courbe débit volume, portée au dossier du patient. Si la spirométrie réalisée ne permet pas de poser un diagnostic, un examen plus performant dans le centre hospitalier de référence pourra être proposé au patient. Le patient sera revu en consultation par le médecin pour présentation des résultats, proposition d'une prise en charge et discussion autour des facteurs de risque. » [Extrait d'une publication scientifique – [20].]

Ce procédé argumentatif selon lequel l'entrée en prison est une opportunité de savoir ne concerne, de plus, pas que le « *repérage* » de certains des détenus ou le « *dépistage* » de certaines affections de santé. L'entrée en prison est aussi présentée comme une opportunité de savoirs : les promoteurs de la santé soutiennent que le dispositif mis en place est une occasion pour accroître les connaissances disponibles sur les conditions de santé de la population carcérale. Par exemple, ils préconisent une standardisation à l'échelle nationale des formulaires-entrants utilisés. Après une expérimentation dans une région pénitentiaire, des auteurs soutiennent qu'il s'agit d'une « *condition nécessaire* » pour mener des études comparatives entre établissements ou régions et pour développer « une surveillance épidémiologique » ciblant la population carcérale :

> « Ce type de recueil, reposant sur une fiche de consultation d'entrée unique et standardisée, permet de décrire l'état de santé de la population entrant en détention, tant au niveau d'un établissement pénitentiaire que d'un territoire en rassemblant plusieurs. » [Extrait d'une publication scientifique – [21].]

> « Vouloir développer une surveillance épidémiologique à partir des dossiers médicaux suppose de s'assurer que les données contenues dans le dossier permettent d'établir un état des lieux de la santé des personnes détenues à l'entrée dans un établissement. Auparavant, il importe d'examiner si les données médicales à l'entrée sont "standardisées", condition nécessaire à la production de données épidémiologiques à partir des dossiers médicaux. » [Extrait d'une publication scientifique – [22].]

Le placement en prison est donc présenté comme *une opportunité de savoir(s)* : les promoteurs de la santé soutiennent qu'il est nécessaire d'effectuer un « repérage » le plus « précoce » qui soit des détenus présentant certaines conditions de santé et de systématiser la réalisation d'autres types d'examens cliniques à l'incarcération. Dans une perspective de surveillance globale ou de « veille sanitaire », ils préconisent de plus un renforcement de la standardisation des pratiques mises en œuvre dans les Ucsa, à l'échelle nationale et non plus seulement à celle d'un établissement, afin de recueillir des données comparables et d' « *approfondir* » les

connaissances épidémiologiques disponibles sur la population carcérale, qualifiée de population « *cible* ».

5.2. "Soigner" : une opportunité liée au contexte

Un deuxième procédé argumentatif articulé à la notion d' « opportunité » identifié dans les publications des promoteurs de la santé suggère que l'institution carcérale met à disposition des conditions qui, directement ou indirectement, favorisent l'implication dans des soins médicaux durant la période d'emprisonnement. Cela d'abord car l'incarcération créé une « *rupture* » avec le quotidien : les détenus sont privés de leur conditions de vie habituelles, décrites comme « *précaire* » dans les publications biomédicales :

> « la précarité, les addictions et les troubles mentaux […] sont un frein au suivi médical de ces patients lorsqu'ils sont en liberté. Un grand nombre de détenus n'ont aucun suivi à l'extérieur. Sans que cela soit propre au milieu carcéral, ces patients ont un rapport au temps particulier, conséquence de cette vie précaire et difficile. On remarque, en effet, une incapacité à se projeter dans l'avenir d'où découle une difficile prise de conscience de la nécessité d'un suivi régulier en cas de pathologie chronique. » [Extraits d'une publication scientifique – **[23]**.]
>
> « la prison pourrait correspondre à un temps "idéal" de diagnostic et de traitement de l'hépatite C, particulièrement pour les sujets usagers de drogue : rupture avec le milieu de vie habituel, accès aux soins, bilan biologique et morphologique accessible. Il est nécessaire d'éviter une perte de temps et de chances pour le malade. » [Extrait d'une publication scientifique – **[24]**.]
>
> « La détention ne doit pas constituer un obstacle à l'instauration d'un traitement antiviral mais plutôt une opportunité. Il s'agit de profiter de cette rupture avec le milieu de vie habituel pour débuter un traitement et d'en assurer un suivi. » [Extrait d'une publication scientifique – **[25]**.]

Leurs conditions d'existence « *dehors* » sont comparées à celles qui sont les leurs en prison ; les premières sont présentées comme « *un frein au suivi médical* » voire comme un « *enfer* », quand la prison est une « *parenthèse* », une « *opportunité* » ou un « *temps "idéal"* » dont ils peuvent « profiter ». Le dispositif carcéral est de même présenté comme pouvant favoriser l'engagement des détenus dans des soins ou, dans le langage biomédical, leur « observance », du fait de ses « contraintes », telles que le « rythme régulier » qu'il impose, et de ce qu'il produit indirectement, comme le déchargement de certaines responsabilités (travailler, chercher un travail, s'occuper d'enfants, de parents, se faire à manger, entretenir ses relations sociales...) :

> « Certaines personnes sont mieux soignées en prison que dehors, parce que leur vie à l'extérieur est un tel enfer que la parenthèse carcérale, avec son rythme régulier et ses contraintes, permet une certaine "observance". Des détenus "profitent" de l'incarcération, afin que ce temps ne soit pas vain, pour entreprendre un traitement pour l'hépatite C, traitement de six ou douze mois qu'ils ne suivront pas dehors car il est contraignant. Certains des usagers de drogue profitent de ce temps pour se reposer, dormir et se nourrir, ne pas courir partout chercher le produit et l'argent pour l'acheter. Certains retrouvent un état dentaire "supportable", faute d'être parfait, parce que les soins dentaires sont trop chers dehors. » [Extrait d'une publication scientifique – **[26]**.]

> « La détention ne représente pas un obstacle à une prise en charge sanitaire mais plutôt une opportunité : dépistage, prévention, et éventuelle prise en charge thérapeutique. » [Extrait d'une publication scientifique – **[27]**.]

L' « opportunité » de soins résulte enfin, toujours selon les auteurs, d'autres conditions liées cette fois aux modalités selon lesquelles la prise en charge sanitaire en milieu carcéral a été institutionnalisée : les soins sont gratuits des soins, les équipes médicales sont constamment à proximité immédiate des détenus, l'accent est mis sur la prévention et la prise en charge inclut de ce fait des pratiques de surveillance dans une perspective d'anticipation de l'avenir, mises en œuvre pour agir directement sur les individus (consultation tabagique[181]...) ou plus indirectement (campagnes, affiches[182]), et elle n'est pas uniquement tournée vers les détenus jugés en « mauvaise santé » :

> « Ainsi, l'accessibilité aux traitements de sevrage [tabagique], en particulier par leur délivrance gratuite par les UCSA, permet de sensibiliser les détenus aux risques du tabagisme et à la possibilité de réduction du tabac. » [Extrait d'une publication scientifique – **[28]**.]

Le temps à passer emprisonné est donc présenté par les promoteurs de la santé comme *une opportunité de soigner* : un ensemble de conditions favoriseraient l'engagement des détenus dans des soins médicaux en prison, et tout spécifiquement pour ce qui est des personnes emprisonnées dont le recours à des soins est faible hors de l'institution carcérale.

5.3. "Éduquer" : une opportunité de transformer

Un troisième procédé argumentatif articulé à la notion d' « opportunité » identifié dans le corpus de publications étudié consiste en l'affirmation selon

181. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 3.1.2. La production de listes de patients », p. 238-241.

182. Myriam Joël (2017) décrit bien l'omniprésence d'affiches de promotion de la santé dans les établissements pénitentiaires, portant notamment sur les risques sexuels.

laquelle la prison est une opportunité pour transformer les conceptions d'individus décrits comme peu « *sensibilisés* » aux normes de santé et ayant un « *faible niveau d'éducation* » en matière de santé. Les promoteurs de la santé soutiennent qu'il est « *nécessaire* » ou « *indispensable* » de développer auprès d'eux des actions de réduction des risques, de promotion et d'éducation à la santé :

> « [certaines infections] apparaissent comme totalement abstraites à un nombre important de ces patients » [Extraits d'une publication scientifique – [29].]

> « Il est indispensable […] de développer pendant le temps de la détention des actions de prévention et des politiques de réduction des risques. » [Extraits d'une publication scientifique – [30].]

> « il est nécessaire d'intégrer des aspects de prévention : mise à jour de vaccinations, dépistages de maladies transmissibles avec l'information de prévention adaptée (sida, MST, hépatites...), mais aussi de systématiser les soins dentaires (les problèmes dentaires touchent près de 80% de détenus et à peu près tous les toxicomanes aux opiacés) ou bien encore la prise en charge des personnes présentant une conduite addictive (à un produit licite ou illicite). » [Extrait d'une publication scientifique – [31].]

L'incarcération est présentée comme une « *occasion* » de transformer leurs conduites, par l'inculcation de connaissances et de manières d'agir et de réagir vis-à-vis de son corps et de sa santé :

> « une occasion de se soigner et d'améliorer leurs compétences d'auto-soins et d'adaptation à leur maladie » [Extrait d'une publication scientifique – [32].]

> « [la peine peut] être utilisée comme un temps d'information et de sensibilisation à la pathologie qui doit pousser le patient à un suivi médical dès sa sortie de prison » [Extrait d'une publication scientifique – [33].]

Il ne faudrait pas « *manque[r] […] d'ambition* », soutient par exemple un auteur, mais les « *sensibiliser* » et les « *encourager* », écrit un autre :

> « Les détenus présentent donc tous les stigmates médicaux de leurs conditions de vie extérieure. Pourtant, si l'on se contente de soigner les événements survenant pendant la détention, l'exercice médical est très proche de celui d'un dispensaire accueillant des populations en situation de précarité : le niveau de moyens requis, en personnel et technicité notamment, est alors limité. Une telle vision s'en tient à la réponse à une demande de soins, plus ou moins explicitement formulée. Cette première approche manque singulièrement d'ambition, elle s'inscrit cependant directement dans la continuité de l'existant. » [Extrait d'une publication scientifique – [34].]

> « Outre les soins nécessaires, l'objectif de la consultation médicale est de sensibiliser et d'encourager ces patients à une prise en charge médicale régulière, en particulier quand ils présentent des pathologies chroniques. » [Extrait d'une publication scientifique – **[35]**.]

Selon ce troisième procédé argumentatif, la prison est donc une opportunité d'*inculquer des façons de penser, d'agir et de réagir vis-à-vis de son corps et de sa santé* aux détenus, durant le temps ils sont emprisonnés, avant leur libération de l'institution.

5.4. Et après ? Une opportunité de "réinsérer"

Un quatrième procédé argumentatif articulé à la notion d' « opportunité » identifié dans les publications des promoteurs de la santé porte justement sur la libération de prison : la prise en charge médicale en établissement pénitentiaire est présentée comme une opportunité de « réinsertion ». Cet argument est la plupart du temps introduit dans le prolongement ou en conclusion des trois précédents. Les soins en prison sont décrits par les auteurs comme un « bénéfice » permettant aux détenus de revenir à un état précédent (« *réappropriation de soi* »...) ou de retrouver quelque chose qu'ils auraient perdu (« *récupération de [son] intégrité physique et morale* »...) ou, de façon plus générale, comme d'une étape nécessaire dans le cadre de leur « réinsertion » :

> « s'il existe un intérêt médical évident pour cette population précaire sur le plan sanitaire, il ne faut pas sous-estimer le bénéfice que peut procurer aux personnes incarcérées la réappropriation de Soi en vue de leur réinsertion sociale. » [Extrait d'une publication scientifique – **[36]**.]

> « Les pathologies prises en charge en prison sont souvent secondaire à une méconnaissance des règles "d'hygiène rachidienne" et de préparation au sport. La kinésithérapie relève donc des soins indispensables en détention. Elle est un des éléments de réinsertion en conservant ou en permettant une récupération de l'intégrité physique et morale des patients. » [Extrait d'une publication scientifique – **[37]**.]

> « mettre à profit [l'incarcération] pour s'occuper de sa santé et préparer sa sortie » [Extrait d'une publication scientifique – **[38]**.]

Cela est plus rare dans le corpus de publications étudié, mais les soins médicaux en prison sont aussi décrits comme pouvant « *prévenir la récidive* » en plus de « *favoriser la réinsertion* » dans quelques articles[183] :

> « Une prise en charge adéquate des patients victimes de TC [traumatisme crânien] permettrait de limiter et de prévenir les conséquences insidieuses et

183. Les questions de « récidive » sont davantage discutées dans les publications de psychologues ou psychiatres, et elles sont aussi plus présentes au quotidien, dans les interactions, entre psys et détenus (Brie, 2014 ; Saetta, 2016 ; Brie, 2017).

> souvent cachées des TC comme les troubles psycho- comportementaux pouvant, dans certains cas, conduire à des actes délictueux. À terme, cela pourrait limiter le développement de ces comportements délictueux susceptible de mener à une incarcération. De même, chez les individus déjà incarcérés ou ayant un antécédent d'incarcération, cela permettrait de prévenir la récidive et de favoriser la réinsertion dans la société. » [Extrait d'une publication scientifique – **[39]**.]

Après avoir mis l'accent sur les « bénéfices » à tirer d'une incarcération, en s'engageant dans des soins médicaux, les auteurs soutiennent que la « réinsertion » des détenus n'est néanmoins possible que si les soins débutés dans l'institution s'inscrivent dans la « continuité » – c'est-à-dire s'ils sont poursuivis après la libération de l'institution. Or, la sortie de prison est décrite comme le plus souvent « *brutale et non préparée* »[40].[184] Les promoteurs de la santé s'interrogent donc : comment « *organiser le suivi médical à la sortie de la détention* »[42] ?

Ils proposent trois pistes d'action en réponse à cette question. Les auteurs préconisent d'abord la création d'une seconde visite médicale obligatoire, qui se déroulerait juste avant la libération de prison, dans le cadre de ce qui serait appelé un « *circuit de sortie* ». L'examen permettrait de « *faire le bilan de l'état de santé du patient au terme de sa détention et d'assurer la continuité des soins* »[43] ou encore « *de créer une liaison entre la prise en charge carcérale et extra-pénitentiaire* »[44]. Ensuite, pour améliorer le « *suivi postcarcéral* »[45], les promoteurs de la santé soutiennent qu'il est nécessaire que les membres des Ucsa entretiennent de plus étroites relations avec d'autres professionnels du milieu carcéral, notamment les conseillères pénitentiaire d'insertion et de probation dont la « réinsertion » est l'une des missions, de même qu'avec des professionnels exerçant dans des structures hors milieu carcéral pouvant être amenés à prendre en charge les détenus après leur libération :

> « le manque de lien avec le système de santé extra-carcéral au moment de la sortie [est l'un des] principaux freins à une prise en charge optimale de ces patients » [Extrait d'une publication scientifique – **[46]**.]

> « Il paraît important de développer des stratégies adaptées associant les équipes médicales des Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa), les centres de lutte anti-tuberculeuse et des travailleurs sociaux pour améliorer l'enquête autour d'un cas dans et hors établissement pénitentiaire ainsi que la prise en charge médicale des détenus libérés. » [Extrait d'une publication scientifique – **[47]**.]

184. Notons que des auteurs font aussi part de leurs réserves en ce qui concerne les condamnations à des peines de prison ferme qualifiées de « courtes », écrivant que « *la mise en place d'un projet de soins constructif devient […] complexe* ».[41]

> « une approche de santé communautaire suppose une articulation avec les professionnels de l'insertion du milieu pénitentiaire ainsi qu'avec des structures sanitaires ou médico-sociales susceptibles d'accueillir les malades à leur sortie. » [Extrait d'une publication scientifique – **[48]**.]

Les promoteurs de la santé proposent notamment de « *former les médecins généralistes* » à la « *prise en charge des sortants de prison* »[49], soutenant ainsi, d'une certaine manière, que les personnes placées dans l'institution carcérale constituent toujours un public « spécifique » une fois libérées de prisons.

Les activités médicales développées par les professionnels de santé exerçant dans les Ucsa d'établissements pénitentiaires sont donc présentés comme une *opportunité de réinsertion* : il s'agit de faire en sorte que les détenus poursuivent les pratiques inculquées dans l'institution une fois libérés de prison.

* * *

Les quatre *procédés argumentatifs* mis au jour font finalement écho aux prérogatives fixées par décret qui définissent le rôle des Ucsa. Les promoteurs de la santé les reprennent sous la forme d'arguments dans leurs publications et, s'appuyant sur les résultats d'enquêtes conduites dans les services médicaux des établissements pénitentiaires, ils réaffirment quelles sont leurs missions. Un ancien médecin-chef de l'Ucsa de Fleury-Mérogis rappelle ainsi, dans la revue *Projet* :

> « La mission donnée aux professionnels de santé travaillant dans les Ucsa et les SMPR est triple : assurer les soins directs aux détenus, mettre en place un projet d'éducation à la santé et participer avec les autres acteurs intervenant en milieu carcéral à la deuxième grande finalité (avec la garde) de la prison, la réinsertion des détenus. Vaste ambition, au service de laquelle un effort incontestable a été accompli. » [Extrait d'une publication scientifique – **[50]**.]

Mais les promoteurs de la santé insistent aussi sur les limites d'une telle conception, en terme d' « opportunité » : la prison ne doit pas, selon eux, être assimilée à un hôpital. *La prison, lieu de soin ?*, demande par exemple Anne Lécu, médecin exerçant en prison, en titre d'un ouvrage dans lequel elle soutient que la prison ne doit pas être un « lieu de soin », mais un « lieu où l'on soigne ».[51] Ce regard critique est présent dans nombre des publications biomédicales sur le milieu carcéral :

> « Il faut, en effet, ne pas oublier que la prison n'est pas un hôpital... » [Extraits d'une publication scientifique – **[52]**.]

> « La prison n'est cependant pas et ne sera jamais un lieu de soins hospitaliers. […] l'admission en prison ne saurait avoir pour motif avoué ou non avoué la possibilité d'être soigné, encore moins sous la contrainte. » [Extraits d'une publication scientifique – **[53]**.]

L'auteur du dernier article cité décrit ainsi un phénomène qu'il qualifie de « paradoxe » : l'amélioration des conditions de prise en charge médicale en milieu

carcéral ne pourrait-elle pas renforcer la « *tendance paradoxale* » à ce que des personnes soient emprisonnées au motif de les soigner ? Une crainte qui est, là aussi, très présente parmi les professionnels de santé exerçant dans les services médicaux des établissements pénitentiaire. Néanmoins, professionnels de santé, professionnels de justice et professionnels de l'administration pénitentiaire mobilisent finalement des arguments qui, s'ils ne se recoupent pas toujours, s'articulent autour d'une même notion : l' « opportunité ». Ainsi, les promoteurs de la santé opposent la perception que les professionnels de justice ont – ou pourraient avoir – de la fonction de la peine d'emprisonnement à ce qu'elle (ne) doit (pas) être, selon eux, mais, à travers leur rhétorique, ils réaffirment le « mythe fondateur » d'une prison socialisatrice (Faugeron, Le Boulaire, 1992), dissimulant par là sa première fonction : la mise à l'écart des indésirables.

6. Un recrutement actif dans les files actives

L'analyse du dispositif régissant l'entrée en prison et des procédés argumentatifs développés à partir de données produites dans ce cadre a permis de mettre au jour des facteurs qui, à différentes échelles, contribuent à ce que la plupart des détenus sont *activement recrutés* dans les files actives des services médicaux des prisons dans les heures suivant le placement sous écrou : l'examen est perçu par les détenus comme obligatoire, de même que certaines prescriptions (dépistages sérologiques, vaccination complémentaire) ; les médecins rationalisent leurs décisions par anticipation en s'appuyant sur les connaissances dont ils disposent sur les conditions de santé de la population carcérale – connaissances elles-mêmes produites à travers grâce à ces examens (mesures de prévalences) et ciblant la présence de certaines conditions de santé (infections transmissibles, toxicomanie...) ; les principes poursuivis (« détecter », « soigner », « éduquer », « ré-insérer ») encouragent le recrutement actif de détenus dans les files actives, et il cible tout spécifiquement les plus pauvres et les plus désaffiliés d'entre eux ; la mise en place d'enquêtes s'appuyant sur ce dispositif, enfin, conduit à ce que des participants aux études menées sont re-convoqués à l'infirmerie à propos de leurs résultats aux examens prescrits dans le cadre de ces protocoles d'enquête. Concluons maintenant en synthétisant ces éléments sous un autre angle, à visée plus généraliste : quelles perspectives guident les examens et le contrôle de la santé des détenus à l'incarcération ?

6.1. Une perspective d'exhaustivité

On pourrait penser que les visites médicales d'entrée sont une activité jugée rébarbative ou peu intéressante par les médecins, compte tenu du haut niveau de bureaucratisation de ces consultations, qui est proportionnellement inverse aux marges de manœuvre, limitées par des contraintes institutionnelles, qui sont les leurs. Cette affirmation est en fait plutôt inexacte. Contrairement aux visites médicales effectuées deux fois par semaine auprès des personnes emprisonnées au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire, qui sont une activité aussi sous-tendues par la notion d' « obligation » et réalisée par les mêmes médecins, souvent à reculons et en rappelant leur caractère obligatoire (« on est obligé de le faire »), les examens d'entrée ne sont jamais décrits en ces termes : le personnel médical ne rappelle pas que le code de procédure pénale leur impose d'examiner toutes les personnes emprisonnées dans les quarante-huit heures qui suivent leur placement sous écrou.

Les visites médicales d'entrée sont elles, on l'a vu, qualifiés d' « essentiels » : il s'agit du « seul moment où on a l'occasion de tous les voir », rappellent fréquemment les soignants. L'objectif est de ne « passer à côté » de personne, et d'ainsi pouvoir procéder à un « repérage ». Ce sont finalement les détenus qui, en de rares occasions, « refusent » de voir le médecin – pour reprendre le mot alors inscrit dans leurs dossiers médicaux –, et non l'inverse. Des « refus » néanmoins rares : seuls 2% des détenus ne sont pas examinés à l'incarcération, d'après une étude de médecins chercheures en santé publique, à partir de 300 dossiers médicaux de détenus tirés au sort. La production de cette statistique est un témoin parmi d'autres de l'importance allouée à la perspective d' « exhaustivité » poursuivie dans le cadre du dispositif médical d'entrée. L'expression qui est quelques fois utilisée par des professionnels de santé pour qualifier les détenus n'étant pas revenus à l'infirmerie entre l'examen d'entrée et la libération de l'institution en est un autre : ils sont qualifiés de « perdus de vue » ; les soignants s'interrogent : qui sont-ils ? Pourquoi ne les ont-ils plus sollicités ensuite ?

Ainsi, alors que la « médecine du tri » a été décrite comme « l'un des paradigmes majeurs » de la médecine contemporaine (Lachenal *et al.*, 2014, p. 11), les Ucsa apparaissent, dans le miroir parfois déformant de nos sociétés qu'est la prison, mettre en œuvre des pratiques de tri dont les critères sont à l'inverses de ceux que l'on peut observer dans des services hospitaliers classiques, qui tendent à discriminer leurs publics selon des critères économiques et raciaux (Chauvenet, 1978 ; Carde, 2007 ; Cognet, 2012 ; Izamberg, 2016 ; Morel, 2016). La perspective d'exhaustivité vise *in fine* à « repérer » des détenus ne répondant pas ou peu à un devoir de « bonne santé » et/ou dont le recours à des soins « en ville » est

jugé faible par les soignants, au regard de leurs nomes professionnelles : le *recrutement actif* se focalise, et donc concerne principalement, les détenus qui sont parmi les plus pauvres et les plus désaffiliés.

6.2. Une perspective de "santé publique"

Le dispositif médical d'entrée en prison n'est que peu tourné vers l'individu, en ce sens qu'il ne s'agit pas tant pour le médecin d'écouter des plaintes individuelles et d'orienter les décisions médicales selon celles-ci ; l'examen du corps du détenu, de ses fluides et de ses organes ainsi que les orientations médicales formulées à la suite de ce contrôle du corps visent en premier lieu à agir *sur* une population et *en direction* du collectif, pour l' « intérêt général » (Buton, 2016), en la « contrôlant », en l' « éduquant », en la « soignant » et, avant cela, en « repérant » ceux qu'il s'agit de « contrôler », d' « éduquer » et de « soigner ». C'est une perspective de « santé publique »[185] qui est poursuivie à travers les pratiques d'examen menées dans les heures qui suivent l'incarcération : la santé des détenus est appréhendée en terme de « risques »,[186] qu'il faudrait alors mesurer, évaluer et contenir.

Ainsi, le médecin accorde un intérêt assez faible à cette « toux » indiquée par un patient, mais il lui importe en revanche de s'assurer que ce dernier, comme les autres personnes emprisonnées la veille ou l'avant-veille, se soumette à des tests sanguins et radiographiques de dépistage d'infections virales. Les examens et les jugements médicaux rendus sont de ce fait faiblement individualisés ; la prescription de la « prise de sang » dans les heures qui suivent l'incarcération, si elle n'est pas obligatoire contrairement à la radiographie thoracique, s'en trouve normalisée : elle est un passage obligé ; c'est une étape parmi d'autres du processus d'institution d' « arrivant » à « détenu », entre la « fouille », la réception d'un « guide du prisonnier », la radiographie du thorax et les entretiens avec un gradé, un médecin et une conseillère pénitentiaire. D'après un comptage effectué par un médecin à partir des traces laissées dans les dossiers médicaux des personnes incarcérées l'année précédente dans l'un des établissements étudiés, à l'incarcération, un arrivant sur cinq s'était vu prescrire un test de dépistage (hépatite B, hépatite C, VIH). Là encore, le simple fait qu'un professionnel de santé ait entrepris de mesurer la proportion de détenus « testés » à l'entrée en

185. Selon François Buton (2005), « la notion de santé publique recouvre à la fois un type d'action – différent de la médecine clinique en ce qu'il porte sur des populations (non des individus) et se concrétise par des mesures préventives (non curatives) – mais aussi un domaine de la connaissance, une sous-discipline académique, une spécialité médicale (notamment dans les universités anglo-saxonnes) » (p. 73).

186. Voir Luc Berlivet (2000).

prison apporte tout autant, si ce n'est plus, d'informations que le résultat même de la mesure : les visites médicales sont perçues comme une « opportunité », dans une perspective de « santé publique ».

6.3. Une perspective d'anticipation

Les visites médicales d'entrée sont enfin guidées par une perspective d'anticipation, puisqu'il s'agit d'anticiper des risques de santé à venir – comme on l'a vu dès l'introduction du chapitre à travers la description de la prescription de cet électrocardiogramme de contrôle à un patient – et dans la mesure où les décisions médicales sont remises à plus tard ; les médecins multiplient les orientations par anticipation : suivi psy, dentiste, etc. Les visites médicales d'entrée constituent finalement, pour les professionnels de santé, une « opportunité » de s'entretenir et d'examiner l'ensemble des personnes placées dans l'institution et, dans une perspective de « santé publique », les médecins anticipent l'ensemble des soins qui pourraient être engagés durant le temps à passer dans l'institution : examens de contrôle, consultation dentaire, adressage vers un psychiatre... Il est du fait de cela assez rare que les détenus ressortent du cabinet médical sans la moindre injonction : par l'association de ces trois perspectives, d'exhaustivité, de « santé publique » et d'anticipation, les détenus sont *activement recrutés* dans les files actives des services médicaux dans les heures qui suivent le placement en maison d'arrêt.

Conclusion : Problématiser

Deux hommes attendaient leur tour, assis sur un banc, l'un pour être jugé et l'autre pour être examiné. Le premier a été appelé à se lever, le second à s'asseoir. L'un comme l'autre ont ensuite eu à répondre à quelques questions, dont une qui a retenu notre attention : « Avez-vous des problèmes de santé ? » L'analyse symétrique du procès pénal et du circuit arrivant, en s'intéressant aux questions posées sur la santé des individus confrontés à ces dispositifs et en étudiant les argumentaires développés à partir des produits de ces questions, a permis de mettre au jour des régularités que j'aimerais à présent synthétiser. Qu'importe l'ordre dans lequel les individus sont confrontés à l'un ou l'autre de ces deux dispositifs : certains sont jugés avant d'entrer en prison, d'autres seront jugés après avoir été placés dans un établissement pénitentiaire, éventuellement par d'autres dispositifs (cour d'assises, procès ordinaire) – voire ils ne le seront jamais, mais ils auront été auditionnés par des professionnels de justice dans le cadre de dispositifs relativement similaires à celui décrit – ; mais tous sont soumis aux mêmes injonctions et, d'un dispositif à l'autre de la chaîne pénale, ces injonctions sont répétées : ils sont tenus de se raconter, de « faire quelque chose » et de se soumettre à un contrôle institutionnalisé.

Une injonction à se raconter

Dans un cas comme dans l'autre, les prévenus dans une affaire pénale et les arrivants en prison sont d'abord tenus de produire un discours sur eux à partir des questions qui leur sont posées. Ce n'est pas là une spécificité des dispositifs de la pénalité ; comme l'écrit Dominique Memmi (2003), ce type d' « autobiographies

d'institution »[187] qui a pour particularité d'être « officiellement sollicité[e]s par le représentant d'une institution » (p. 59) s'observe dans nombre de dispositifs : lors d'une demande d'interruption volontaire de grossesse, aux guichets des caisses d'allocations familiales (Dubois, 1999) ou à ceux des préfectures ayant en charge l'attribution de titres de séjour (Spire, 2008). Un élément distingue néanmoins les récits sollicités dans ces dispositifs de ceux sur lesquels porte mon propos. Les récits attendus des individus confrontés aux dispositifs de la pénalité ne s'inscrivent pas dans la justification d'une demande visant à résoudre quelque chose qu'ils auraient identifié comme problématique, comme une situation de pauvreté, d'irrégularité administrative ou encore la survenue d'une grossesse non-désirée, pour reprendre les exemples précédents. *Le travail biographique attendu doit, par sa production même, faire émerger et par là construire des « problèmes ».*

Chômage ? Isolement social ? Sans-abrisme ? Maladie ? « Non, je ne travaille plus parce que je suis malade » ; « Ben c'est-à-dire que... que je fume un petit joint deux fois par semaine, je fume... » ; « Oui, des hémorroïdes. Et puis aussi l'appendicite… Enfin, je crois que c'était l'appendicite… J'étais petit… » ; « J'ai été viré. J'avais hébergé mon amie dans l'appartement » ; « Non, j'étais à la recherche d'un travail en intérim' » ; « Je suis en France depuis que j'ai su pour l'hépatite C ; je suis venu pour me soigner », répondent-ils aux questions posées. Le travail de mise en récit de soi attendu résulte ainsi davantage d'une *injonction biographique* (Astier, Duvoux, 2006 ; Bessin, 2009) ayant pour effet de « confronte[r] les individus les plus défavorisés de notre société à une norme et à des exigences qu'ils n'ont souvent pas les moyens d'atteindre » (Duvoux, 2009a, p. 114) et qui n'est, là de même, pas le propre des dispositifs de la chaîne pénale.

Ce qui caractérise en revanche cette injonction à se raconter, c'est sa force d'imposition par la répétition : du box de l'enquêteur social au cabinet du médecin, en passant par la salle d'audience et le bureau du gradé, les individus confrontés aux dispositifs de la pénalité doivent se raconter... et se répéter.[188] Certes, les questions auxquelles ils ont à répondre ne sont pas toujours les mêmes. Les juges ne demandent pas si les vaccins sont à jour ; les médecins ne posent pas de questions sur le déroulement de ce que les juges conviennent d'appeler les « faits ». Néanmoins, interaction après interaction, certaines de ces questions reviennent, comme on a pu le voir en suivant l'une d'elles : « Avez-vous des problèmes de santé ? » Soumis à une injonction à se raconter par la confrontation

187. Voir aussi : Claude Pennetier et Bertrand Pudal (2002 ; 2014).

188. Frédérique Giuliani (2006) met également en évidence la répétition d'une injonction biographique, dans son étude du travail d'accompagnement conduit par des travailleurs sociaux.

à des registres normatifs, de façon répétée, les individus saisis par les dispositifs de la pénalité élaborent progressivement un récit qui les construit eux-mêmes en « problème ». Et parmi ces problèmes, celui d'être « malade ».

Une injonction à "faire quelque chose"

Les prévenus dans une affaire pénale et les arrivants en prison sont, dans un cas comme dans l'autre, incités à « faire quelque chose ». L'injonction à l'activité est construite à la manière d'une réponse à ce que l'injonction à se raconter a produit : il s'agit de résoudre les « problèmes » co-construits à travers la mise en récit de soi. On se souvient ainsi de cette enquêtrice sociale relevant qu'un prévenu n'a « aucune consommation particulière » ou de cette magistrate du parquet s'exclamant au procès : « Depuis [année : huit ans], la justice vous dit d'arrêter les stup', alors vous avez fait quoi depuis tout ce temps ? » ; on se souvient aussi de ce gradé suggérant à un arrivant : « Si vous avez besoin, il y a le Csapa qui s'occupe des addictions » ou de ce médecin annonçant : « Tant qu'à faire, pendant que vous êtes là, on va en profiter [pour réaliser un test de dépistage d'infections virales] ! », et à un autre : « Je vous inscris quand même pour voir les psys pour le cannabis, on en profite pendant que vous êtes là, d'accord ? » ; on se souvient encore de la façon dont un patient répondait à la suggestion d'un médecin d'entreprendre des soins dentaires : « On est ici, alors mieux vaut faire des choses plutôt que s'ennuyer », et puis de ces publications scientifiques affirmant que « des détenus "profitent" de l'incarcération, afin que ce temps ne soit pas vain, pour entreprendre un traitement pour l'hépatite C », faisant au fond abstraction de l'injonction pesant sur eux : leur temps ne doit pas être libre, mais contraint.

L'intensité de l'injonction à l'activité ressort ensuite, là aussi, de sa répétition. Néanmoins, elle ne s'exprime pas tout à fait en ces terme, puisqu'il est plutôt question d' « insertion » ou de « réinsertion », et elle prend une forme sensiblement différente selon qu'elle est appliquée par des praticiens du droit ou par des professionnels de l'administration pénitentiaire (ou) exerçant au sein d'établissements pénitentiaires : *les individus doivent prouver qu'ils sont occupés,* par un travail, des soins ou encore des enfants à charge, *pour ne pas être incarcérés* tandis qu'ils *sont incités à « profiter » de leur incarcération pour « faire quelque chose ».*[189]

189. En fait, il y sont obligés dès lors qu'ils ont été pénalement condamnés. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a institué l' « obligation d'activité » pour les personnes condamnées et détenues : « Toute personne condamnée est tenue d'exercer au moins l'une des activités qui lui est proposée par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion

L'injonction reste cependant déterminante dans les deux cas, puisqu'elle oriente des tris, qu'il s'agisse d'enfermer plus facilement celui qui n'a pas d'emploi, d'enfants à charge ou de pratiques médicales régulières ou d'encourager celui qui dit avoir fait de l'asthme enfant, obtenu un CAP en cuisine ou fait une tentative de suicide pendant son adolescence à se tourner vers tel ou tel autre secteur de la prison. Cette expression indigène, « faire quelque chose », a enfin pour intérêt de mettre à distance, dans ce premier temps de l'analyse, l'envers de l'injonction : sa dimension normative.

Une injonction à se soumettre à un contrôle institutionnalisé

Les individus saisis par les dispositifs de la pénalité doivent certes être occupés, mais pas n'importe comment : ils doivent se soumettre à un contrôle institutionnalisé. Cette injonction est en fait l'implicite de l'injonction à « faire quelque chose » : il s'agit de mettre maintenant l'accent sur sa dimension normative. D'un côté, les prévenus dans une affaire pénale sont protégés de la sévérité d'une sanction lorsqu'ils ont un travail, se soignent ou encore sont mariés ; de l'autre côté, les arrivants en prison sont incités à se tourner vers les divers professionnels impliqués dans le fonctionnement général des établissements pénitentiaires, tels que des enseignants, des médecins, des psys ou les responsable des ateliers, durant le temps à passer emprisonné dans l'institution. C'est finalement la dimension de contrôle qui prime : *prévenus et arrivants doivent se soumettre à des formes d'autorités légitimées, c'est-à-dire être engagés ou s'engager dans des activités humaines dont le contrôle social est ordonné.*

Les prévenus sont ainsi certes questionnés sur leur situation maritale, mais il ne leur est par exemple jamais demandé de combien d'individus se compose leur cercle proche (famille, groupe d'amis...), ni s'ils ont souvent l'occasion de rire à en pleurer ou s'ils peuvent compter sur le soutien de quelqu'un ; ils sont de même certes questionnés sur leur éventuel contrat de travail, mais jamais sur ce qu'ils aiment manger, sur leurs dernières performances sportives ou sur les chaînes *Youtube* qu'ils suivent. De leur côté, les arrivants en prison sont certes incités à « profiter » de l'incarcération pour parler avec une psychologue du SMPR, mais personne ne leur suggère jamais de s'engager dans une auto-analyse ou la

et de probation dès lors qu'elle a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité. » Les directeurs des établissements affirment cependant ne pas parvenir à trouver des « activités » à proposer à l'ensemble des détenus condamnés. L'un d'eux affirme ainsi, sur un ton dépité : « Il faut bien leur trouver des trucs [à faire] parce que les textes disent que c'est ce qu'il faut faire ».

rédaction solitaire de mémoires ; il leur est également certes suggéré de demander à être « classé » (employé) aux ateliers de la prison, mais jamais de saisir le temps à passer enfermé dans une cellule pour s'entraîner à la confection de nouvelles recettes de cuisine ou pour lier une amitié forte avec la personne qui la partage. En fait, tous ces contre-exemples pourraient même prêter à sourire ou sembler farfelus – ce qui s'explique par l'intériorisation de la charge morale contenue dans les activités humaines valorisées par les dispositifs de la pénalité, qui apparaissent « normales » parce qu'elles sont socialement contrôlées par leur haut degré d'institutionnalisation (Berger, Luckmann, 2014 [1966], p. 113 ; Bourdieu, 2012, p. 196). Le ton que prend cette injonction dans le deuxième dispositif étudié suggère enfin que sa force d'imposition est relativement faible. Car après tout, ne s'agit-il pas uniquement d' « opportunités » ? L'étude d'un troisième dispositif de la chaîne pénale, témoignant par ailleurs là encore de la prégnance des trois injonctions précédemment décrites et de leur répétition, relativise cette lecture. Je conclurai cette première partie par quelques mots à son propos, ce qui permettra aussi de faire la transition avec la seconde partie de la thèse, consacrée à la période de détention en établissement pénitentiaire, puisqu'il ne concerne plus l'entrée en prison mais comment il est possible d'en être libéré plus vite.

* * *

Dès lors qu'ils ont été condamnés pénalement, les détenus peuvent obtenir des « réductions de peine supplémentaires » (RPS). Il s'agit d'un volume de jours octroyés par des juges d'application des peines en récompense d'un comportement jugé « bon » en prison : soustraits au *quantum* de peine restant à effectuer, les jours de RPS s'additionnent aux « crédits de réduction de peine », qui sont quant à eux délivrés automatiquement, selon le temps déjà passé dans l'institution, tout en pouvant être retirés par ces mêmes juges en sanction d'un comportement jugé « mauvais » en prison. Le dispositif régissant l'attribution de réductions de peine supplémentaires (et le retrait de « crédits de réduction de peine », opération sur laquelle je ne m'étendrai pas davantage) est la « Commission d'application des peines ». Au centre pénitentiaire de Rodan, les commissions d'application des peines se tiennent dans une salle du Bâtiment B, chaque jeudi.[190] Y prennent part : un juge d'application des peines, une procureure, une greffière, le directeur de l'établissement, des conseillères pénitentiaires d'insertion et de probation, ainsi que quelques fois d'autres professionnels impliqués dans le fonctionnement de

190. La fréquence de la tenue des commissions est liée au volume de décisions à formuler et elle dépend donc du nombre de personnes détenues dans l'établissement. À Rodan, elles ont lieu chaque jeudi matin.

l'établissement, comme le responsable des enseignements pour ce qui concerne les quelques minutes de la commission retranscrites ci-dessous :

> « Juge : Allez, 28 jours pour l'école. *[Tous prennent en note le nombre sur le rôle remis par la greffière]* On passe à Monsieur [prénom nom]...
>
> Procureure *[l'interrompant]* : Lui, c'est zéro. Zéro ! Il a quand même réintégré [son bâtiment après être sorti en journée de l'établissement] avec des stup' et en plus, il a insulté un surveillant. Alors après il vient pleurer, et nous on se laisse berner, et c'est à chaque fois comme ça ! Moi je dis, Monsieur [nom] il a raté sa vocation, parce que c'est un excellent acteur ! *[tous rient]* Oui, il a du talent Monsieur [nom], moi aussi à chaque fois j'ai juste envie de le croire, mais à chaque fois c'est pareil ! Et, quand je dis qu'il a du talent, je le pense vraiment ! Monsieur [nom], c'est un très très très grand acteur ! Zéro ! Zéro ! Zéro !
>
> Juge : Je ne suis pas d'accord, [prénom de la procureure], on ne peut pas ne rien lui mettre : il a quand même travaillé quand il était en semi-liberté. On peut diviser par 2 les RPS pour les incidents, et pour la période en SL[191], lui mettre la totalité. *[Il calcule]* Ça lui ferait 33 jours.
>
> Procureure : 30 jours, alors. Et c'est bien payé. *[Silence du juge, tous prennent en note le nombre sur le rôle]*.
>
> […]
>
> Juge : On passe à Monsieur [prénom nom]. Alors lui, il peut prétendre à 6 mois. Il est sous PSE[192] depuis [date : deux mois].
>
> Procureure : Vous voulez pas attendre un peu, pour voir si le PSE se passe bien ? C'est quand même tout frais là.
>
> Responsable du quartier scolaire : Il a aussi suivi le module d'accueil.
>
> Juge : Ça fait 1 jour.
>
> Responsable du quartier scolaire : Il a suivi des cours de FLE[193] pendant 3 semaines.
>
> Juge : Ça fait 3 jours.
>
> Responsable du quartier scolaire : Il a fait 8 séances de Cyber-base[194].
>
> Juge : Ça fait 2 jours. *[Parcourant des feuilles de papier]* Ah, il a travaillé aussi. Donc ça fait 1 mois et 3 jours, plus le PSE.
>
> Surveillant d'étage : Ah, pour le PSE vous donnez quelque chose aussi ?
>
> Procureure : Oui, on leur donne, mais ça dépend de ce qu'ils font sous PSE.

191. Semi-liberté (SL).

192. Placement sous surveillance électronique (PSE).

193. Français langue étrangère (FLE).

194. Il s'agit d'un dispositif visant à initier les détenus à l'usage des outils numériques (ordinateur, Internet, démarches administratives dématérialisées...).

> Juge : Donc ça nous fait 1 mois et 10 jours. Monsieur [prénom nom], qui nous arrive de [ville : une autre prison]. Alors, ils nous ont laissé une note avec écrit : « Octroi partiel. »
> Procureure : Pardon ?! Quoi ? Pourquoi partiel ? Moi, ça fait 0 s'il a rien fait ! […]
> Juge : On passe à Monsieur [prénom nom].
> Conseillère pénitentiaire *[l'interrompant]* : Alors, Monsieur [nom], il travaille aux espaces verts depuis [date : trois mois] et il a rendez-vous à l'[sigle d'une association de la région] pour débuter une formation.
> Procureure : Donc ça fait 3 fois 7, 21, plus le rendez-vous, 1 jour, parce que 2 visites à l'[association de formation professionnelle], ça fait 1 jour.
> Juge : Moi j'avais compté 2 jours pour l'[association].
> Procureure : Ah non ! Deux visites : 1 jour.
> Juge : Donc 22 jours. [Commission d'application des peines en maison d'arrêt.]

Les décisions prises dans le cadre des commissions d'application des peines, pour ce qui concerne l'attribution de réductions de peine supplémentaires, s'appuient également sur le respect des trois injonctions précédemment décrites. Les détenus sont tenus de se raconter − mais en démontrant là qu'ils ont changé −, par la mise en évidence ce qu'ils font en prison (« j'ai travaillé », « je vois un psy »...), et les actions entreprises doivent nécessairement être institutionnalisées, puisqu'il leur faut s'appuyer sur des documents réunis tout au long de l'incarcération et prenant la forme d' « attestations » remises par les professionnels exerçant dans l'établissement : les détenus prouvent ainsi qu'ils ne sont pas « inactifs ».

Les « RPS » constituent donc un « système de privilège » (Goffman, 1968 [1961]) institutionnalisé, qui nuance *a posteriori* la faiblesse d'imposition de l'injonction à l'activité, telle qu'elle peut être supposée du fait de l'emploi d'un registre de l' « opportunité » lors de l'entrée dans l'institution. Mais il importe de souligner que les détenus n'assistant pas aux commissions d'application des peines, ils ignorent comment leurs réductions de peine sont discutées, calculées et attribuées. Il s'agit d'un point central au regard des propos recueillis par entretien : les nombres de jours obtenus de la part de juges d'application des peines est fréquemment commenté sur le ton de la colère ou de l'incompréhension par les détenus :

> « Vous savez, vous avez les RPS, et quand vous touchez 0 jour, vous demandez pourquoi, et on vous donne aucune explication si ce n'est "ne fait pas preuve de réinsertion". C'est la phrase toute faite. » [M. Carmin, détenu depuis trois ans.]

Les opérations de calcul à partir desquelles les volumes de jours attribués sont déterminé leur échappe − ces opérations procèdent, comme on le voit dans les

extraits de la commission retranscrite ci-avant, d'une tentative de rationalisation associant chaque action institutionnalisée entreprise à une valeur, c'est-à-dire un nombre plus ou moins important de jours.[195] Quelques jours après avoir reçu un courrier du juge d'application des peines annonçant le nombre de jours qui lui a été accordé lors de la dernière commission, M. Sodamba fait ainsi part de son sentiment d'incompréhension : pourquoi a-t-il reçu si peu de « RPS » ?

> « Il n'y a pas plus sportif que moi, pas plus actif que moi, pas plus respectueux que moi, mais on me donne 10 jours. J'ai toujours eu un bon comportement. Je comprends pas pourquoi le juge me donne rien. Ça me frustre sur toute ma détention. J'ai pas d'explication, de personne. Personne m'explique quoi que ce soit. On me dit juste [sur le papier qu'on m'a remis] "inactif". Mais je suis pas quelqu'un d'inactif, c'est impossible. […] Alors quand on dit "inactif", c'est pas normal. Il y a un problème, mais je sais pas lequel. Moi, toutes mes heures vides c'est du sport, ils le savent tous. Même lorsque... Sauf le dimanche où je fais pas de sport, je me repose, je fais la cuisine. J'ai jamais eu de problèmes d'inactivité, jamais. […] Si encore je savais que j'étais fautif, qu'ils me disaient pourquoi, je comprendrais ; je dirais "d'accord", mais j'ai pas d'explications, rien. » [M. Sodamba, détenu depuis deux ans et demi.]

L'entretien, qui se déroule au centre de détention d'Alauposo près de deux ans après le premier, réalisé à la maison d'arrêt des hommes de Servoud, se concentre alors sur le résultat du calcul de ces « jours » : M. Sodamba y revient après chacune de mes relances. Il répète qu'il n'y a pourtant « pas plus actif » que lui, qu'il se « lève à sept heures » le matin tous les jours et qu'il n'a pas d' « heures vides » : « tous les surveillants qui font la ronde » pourraient d'ailleurs le confirmer, car « ils le savent tous ». Il a en fait intégré l'injonction à « faire quelque chose », de même que le système de privilège institutionnalisé associé aux trois injonctions décrites. Mais s'il juge ne pas avoir d' « heures vides », c'est parce qu'il effectue des exercices de musculation dans sa cellule et qu'il cuisine régulièrement pour d'autres détenus de sa coursive. Autrement dit, il se plie à l'injonction explicitée de « faire quelque chose », qu'il oppose là à l' « inactivité » – « j'ai jamais eu de problème d'inactivité, jamais » –, mais pas à son implicite : se soumettre au contrôle d'une autorité légitimée ; il occupe certes son temps, mais sans qu'aucune autre contraintes que celles qu'il s'impose à lui-même ne s'ajoutent à celles auxquelles il est déjà soumis en étant emprisonné dans l'institution.

195. Yasmine Bouagga (2016) relève qu'il en est de même pour les conseillers pénitentiaires, qui assistent à ces commissions : « L'absence de barème est source d'incompréhensions de la part des détenus, qui constatent une grande variabilité des décisions d'un magistrat à l'autre ; c'est aussi une source d'incompréhension de la part des conseillers pénitentiaire » (p. 127).

Car finalement, qu'est-ce qu'être « actif » ? Qu'est-ce que « s'occuper » ? Est-ce travailler aux ateliers de la prison ? Est-ce se lever chaque jour de bonne heure et enchaîner aussitôt avec quelques pompes ? N'est-ce pas être « actif » que de participer à cette « Enquête FibroScan® » ou de prendre part à un entretien sociologique[196] ? Dès lors que rien n'est certain, tout semble possible : chaque action entreprise est susceptible de permettre de « gagner des jours » et d'ainsi être – qui sait ? – libéré plus vite. Et se soigner ?

196. Cf. *supra*, « Annexe K. Un courrier adressé par un interviewé détenu à la "sociologue de l'Usca" », p. 487.

2nde Partie. – Modalités et effets d'une socialisation à la santé en établissement pénitentiaire

« Fait le 30.03.2013. Bonjour, je vous écris cette lettre pour simplement vous dire après notre rencontre le 28.03.2013. Nous avons parlé de ma maladie que c'était dur d'en parler à ma famille. J'ai eu le courage de leur faire part de ma maladie le 29.03.2013. Ma famille l'a pas trop mal pris. J'ai eu du soutien de ma famille, moi je croyais qu'ils allaient le prendre mal, je suis fière qu'ils me soutiennent. Il leur tarde ma sortie. Cela sans vous je n'aurais pas pu les mettre au courant. Car même si je le montre pas, cette maladie me flou un peu dans ma vie à faire des enfants, fonder une famille et avoir une vie de famille comme les autres personnes. On espère avec le temps pouvoir fonder une famille là où je serai dans la vie active au travail et la famille. On vous remercie de votre temps de m'écouter à écouter. Vos conseils de quoi avoir du connaissance là où je pourrais m'en sortir avec des problèmes dans la vie on peut toujours dire c'est les autres la faute à eux, la cause de mes délits. Ce n'est pas les autres qui me les ont fait faire, c'est moi qui l'ai voulu à moi de travailler sur moi-même pour être dans le droit chemin et oublier le passé et penser au présent et au futur. Chaque jour qui passe me fait travailler sur moi-même. J'ai envie d'arrêter de fumer la cigarette car même la cigarette, les personnes viennent te chercher la merde car tu veux pas leur donner tout ça me fait mal à la tête. Entouré de personnes à tout moment ça peut tourner mal pour un rien alors que moi je demande rien, je bouge pas de ma cellule quelques fois ça m'arrive de pas être dans ma cellule. Tout ce que je souhaite je veux être dans mon coin et attendre ma sortie, retrouver ma famille, le travail qui me manque énormément. J'ai hâte de retrouver le travail, là où je suis loin de tout, là où je reste correct avec ma tâche du travail et oublier tous les soucis. En sortant, je me consacrerai plus de temps à ma famille que mes amis. Et ainsi, choisir de bons amis, ceux qui veulent que j'avance dans la vie dans le droit chemin. La prison ce n'est que du temps perdu. Commettre des délits, cela sert à rien : tout ce qu'on a commis on le paye un jour. On croit gagner de l'argent et en fin de compte, tu le dépenses en années de prison alors que si tu es dans le droit chemin, à gagner de l'argent en toute légalité, tu l'as gagné nettement et personne ne viendra le prendre. Le monde a pas été fait comme ça dans le délit, c'est l'être humain qui l'a rendu comme ça à toujours vouloir plus que la normale. »

Retranscription d'une lettre adressée à l'Ucsa d'Alauposo

UN AN ET SEPT MOIS ont passé depuis la condamnation de M. Hochani à une peine de deux ans de prison ferme et son placement à la maison d'arrêt des hommes de Rodan : il avait alors vingt-quatre ans ; il en a maintenant vingt-six, et il n'est désormais plus détenu à Rodan mais à quelques deux centre kilomètres de là, dans la ville d'Alauposo, où il a été transféré afin de finir d'exécuter sa peine. De la maison d'arrêt de Rodan au centre de détention d'Alauposo, voilà quoi qu'il en soit un an et sept mois qu'il vit continuellement dans l'institution carcérale. Un an et sept mois qu'il est la plupart du temps enfermé dans une cellule. Un an et sept mois que des surveillants observent régulièrement ce qu'il y fait au travers d'un œilleton. Un an et sept mois que sa porte est quotidiennement déverrouillée puis reverrouillée. Un an et sept mois qu'il va occasionnellement d'un secteur à l'autre de l'établissement, selon qu'il a « parloir famille », « convocation Ucsa » ou « entretien-psy ». Mais d'ici à quelques semaines, il sera libéré de l'institution et, sa sanction arrivant à son terme, une juge d'application des peines lui récemment permis d'en sortir quelques heures, au titre du « maintien des liens familiaux ». Ce samedi soir, de retour du domicile familial après vingt-quatre heures passées auprès de ses parents et son épouse, M. Hochani regagne sa cellule et il rédige une lettre de remerciement à destination d'une infirmière de l'équipe médicale. Quelques jours plus tôt, l'infirmière l'avait convaincu de parler à ses proches d'un diagnostic reçu peu de temps après l'incarcération : « *Chaque jour qui passe*, lui écrit-il dans sa lettre, *me fait travailler sur moi-même.* » Cette seconde partie est consacrée à ces diagnostics qui « tombent » à l'entrée en prison, à ces jours qui passent, à ce travail sur soi, et puis à cette phrase ou, plus exactement, à sa formation.

Chapitre 3. Façonner des patients

« *Allez-y docteur, dites-le moi franco. Dites-le moi tout de suite.* »

Cabinet médical du Bâtiment A de la maison d'arrêt des hommes de Rodan. La personne qui supplie ainsi le médecin l'ignore encore, mais elle a été reconvoquée à l'infirmerie à la suite de sa participation à l' « Enquête FibroScan® ».[197] Visiblement inquiet, le patient répond brièvement aux questions du médecin tout en marchant d'un côté à l'autre du cabinet (« Non franchement je bois pas » ; « Je mange que dehors quand je suis dehors » ; « Je mange que des kebabs »...). Celui-ci commente à chaque fois ses réponses (« Il va falloir faire des efforts » ; « Tout ça, c'est trop gras »...). Et le patient supplie à nouveau : « *Allez-y docteur, dites-le moi*. » Prenant un ton excédé, le médecin répond alors : « *Mais je suis justement en train de vous expliquer !* » Mais, montrant du doigt un document posé sur le bureau, le patient insiste encore : « *Mais pourquoi c'est souligné ? Dites-moi tout docteur, on m'a dit qu'on me faisait tout... le sida et tout.* » Le médecin regarde rapidement une autre feuille de papier, puis il assure au patient : « *Oui, ça c'est tout bon.* » Visiblement surpris, ce dernier demande : « *Y'a pas de maladie bizarre, alors ?!* » et, sans attendre de réponse, il laisse tomber son corps sur la chaise faisant face à celle du médecin et il confie : « *Oh la la... je suis content ! On me demandait où j'allais et moi j'avais trop peur, sérieux docteur ! Je savais même pas quoi répondre !* » Après que le médecin a mesuré son poids et sa tension, tandis qu'il les retranscrits précédé de la formule « Consultation éducation nutritionnelle » dans le dossier médical, le patient s'approche de la fenêtre et, semblant se parler à lui-même, il observe sur un ton las : « *J'ai raté la promenade. On était du bon côté en plus aujourd'hui.* »

197. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 4.3. L' "Enquête FibroScan®" conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan », p. 171-178.

Après la visite médicale d'entrée en prison, les détenus dont les résultats aux examens pratiqués ne semblent pas « normaux » aux professionnels de santé sont « reconvoqués » à l'infirmerie. Les soignants transmettent pour ce faire leurs noms aux surveillants de l'infirmerie, en les inscrivant sur un cahier qui est disposé sur leur bureau ou en leur remettant une liste papier, selon l'établissement, puis les surveillants de l'infirmerie repèrent dans un fichier informatique à quels étages les détenus attendus à l'Ucsa ont été affectés, et ils informent les surveillants postés aux étages de détention de leur convocation. Les surveillants d'étage déverrouillent alors les portes de leurs cellules et ils leur remettent un « bon de convocation » remis les autorise à demander l'ouverture des portes et des grilles situées sur le chemin de l'infirmerie aux surveillants en contrôlant le franchissement.

À leur arrivée dans les locaux de l'infirmerie, les détenus convoqués ignorent toujours qui les a fait venir et pour quoi. Quelques fois, ils ont à patienter durant plusieurs heures dans la salle d'attente avant de le découvrir – selon la façon dont le personnel de surveillance organise ses activités.[198] Une fois reçus, il n'est de ce fait pas rare qu'ils confient leur surprise :

> Patient : En fait, je pensais que je venais pour mon abcès... J'ai vu le docteur pour ça [à la visite médicale d'entrée], mais il m'a dit qu'il avait pas son Opinel... Je pensais que vous étiez chirurgien et que vous alliez me l'enlever ? [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Ainsi, ce patient pensait être reçu par un chirurgien, mais aucun n'intervient en fait au centre de détention d'Alauposo. Recrutée quelques mois plus tôt afin d'assurer une consultation bimensuelle dans l'établissement pénitentiaire, la médecin qui l'a convoqué ne s'apprête pas à l'opérer. Sa spécialité est l'infectiologie ; elle l'a convoqué pour lui annoncer les résultats des tests de dépistage pratiqués sur lui à son arrivée dans l'établissement : ils sont revenus « positifs » du laboratoire. Les informations de santé à propos desquelles les détenus sont reconvoqués s'appuient généralement sur les résultats des examens pratiqués après le placement sous écrou, dans le cadre de la visite médicale d'entrée. Dix mois après son placement en maison d'arrêt, M. Cadet se souvient ainsi des suites de son examen :

198. Dans l'une des maisons d'arrêt étudiée, les surveillants de l'infirmerie transmettent au fur et à mesure de la journée les noms des détenus convoqués aux surveillants d'étage : ce sont souvent les soignants qui attendent leurs patients. Dans l'autre maison d'arrêt, les surveillants font appeler tous les détenus convoqués en même temps, en début de mi-journée, et il n'est pas rare qu'il attendent durant plusieurs heures dans la salle d'attente, pour peu qu'ils soient parmi les derniers à être reçus par l'équipe médicale.

> « Au départ, ils m'ont fait une radio pour voir les poumons, ils ont trouvé les poumons un peu blancs. J'ai passé un scanner, les poumons ils vont très bien *[rires]*. Mais ils ont trouvé ça, alors ils m'ont fait passé un deuxième scanner, et le deuxième examen spécial... » [M. Cadet, médicalisé en prison.]

Le médecin avait jugé ses poumons « un peu blancs » sur le cliché de la radiographie thoracique systématiquement réalisée à l'incarcération : il l'avait reconvoqué à plusieurs reprises à l'infirmerie à ce propos, avant de le faire conduire à l'hôpital pour que des examens complémentaires soient effectués. Une fois à l'hôpital, M. Cadet a finalement été hospitalisé dans son unité surveillée, l' « hôpital-prison », où les médecins lui ont appris que ses poumons fonctionnent en fait « très bien », tout en lui trouvant comme il l'explique « quelque chose » :

> « J'ai pas grand chose à part un kyste sur la glande surrénale. Que... ils ont trouvé quelque chose sur la glande surrénale. Mais pour l'instant tout va bien, hein. Il faudra juste que je pense à des... Comment on appelle ça déjà... à des examens... que je fasse attention toutes les années, c'est tout hein.
> *L. M. : C'est quoi ce kyste, c'est...*
> Ah ben j'ai quelque chose sur la glande surrénale. Je sais pas quels termes ils emploient... C'est euh, c'est un kyste, enfin de toute façon, ils ont trouvé quelque chose, voilà. » [M. Cadet, médicalisé en prison.]

Décrivant le déroulement des huit journées passées dans cette unité hospitalière surveillée par l'administration pénitentiaire, par l'énumération des contraintes supplémentaires auxquelles il a été soumis durant ce laps de temps (absence de cour de promenade, impossibilité de fumer des cigarettes...) et des quelques « privilèges »[199] dont il a pu bénéficier en étant hospitalisé plutôt qu'incarcéré (accès libre à une douche depuis la chambre-cellule, individuelle...), il précise alors : « *C'était la première fois que j'étais hospitalisé.* » Il ne s'agit pas d'un commentaire anodin. Nombre des détenus médicalisés en prison tiennent un discours assez similaire :

> « Ah non mais j'ai jamais été malade pour ainsi dire ! Il a fallu que j'arrive ici pour que... *[Un médecin-psychiatre ouvre la porte du bureau, puis la referme et repart]*. Oui donc, comme je le disais, dehors je voyais jamais le médecin. » [M. Foucard, médicalisé en prison.]

> « À part une hospitalisation avant, une fois, quand j'ai cassé la jambe – mais c'était pas en France, c'était au Portugal –, j'avais pas de problème. J'avais jamais été à l'hôpital, et j'ai été [hospitalisé à quatre reprises à l'UHSI ou « hôpital-prison »] par rapport à deux hernies. Ça a été à cause des efforts au

199. Au sens d'Erving Goffman (1968 [1961]) : « Les privilèges [dans les institutions totales] ne consistent pas en avantages matériels ou financiers ni en valeurs positives, mais uniquement en l'absence de privations que l'on ne s'attend pas à subir dans la vie courante » (p. 95).

> travail, parce que vous savez les Portugais comment c'est, on est dans le bâtiment. Et maintenant j'ai une hernie ici *[montrant son dos]*, où je peux être opéré qu'à partir de cinquante-cinq ans. Je pourrais être opéré maintenant, mais le problème c'est que le médecin il m'a dit : "Ça peut se passer bien, comme ça peut se passer mal." Moi je préfère rester comme ça, voilà. » [M. Da Silva, médicalisé en prison.]
>
> « Dehors je vois jamais le docteur. La dernière fois c'était... *[soufflant comme pour signifier que c'était il y a longtemps]*... c'était en... c'était [année : il y a deux ans], parce que je me suis fait opérer et on m'a retiré la moitié de l'intestin. J'ai une "hypolipe"... hypo... *[hésitant]*. Je sais pas comment ça s'appelle... Un nom tiré par les cheveux. C'était soit on me retirait la moitié de l'estomac, soit à mes trente ans j'étais plus là. On m'a retiré l'intestin, et puis voilà. » [M. Tourant, médicalisé en prison.]
>
> « Je suis pas une personne qui tombe malade. J'étais en bonne santé donc euh… Je voyais pas trop le médecin. » [M. Gargarov, médicalisé en prison.]
>
> « Il y a cinq ans, j'ai continué les injections à ma sortie [de prison] pour finir les douze mois [de traitement], mais j'ai appris là, quand je suis tombé, qu'en fait elle était toujours là [l'hépatite C diagnostiquée à la précédente incarcération]. […] Je pensais que ça [le traitement médicamenteux pris en prison] avait marché... Et puis de toute façon, j'évite les prises de sang et puis voilà. Là je l'ai fait, mais parce qu'on est coincé et puis voilà. » [M. Karadji, médicalisé en prison.]

Tout en insistant sur leur faible recours à l'institution médicale hors de l'institution carcérale, sur leur inexpérience d'un traitement hospitalier ou encore sur le fait qu'ils « évitaient » de consulter des praticiens de santé quand ils étaient « dehors », les détenus médicalisés en établissement pénitentiaire soutiennent qu'il n'avaient « pas de problème », qu'ils n'avaient « jamais été malade », qu'ils n'étaient pas « quelqu'un qui tombe malade »... Avant de « tomber » en prison. Une expression fréquemment employée par les personnes détenues interviewées, que l'on peut la rapprocher à d'autres, tout aussi courantes : « tomber malade », « tomber amoureux », « tomber au chômage », « tomber au RMI »[200], « tomber enceinte » ou encore « tomber dans telle classe à l'école »... Qu'il s'agisse d'évoquer en ces termes une incarcération, la survenue d'une maladie, la perte d'un emploi, l'obtention d'une assistance, la naissance d'un sentiment amoureux, le début d'une grossesse ou encore l'obtention d'une affectation scolaire, ces événements partagent une dimension commune : ils se caractérisent par une forme d'assujettissement.

200. Voir à ce titre : Serge Paugam et Duvoux (2013 [2008], p. 41).

1. “Tomber.” En prison, et malade

Comment s’articulent ces deux épreuves que sont la médicalisation de son quotidien et l’enfermement carcéral quand elles sont expérimentées simultanément ? Ce chapitre apporte un éclairage à cette question en se centrant sur l’expérience et le traitement réservé à des détenus ayant reçu un diagnostic d’infection par le VIH, par le virus de l’hépatite B et/ou par le virus de l’hépatite C lors d’un placement dans l’institution carcérale. Si l’on réduit ainsi la focale, c’est parce que les patients détenus interviewés expliquant avoir vu leur quotidien médicalisé en prison font pour la plupart référence aux résultats des tests permettant de dépister ces infections, qui sont prescrits à l’incarcération. Après l’examen d’entrée, ils ont été reconvoqués à l’infirmerie :

> « J’ai l’hépatite C ou... *[hésitant]* oui voilà c’est ça, l’hépatite C. Je l’ai appris quand j’étais arrivant. On m’a fait des prises de sang, et on me l’a appris le 3 décembre [deux semaines plus tôt]. C’est tout récent. […] J’avais jamais fait de test, quedalle. » [M. Tourant, détenu depuis un mois, diagnostic d’une infection par le virus de l’hépatite C posé en prison.]
>
> « Le VIH je l’ai appris là, le 15 [mois : trois mois plus tôt]. Le 17 exactement. On m’a fait le test bien avant [date : il y a cinq mois], et on m’a donné la réponse le 17. C’est le docteur Faure qui me l’a dit. » [M. Rahmani, détenu depuis cinq mois, diagnostic d’une infection par le VIH posé en prison.]
>
> « [Le médecin] m’a chopé que j’ai une hépatite B et un début de cirrhose. Un début de cirrhose, ça c’est pas facile à vivre. Bon, ça c’est clair je suis pas en prison pour rien hein, comme ça au moins je me soigne en même temps, mais bon c’est vache. […] J’ai appris ça ici, et c’est vrai que... que j’ai pété un plomb. Ouais, j’ai pété un plomb : *[chuchotant]* j’ai été au SMPR[201]... *[insistant en détachant chaque syllabe]* j’ai été au S-M-P-R. » [M. Miller, détenu depuis un an et demi, diagnostic d’une infection par le virus de l’hépatite B posé en prison.]
>
> « Ils m’ont fait le... le... le test, et c’est là que j’ai su. C’était ici, à Rodan. Je savais même pas avant. » [M. Da Silva, détenu depuis deux ans et demi, diagnostic d’une infection par le VIH posé en prison.]
>
> « C’était le test à l’entrée, mais quand on m’a dit le résultat je savais pas ce que c’était le VIH. On m’a dit : “Tu l’as”, mais je savais pas ce que c’était.

201. Sous-entendu : il a été placé pendant quelques jours dans l’une des cellules situées juste à côté des locaux du service psychiatrique de la prison (le SMPR). Ces cellules sont destinées aux détenus recevant des soins psychiatriques intensifs.

> J'étais dans une cellule avec mon père, et lui non plus il savait pas ce que c'était. » [M. Katashev, détenu depuis six mois, diagnostic d'une infection par le VIH posé lors d'une précédente incarcération.]
>
> « Je l'ai appris ici, à Servoud. On m'a fait les prises de sang quand je suis rentré. Moi je savais pas ce que c'était... » [M. Otmane, détenu depuis une semaine, diagnostic d'une infection par le virus de l'hépatite C posé lors d'une précédente incarcération.]

Cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agit là des jugements médicaux les plus fréquemment rendus par les soignants à la suite de ces examens d'entrée, mais bien que les détenus recevant ces diagnostics leur accordent globalement de l'importance, à un degré qui est tout au moins suffisant pour qu'ils fassent part ensuite de cette information à une sociologue. En revanche, ce détenu semblant regretter d'avoir manqué le créneau de la promenade dans la cour la plus ensoleillée de Rodan pour se voir annoncer que son foie « ne va pas bien » reviendrait-il par exemple sur cet événement, peut-être des mois plus tard, s'il était invité à raconter son « histoire » ? Le pouvoir performatif (Austin, 1970) des énoncés médicaux est donc plus ou moins intense, selon l'énoncé, et cela explique en partie pourquoi les détenus indiquant avoir reçu un diagnostic en prison font pour la plupart mention d'un diagnostic d'infection par l'un ou plusieurs de ces virus.

Les pratiques de « repérage » conduites par les médecins dans le cadre de la visite médicale d'entrée dans l'institution, qui concentrent alors leur attention sur la prescription de tests permettant de dépister ces infections, expliquent ensuite elles aussi en partie pourquoi les pratiques de médicalisation en prison concernent principalement des détenus suivis pour une infection par le VIH, par le virus de l'hépatite B et/ou par le virus de l'hépatite C. Si on laisse un instant de côté d'autres facteurs explicatifs, liés notamment à la surexposition au contrôle pénal de certaines populations, comme les consommateurs de drogues,[202] on peut en effet faire l'hypothèse que nombre de détenus se verraient annoncer qu'ils ont toutes sortes d'autres problèmes de santé, de handicaps ou encore de particularités biologiques voire génétiques, si des examens permettant de les « détecter » étaient prescrits avec le même systématisme à l'ensemble des détenus lors du placement dans l'institution carcérale : tests dermatologiques, tests urinaires, tests génétiques...[203]

202. Je développe ce point plus tard. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.3.2. Les "tox" : une mortification paroxystique », p. 399-421.

203. On peut faire un parallèle avec le dépistage prénatal de la trisomie 21, sur lesquels se concentrent les médecins-gynécologues dans le cadre du suivi d'une grossesse, prescrivant

Ces troubles de la santé ont enfin beau être somatiques, ils ont cela de particulier que, contrairement à la plupart des affections physiques, ils se manifestent peu par « des symptômes, des douleurs ou des limitations » (Pierret, 2006, p. 31). Les discours des détenus médicalisés le montrent bien : « On m'a donné la réponse », « ils l'ont vu », « on m'a dit : "tu l'as" », « on me l'a appris », « c'est là que j'ai su », « Je l'ai appris », « Je savais même pas avant ». Ce n'est pas à partir d'une « "réalité" du corps » que des médecins leur ont posé ces diagnostics, mais en recourant à un dispositif de dépistage produisant « des taux et des formules, témoins de processus biochimiques au niveau cellulaire » (Herzlich, Pierret, 1991 [1984], p. 128). Autrement dit, c'est en premier lieu parce qu'un médecin leur a *dit* – parce qu'un mot a été posé sur eux – qu'ils ont *appris*.

Mais qu'ont-ils finalement appris ? Si l'on sait que le simple fait qu'un médecin nomme une condition humaine comme « maladie » transforme la conduite des personnes recevant ce qualificatif (Freidson, 1970, p. 223), qu'en est-il dans le cas où elles se trouvent *en sus* enfermées dans un établissement pénitentiaire ? Voilà donc la principale question à laquelle je vais tâcher d'apporter des éléments de réponse dans les sections suivantes, en portant tout spécifiquement attention à une dimension plus subjective du pouvoir de transformation des institutions médicale et carcérale (Dubar, 1996), à savoir leur capacité à « réorienter les récits de vie » de ceux qu'elles dirigent (Boucheron, 2016), et en me concentrant sur l'expérience de détenus ayant reçu un diagnostic d'infection virale en prison.

2. L'annonce d'un résultat "positif" au test d'entrée

Chaque matin, les laboratoires des hôpitaux-référents adressent au personnel médical des établissements pénitentiaires les bilans des tests de dépistage de maladies infectieuses prescrits dans le cadre du dispositif médical d'entrée. Les équipes médicales en prennent connaissance, mais elles n'annoncent pas leurs résultats à tous les intéressés. Faute de temps, de personnel et de locaux, les soignants soutiennent ne pas avoir la possibilité de tous les recevoir à nouveau à l'infirmerie : seuls les détenus dont les résultats sont « positifs » aux tests réalisés sont reconvoqués. Portant un regard critique sur cet aspect de leurs pratiques, il arrive que des professionnels de santé entreprennent d'évaluer la proportion de détenus n'ayant pas eu connaissance de ses résultats afin de dénoncer leurs conditions de travail. C'est ainsi que, lors d'une réunion organisée par l'Agence régionale de santé, un médecin ayant relevé les traces laissées dans les dossiers

aussi ces tests en masse en se contentant d'un « consentement implicite » des patientes – voir à ce titre : Carine Vassy (2011) et Bénédicte Champenois-Rousseau et Carine Vassy (2012).

médicaux des hommes incarcérés l'année précédente dans une maison d'arrêt a dénoncé le fait que près d'un arrivant « testé » sur deux n'avait pas été informé de ses résultats. De même, lors d'une réunion organisée cette fois par un comité de la Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih), une assistante sociale hospitalière s'est appuyée sur des données similaires pour dénoncer le manque de moyens matériel et humain des équipes Ucsa. De leur côté, les détenus qui n'ont pas été reconvoqués après s'être vu prélevé du sang en déduisent généralement que cela signifie qu'ils n'ont pas de « problème », après quelques semaines sans nouvelles, comme on le voit à la façon dont ils parlent de leurs résultats lorsqu'ils sont à nouveau incarcérés :

> Médecin : Vous avez déjà fait les tests pour les hépatites, le sida ?
> Patient : Oui, quand j'étais ici en [année : il y a deux ans].
> Médecin : Et les résultats ?
> Patient : On m'a jamais rien dit donc ça devait être bon. [Visite médicale d'entrée en maison d'arrêt.]

Des détenus prennent également quelques fois connaissance de leurs résultats plus tard, durant la période de détention, à l'occasion d'un passage à l'infirmerie de la prison. M. N'diaye, détenu à la maison d'arrêt des hommes de Servoud, évoque ainsi la personne partageant sa cellule qui est « revenu tout content » de l'infirmerie car « il avait tout de bon » :

> « J'ai vu sa feuille [son bilan sanguin], il est revenu tout content parce qu'il avait tout de bon. […] [Moi] on me l'a juste montrée à l'infirmerie, mais je suis pas reparti avec. Lui comme il avait rien, il est reparti avec. Rien ne vaut ce papier. Tout l'or du monde ne vaut pas ce papier. » [M. N'diaye, médicalisé en prison.]

Lui n'a été autorisé à récupérer le document où figuraient ses résultats aux tests prescrits à l'incarcération. Il a seulement pu le regarder un instant, parce qu'il indiquait un résultat « positif ». Pour le personnel médical du centre pénitentiaire où il est emprisonné, il s'agit de faire en sorte qu' « aucun détenu ne quitte le cabinet avec un document mentionnant sa pathologie », comme me l'explique un médecin. C'est un principe fort structurant leurs activités : la conservation à l'infirmerie de ce type de documents doit permettre de protéger les patients de la circulation d'informations sur leur santé au sein de la prison : les cellules sont rarement individuelles, et elles peuvent être fouillées à tout moment par le personnel pénitentiaire. Dans d'autres prisons en revanche, les détenus sont autorisés à conserver les documents produits sur eux dans le cadre de leur prise en charge médicale. C'est comme cela que M. Gargarov, détenu à Rodan puis à Alauposo, a par exemple appris que son « collègue de cellule » avait « la maladie

hépatite C ». Ayant « trouvé » le bilan sanguin de ce dernier en son absence, il a ensuite été le montrer au chef de détention, dans l'espoir d'être changé de cellule :

> « Je le savais [que le collègue avait une hépatite C] parce que lui il sait pas lire, il sait pas écrire, donc il va chercher ses papiers et je l'aidais. Mais en fait, j'ai trouvé son résultat aussi... Parce que lui, quand il était dehors, déjà il était au CHU de [ville : près de Rodan], et j'ai vu ce papier. J'ai vu. "Tu as l'hépatite C ! Tu as la maladie hépatite C et tu m'as rien dit, c'est pas normal, on mange dans la même assiette, on boit dans le même verre, donc bon !" Quand j'ai vu ce truc là, je lui ai demandé ce résultat, de lui prendre [le papier], j'ai vu Monsieur Cordin [chef de détention], je lui ai dit : "Monsieur, regardez ! Il a l'hépatite, je veux changer de cellule !", et je lui ai donné la feuille. Il m'a dit : "Ok, on va voir ça", et une semaine après j'ai commencé à travailler, donc j'ai changé de cellule. » [M. Gargarov, médicalisé en prison.]

La grande majorité des patients détenus rencontrés affirme qu'il leur importe en fait assez peu que les équipes médicales contrôlent ou non la circulation de documents produits sur eux, car de toute manière « toute la prison le sait » quand quelqu'un a le moindre « petit problème » :

> « Vous savez qu'ici, s'il y a un petit problème, toute la prison le sait. Dès qu'il y a quelque chose... Comme moi, par exemple, je sais des choses. Je sais qu'il y en a ici qui sont beaucoup, beaucoup... Qui sont au top, qui sont au maximum.
>
> *L. M. : Au maximum ? Au maximum de quoi ?*
>
> Au maximum du VIH. Eh, chacun sa vie ! C'est pas parce que je l'ai, hein.
>
> *L. M. : Mais comment vous le savez pour les autres ?*
>
> Ben parce que celui-là, c'est le frère jumeau de celui-là. Physiquement, et ainsi de suite. Physiquement.
>
> *L. M. : Mais vous le voyez comment ? Enfin, moi je vois pas...*
>
> Vous voyez pas ici ?
>
> *L. M. : Non.*
>
> Ben ils sont marqués physiquement. *[hésitant]* Bon, je vais le dire clairement : celui qui va voir le docteur Ducoudray, c'est pour quoi faire ? On sait tous : ceux qui vont voir le docteur Ducoudray, ils sont VIH. Moi j'ai une excuse, la jambe. Parce que c'est lui qui s'est occupé de l'infection de la jambe aussi. C'est lui qui m'a donné le... Vous comprenez ? Mais eux, ils ont pas d'excuse !
>
> *L. M. : Parce que vous êtes tous appelés ensemble le lundi ?*
>
> Voilà ! Enfin, pas moi, moi je le vois tous les six mois. Mais lui il vient tous les lundis. […] Par contre, moi si je vais le voir, j'ai une excuse. Parce que c'est lui qui m'a donné les douze antibiotiques par jour que je prenais pour la jambe. Douze par jour. Donc j'ai mon excuse. Donc quand on me dit que

> c'est le VIH, je réponds : "Mais de quoi tu me parles toi, là ? Qu'est-ce que tu me dis, là ! Moi c'est la jambe ! Parce que c'est une infection aussi !" Bon, on arrivera jamais à ce point là, on m'a jamais demandé, mais au moins j'ai l'excuse. Et en plus, ça tombe bien parce que le docteur Ducoudray, il a commencé à venir me voir après que j'ai l'infection à la jambe. Pas avant ! Donc ça tombe bien. Je l'ai pas vu avant. Vous comprenez ? Bon, moi ça me regarde pas, c'est chacun... Mais au moins, j'ai mon excuse. » [M. Da Silva, médicalisé en prison.]

Le médecin dont parle ce détenu exerce le plus souvent à l'hôpital, mais il se rend aussi tous les lundis à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Rodan afin d'effectuer une consultation spécialisée en infectiologie dans la prison. Or ses patients, avant d'être reçus, sont tous convoqués à l'infirmerie, leurs déplacements sont permis par le personnel de surveillance, et ils attendent leur tour assis sur le banc présent dans le hall de l'infirmerie : les personnes passant par là et/ou attentives aux déplacements dans la prison (détenus, surveillants, auxi...), en déduisent alors qu'ils ont probablement « l'hépatite » ou « le sida ». Cela n'est pas spécifique à cet établissement ; il en est ainsi dans l'ensemble des prison. C'est de cette façon par exemple que nombre des détenus de Servoud en sont venus à estimer que « la moitié de Servoud a l'hépatite ».

La visibilité du motif de la convocation à l'infirmerie des détenus concernés par le suivi d'une maladie infectieuse est d'autant plus forte que peu de médecins-spécialistes assurent des permanences régulières en prison. Je n'ai par exemple jamais croisé de cancérologue, de diabétologue ou de cardiologue dans les prisons étudiées, mais j'ai en revanche assisté à des consultations spécialisées en infectiologie dans chacune d'elles[204] : les consultations de M. Faure, qui travaille quotidiennement à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Servoud ; les consultations de M. Ducoudray, qui se rend une demi-journée par semaine au centre pénitentiaire de Rodan ; et les consultations de Mme Poudret et Mme Widerberg, qui assurent une permanence hebdomadaire à tour de rôle au centre de détention d'Alauposo.

Le comptage des détenus intégrés aux files actives de ces médecins peut donner un ordre d'idée de la proportion de détenus qui sont pris en charge sur le plan médical pour le suivi d'une maladie infectieuse – éventuellement autre qu'une infection par le virus de l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH. Un jour donné de

204. Les détenus orientés vers ces spécialistes sont conduits à l'hôpital-référent de l'Ucsa. La programmation de rendez-vous hospitaliers (appelés « extractions médicales ») est négociée avec la direction de l'établissement pénitentiaire : elles nécessitent la mise à disposition d'un certain nombre de surveillants, quittant alors leur poste comme le dénoncent leurs syndicats professionnels, pour former une escorte (leur nombre dépend du « niveau d'escorte » auquel chaque détenu est assigné, selon un critère de « dangerosité »).

l'enquête, la file active des médecins-infectiologues d'Alauposo comptait ainsi un peu plus de quatre-vingt patients sur les cinq cents personnes détenues dans ce centre de détention. Tous ont en commun d'avoir été convoqué dans le cadre d'une première consultation, pour une annonce des résultats aux tests prescrits à l'incarcération.

2.1. Catégoriser

Les médecins-infectiologues reçoivent tous les détenus dont (au moins) l'un des résultats aux tests pratiqués à l'entrée est « positif » dans le cadre d'une première consultation. Ils les convoquent et ils prennent connaissance de leurs résultats en même temps qu'ils les annoncent. Tournant les pages du dossier médical d'un patient, le médecin infectiologue de Rodan indique par exemple à une interprète franco-russe traduisant sa consultation :

> Médecin-infectiologue : Alors lui, il est vacciné pour l'hépatite B, c'est la même chose [que le patient précédent] : il a l'hépatite C, et le VIH... *[cherchant dans le dossier médical]* Ah voilà ! Négatif pour le VIH. Donc je l'avais vu [date : un mois plus tôt], mais on ne se comprenait pas *[il n'y avait pas d'interprète]*. Donc lui, il n'a que l'hépatite C, et il a été vacciné pour la B. *[L'interprète traduit, le patient semble surpris]* Il ne s'en souvient pas, mais vous pouvez lui dire qu'il l'a fait à [ville : la prison depuis laquelle il a été transféré deux mois plus tôt]. *[L'interprète traduit]* Est-ce qu'il a fait le fibroscan depuis qu'il est là ? *[Répondant lui-même avant que l'interprète ne traduise]* Ah non, il l'a pas eu parce qu'il est pas francophone, il peut pas faire partie du protocole. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Les médecins-infectiologues énumèrent donc les noms des maladies infectieuses recherchées au travers des tests effectués, et ils indiquent pour chacune d'elles si le résultat est « négatif » ou « positif ». Les patients sont rarement surpris. Reprenons par exemple la consultation entre une médecin-infectiologue et ce patient qui s'étonnait des premières questions posées, pensant avoir été convoqué par une chirurgienne[205] :

> Médecin-infectiologue *[lisant le bilan sanguin]* : Alors, c'est négatif pour la syphilis, négatif pour l'hépatite B, et positif pour l'hépatite C.
>
> Patient : C'est pas la première fois qu'on me dit ça, c'était pareil avec mon docteur [année : il y a trois ans]. C'est parce que j'ai une infection, on m'a dit pareil la dernière fois, mais en fait c'était négatif après.
>
> Médecin : On peut contrôler ça ? Je peux l'appeler pour vérifier ça et pour avoir les résultats ?
>
> Patient : Pas de problème. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

205. Cf. *infra*, « Chapitre 3. Façonner des patients (introduction) », p. 207.

À l'annonce du résultat, le patient soutient qu'un médecin lui avait déjà « dit pareil » trois ans plus – et qu'il s'agissait finalement d'une erreur. Mais ce sont en fait plus souvent les médecins-infectiologues qui suggèrent que, sans doute, leurs patients connaissent-ils déjà l'information délivrée :

> Médecin-infectiologue *[à une interprète traduisant ses propos au patient]* : Donc lui, c'est négatif pour le VIH, négatif pour l'hépatite B et, il le sait je pense, il a l'hépatite C. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Il y a deux explications à cela. D'abord, les médecins-infectiologues reçoivent notamment des détenus qui ont été transférés depuis un autre établissement. Prenant connaissance des bilans sanguins transmis par son personnel médical, ils supposent que les résultats figurant dessus ont déjà été transmis aux patients. Mais ils ignorent si c'est effectivement le cas. Il arrive en effet que des détenus soient transférés vers un autre établissement pénitentiaire avant d'avoir été reconvoqués à l'infirmerie à propos d'un résultat « positif ». C'est ce qui est arrivé à M. Gargarov, qui a été détenu à Rodan puis à Alauposo[206] : près de deux années se sont écoulées entre la réalisation d'un premier test présentant un résultat « positif », à l'incarcération, et l'annonce du résultat, après le transfert en centre de détention (Encadré II). Dans le doute – le résultat a-t-il déjà été annoncé par un confrère ? –, les médecins-infectiologues énoncent les informations dont ils disposent *à la manière d'une première annonce*, tout en suggérant à leurs patients que probablement les connaissent-ils déjà.

Il y a ensuite une seconde explication à cette façon d'annoncer les résultats aux tests prescrits à l'incarcération. Comme on l'a vu, les médecins en charge des visites médicales d'entrée prescrivent des examens de contrôle aux détenus leur disant avoir le VIH et/ou une hépatite virale[207] : il s'agit alors, pour les professionnels de santé, de confirmer l'information donnée par le patient. Cependant, à la lecture du dossier médical, rien ne distingue ensuite ces patients, déjà informés, de ceux qui se sont vu prescrire un test de dépistage à l'entrée dans l'institution : les médecins-infectiologues prennent connaissance des bilans sanguin produits par le laboratoire, et ils en annoncent les résultats à chacun de leurs patients selon des formules similaires. En fait, ils supposent que la quasi-totalité des résultats à annoncer sont déjà connus des patients : les véritables « premières annonces », en prison, leur semblent rares.

206. Cette conclusion s'appuie sur une *triangulation complexe* (Olivier de Sardan, 1995) : un entretien réalisé avec M. Gargarov, des conversations avec le personnel médical d'Alauposo et la lecture des dossiers médicaux constitués sur lui à Rodan et Alauposo.

207. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.2.3. La prescription d'examens complémentaires », p. 148-152 ; « Chapitre 2, section 3.3.1.1. (10h28) Première séquence », p. 152-154.

Encadré II. De Rodan à Alauposo : les étapes de l'annonce d'un diagnostic à M. Gargarov

M. Gargarov est d'abord incarcéré à la maison d'arrêt des hommes de Rodan. Dans son dossier médical, un bilan sanguin daté de quelques jours après son placement dans cet établissement (vraisemblablement prescrit à la visite médicale d'entrée) indique la présence d'une infection. Il n'y a pas de traces d'un rendez-vous avec M. Ducoudray (médecin-infectiologue) dans le dossier médical. M. Gargarov a probablement été transféré au centre de détention d'Alauposo avant d'avoir été reconvoqué à l'infirmerie pour une annonce des résultats aux tests de dépistage effectués. Lors de son arrivée à Alauposo, M. Gargarov refuse d'effectuer de nouveaux tests. Dans le dossier médical, une note indique : « refus des sérologies ». Néanmoins, quelques jours plus tard, une infirmière le convoque à l'Ucsa et elle lui prélève du sang. Une copie du dossier médical constitué à Rodan ayant été adressé à l'équipe d'Alauposo, on peut supposer que les soignants du centre de détention en ont pris connaissance à ce moment-là des résultats aux tests réalisés lors du placement à la maison d'arrêt. Un bilan sanguin daté de quelques jours après le prélèvement effectué par l'infirmière présente les mêmes résultats que précédemment. Ils ne sont pas annoncés à M. Gargarov. M. Martin (infirmier à Alauposo) m'explique : « On n'avait pas d'infectiologue, on se sentait pas compétents pour le faire. » Le médecin-chef affirme de son côté avoir eu « des difficultés à trouver des médecins qui veulent bien venir ici », après le départ du médecin-infectiologue qui intervenait dans le centre de détention. Les « consultations d'annonce » sont remises à plus tard. Deux médecins-infectiologues (alternant leurs permanences) sont recrutées quelques mois plus tard. L'équipe médicale ajoute le nom de M. Gargarov à leur liste de patients à faire convoquer. Mme Poudret le reçoit, et elle lui annonce : « Il y a deux virus qui sont sur votre foie : l'hépatite B et une hépatite qu'on appelle Delta. »

Traduisons maintenant ces observations en changeant de point de vue : intéressons-nous à ce qui se joue de l'autre côté du bureau. On comprend d'abord que des détenus ayant eux-mêmes indiqué au médecin avoir le VIH et/ou une hépatite virale à l'entrée dans l'institution se voient ré-annoncer le diagnostic en question comme s'ils ignoraient cette information quelques temps après l'incarcération : elle leur est présentée *à la manière* d'une première annonce. On comprend ensuite que cette annonce d'un diagnostic effectuée à la manière d'une première annonce peut être répétée autant de fois que les détenus sont transférés dans une autre prison – la situation de M. Gargarov étant plus rare. Par exemple, M. Hochani s'est vu annoncer à deux reprises une infection par le VIH ; une

première fois après le placement à la maison d'arrêt de Rodan, et une nouvelle fois après la transfert au centre de détention d'Alauposo :

> « Je l'ai appris quand je suis arrivé à Rodan, le [date : il y un an et demi]. […] Après, on m'a transféré ici [à Alauposo], ils avaient mon dossier [médical de Rodan], et ils ont quand même refait une prise de sang. » [M. Hochani, médicalisé en prison.]

Le dispositif d'annonce est en fait à chaque fois le même, en maison d'arrêt et en centre de détention : les étapes qui le précèdent se répètent alors à l'identique : visite médicale d'entrée, prescription de tests de dépistage, réalisation d'une prise de sang, puis annonce du résultat. De fait, des diagnostics pouvant être déjà connus sont ré-annoncés, suite à une incarcération, à la manière d'une première annonce, et l'annonce d'un diagnostic peut ensuite être répétée – à une, deux, trois... reprises –, pour peu que les détenus sont transférés dans un autre établissement, de même que lorsqu'ils sont ré-incarcérés.[208]

2.2. Expliquer

Tout en lisant les résultats figurant sur le bilan biologique, les médecins-infectiologues conduisent auprès des patients un travail de socialisation aux normes biomédicales prenant trois formes : l'introduction aux distinctions entre spécialités médicales et catégories diagnostiques, la transmission de conceptions biomédicales et la prescription et proscription de certaines conduites.

Les médecins-infectiologues font d'abord en sorte d'amener les patients à opérer une distinction entre leur spécialité et d'autres activités médicales : ils recadrent leurs discours, en insistant sur la différence entre une consultation spécialisée en infectiologie et une consultation de médecine générale. Par exemple, après avoir demandé à un patient comment il « se sent » en début de consultation, M. Ducoudray met à distance ses plaintes – des « picotements dans le ventre » –, en affirmant : « *Oui, d'accord, c'est digestif* », puis en indiquant à l'interprète qui l'assiste durant sa consultation : « *Dites-lui que moi, je suis le spécialiste des hépatites virales.* » Le cadrage des discours apparait d'autant plus nécessaire aux médecins que, rappelons-le, les détenus ignorent *qui* les a convoqués et *pour quoi* lorsqu'ils entrent dans le cabinet médical. Mais il ne concerne en fait pas que la distinction entre des spécialités médicales. Les médecins-infectiologues s'efforcent aussi d'amener les patients à reprendre les distinctions précédemment opérées, lors de la lecture des résultats aux tests réalisés, entre les noms des maladies infectieuses

208. La répétition de ces annonces ont des incidences biographiques, comme je le montre plus bas. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 5.1.1. "C'est ici que j'ai vraiment appris que je l'avais" », p. 315-319 ; « Chapitre 3, section 5.2.2.4. La seconde annonce », p. 337-338.

recherchées et le ou les diagnostic(s) posé(s). Comme on le voit par exemple ci-après, Mme Poudret (médecin-infectiologue) répète à M. Gargarov que la « A », la « B » et la « C » ne sont pas « la même hépatite », ajoutant aussi que toutes ne sont pas de son ressort – « la A », « ça se guérit tout seul » :

> Médecin-infectiologue : Il y a quelqu'un dans votre famille qui a une hépatite B ?
>
> Patient : Je sais pas... Peut-être mon frère, mais lui je crois que c'est l'hépatite A.
>
> Médecin-infectiologue : Ça se guérit tout seul la A, peut-être que vous aussi vous l'avez déjà eue.
>
> Patient : Je pense que c'est celui qui est avec moi en cellule qui me l'a donnée parce qu'il a la C, lui.
>
> Médecin-infectiologue : C'est pas possible, parce que c'est pas la même hépatite.
>
> Patient : Mais on mangeait ensemble...
>
> Médecin-infectiologue : Il y en a plein des hépatites B et des Delta en Bulgarie. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Après avoir recadré les discours des patients autour du diagnostic, les médecins-infectiologues partagent avec eux des conceptions biomédicales à son propos : ils énoncent quels sont ses « modes de transmission » ; ils décrivent en quelques mots comment le virus agit sur le corps[209] :

> Médecin-infectiologue : C'est transmissible, par voie sexuelle essentiellement, et puis par la salive aussi. [Consultation spécialisée en infectiologie.]
>
> Médecin-infectiologue : Théoriquement, il n'y a pas ou très peu de transmission par les rapports sexuels. [Consultation spécialisée en infectiologie.]
>
> Médecin-infectiologue : L'hépatite C, ça se transmet juste avec le sang. [Consultation spécialisée en infectiologie.]
>
> Médecin-infectiologue : Ça touche le foie et ça peut faire un cancer. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Leurs explications sont brèves. Elles seraient probablement plus développées si la distance sociale les séparant de leurs patients n'était pas aussi forte (Boltanski, 1971 ; Fainzang, 2006), de même que les médecins n'emploieraient sans doute pas les mêmes registres linguistiques s'ils s'adressaient à des personnes dont ils présupposent que leurs compétences médico-langagières sont élevées – comme des

209. Les consultations réalisées en la présence d'interprètes mettent alors en exergue ce qui est attendu que les patients assimilent : « *Dites-lui* que moi, je suis le spécialiste des hépatites virales » ; « *Dites-lui* que c'est de l'EPO comme ce que les cyclistes s'injectent » ; « *Expliquez-lui* que je cherche dans le dossier si le virus répond bien au traitement »...

confrères par exemple (Tannen, Wallat, 1983). Car s'ils utilisent quelques fois des termes techniques, ils les traduisent presque aussitôt par d'autres mots ou expressions qui relèvent plutôt d'un langage courant. Et ils n'emploient plus ces premières terminologies, techniques, par la suite. Par exemple, l' « interféron » devient la « piqûre »[210] ; le « virus de génotype six » devient le « virus numéro six » ; etc. En fait, les médecins reprennent là des termes qu'ils ont l'habitude d'entendre prononcés par leurs patients déjà suivis et, espérant se faire comprendre en les employant, ils en prolongent finalement l'usage par leurs nouveaux patients.

Enfin, après avoir énoncé ces quelques conceptions biomédicales du diagnostic posé, les médecins prescrivent et proscrivent aux patients des conduites à tenir :

> Médecin-infectiologue : Il ne faut pas boire. [Consultation spécialisée en infectiologie.]
>
> Médecin-infectiologue : Il ne faut pas prendre de drogues. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Les prescriptions et proscriptions des médecins s'étendent également aux proches détenus, selon les modes de transmissions du virus dépisté. Ils encouragent les patients à avertir leur conjoint.e et à lui suggérer de réaliser les mêmes tests.[211] Par la suite, les trois formes de ce travail de socialisation aux normes biomédicales (distinction entre spécialités médicales et catégories diagnostiques, transmission de conceptions biomédicales, et prescription proscription de conduites) seront répétées, lors de chaque consultation de suivi.

---

210. Les interférons sont des protéines administrées par injection en traitement d'une infection par le virus de l'hépatite C. D'où le terme de « piqûre » qui renvoie à l'action d'injecter le médicament dans le corps.

211. On sait peu ce qui se joue ensuite du côté de leurs proches, dans la mesure où les enquêtes sociologiques menées sur la santé au prisme de la prison n'étendent pas leur propos à l'entourage social des détenus et que, du côté des travaux interrogeant l'expérience des proches de détenus, ils n'ont pas ou que peu abordé cette question. Caroline Touraut (2012) écrit néanmoins brièvement qu'une incarcération a un effet délétère sur la santé de l'entourage des détenus. Cette question a davantage été traitée dans la littérature étasunienne (Massoglia, 2008 ; Massoglia, Pridemore, 2015) qui, mettant en évidence les effets de l' « incarcération de masse » (Garland, 2001) des populations pauvres et racisées sur les inégalités de santé (Farmer, 2002 ; Wakefield, Uggen, 2010 ; Wildeman, Muller, 2012 ; Wildeman, Wang, 2017), a proposé d'étudier les trajectoires de santé des enfants de détenus (Wakefield, Wildeman, 2013) ou encore celles de membres de communautés sur-exposées au contrôle pénal (Freudenberg, 2002 ; Johnson, Raphael, 2009).

2.3. Traiter

Les enjeux de la première consultation ne résident pas tant dans le fait d' « annoncer » à proprement parler un résultat médical : il s'agit surtout, pour les médecins, de déterminer les modalités de la surveillance qui sera mise en place au sein de l'établissement. Pour reprendre leurs termes : s'agira-t-il « traiter » le patient ou de « surveiller » son infection ?

> Médecin-infectiologue : Nous, on va contrôler pour voir quelle quantité il y a de virus. […] On va vous traiter pour ça, ce sera une piqûre par semaine.
> Patient *[soufflant et prenant son crâne entre les mains]* : Et le Delta, c'est quoi ?
> Médecin-infectiologue : C'est un autre virus qu'on va traiter pendant au moins un an. […]
> Patient : Donc je le commence quand le traitement ?
> Médecin-infectiologue : Ce n'est pas urgent, on va refaire des analyses, et on verra après. Vous pouvez monter sur la balance et me dire le poids ?
> *[le patient se lève et monte sur la balance – la médecin-infectiologue s'adresse à l'infirmier qui l'assiste]* On va traiter la Delta et après, on s'occupera de la B. […]
> Patient *[à l'infirmier – pendant que la médecin-infectiologue saisit des notes concernant la consultation dans l'ordinateur]* : Je ne comprends pas parce qu'à Rodan, ils ont fait les tests et j'avais rien...
> *[L'infirmier cherche dans le dossier médical et, quand la médecin-infectiologue reprend la parole, il le repose sur le bureau sans un mot.]*
> Médecin-infectiologue : Je vous revoie bientôt. Vous allez partir à l'hôpital pour votre opération[212] la semaine prochaine, et ils s'occuperont de vous faire un examen pour le foie également. À bientôt Monsieur.
> Infirmier *[une fois le patient parti, à la médecin-infectiologue]* : Il ne faut jamais leur dire quand ils partent à l'hôpital ! Maintenant, s'il en parle et que l'AP[213] entend qu'il sait qu'il part pour l'hôpital, ils vont annuler l'extraction [médicale], et nous on va perdre le rendez-vous ! [Consultation spécialisée en infectiologie en centre de détention.]

La décision de « traiter » ou non les patients se construit en fait sur plusieurs consultations, comme le montre bien le premier échange entre M. Gargarov, alors détenu depuis environ deux ans, et Mme Poudret (médecin-infectiologue), et il est fréquent qu'elle soit discutée jusqu'au moment de la libération de l'institution, sans avoir jamais été véritablement tranchée :

212. Un rendez-vous hospitalier lui a été programmé afin qu'un chirurgien retire de la paraffine qu'il s'était injectée dans la verge des années plus tôt afin de l'agrandir. La programmation de cette opération est une illustration parmi d'autres de la mise en conformité des corps détenus.

213. Administration pénitentiaire.

> « Je suis suivi par le docteur Faure, mais en cinq mois il m'a vu qu'une fois... Il m'a vu une deuxième fois pour parler un peu... Mais bon, lui il me dit qu'il n'y a rien de pressant... Je veux bien le croire, hein... Je touche du bois pour être en bonne santé... » [M. Rahmani, détenu depuis cinq mois, condamné à une peine de onze mois de prison ferme.]

Le personnel médical redoute en fait que les patients cessent de prendre les médicaments prescrits une fois libérés de l'institution.[214] D'après leur expérience, cela serait fréquent, et « pire » que s'ils n'avaient pas commencé de traitement, le virus pouvant devenir alors plus « résistant » :

> « De toute façon, par l'expérience, je sais que ça sert à rien d'initier un traitement [pour soigner une hépatite C] quand ils ont que trois mois à faire, parce qu'ils disent qu'ils vont le continuer dehors, mais ils ne le font pas. Et après, c'est pire encore quand ils l'interrompent. Donc moi je demande toujours pour combien de temps ils sont là, et je fais en fonction. » [M. Ducoudray, médecin-infectiologue.]

Ils hésitent donc à débuter un traitement médicamenteux quand la durée de l'incarcération du patient est inférieure à la durée à envisager pour ce traitement :

> [Le médecin] évoque un arrivant qui « a l'hépatite C et a déjà eu deux traitements commencés en prison », il y a neuf ans et il y a cinq ans et qui les a « interrompu à chaque fois au bout de quelques jours à cause des effets secondaires ». [Le psychiatre][215] semble ennuyé. Il dit : « Il ne faudrait pas qu'il fasse une dépression. » Il demande [au médecin] : « C'est quoi son génotype ? » [Le médecin] cherche dans le dossier médical transmis par Rodan, et il répond : « C'est le trois. » [Le psychiatre] conclut : « Bon, s'il est curable, il faut le soigner. » [Le médecin] fait remarquer : « Là il y en a pour un an de traitement. » Ils calculent alors l'un et l'autre que le patient sortira avant la fin du traitement (la peine s'achève dans sept mois). Ils décident alors d' « attendre de voir la décision de [prénom : Mme Widerberg] », et de ne pas discuter plus la situation de ce patient. [Transmissions de la mi-journée en centre de détention.]

Prenant leurs décisions au cas par cas, les professionnels de santé estiment la probabilité que les patients continuent à prendre leurs médicaments une fois libérés de l'institution. Ils s'appuient pour ce faire sur leurs connaissances de leurs

214. Pour un regard sociologique sur les parcours de santé après la libération de prison, je renvoie à la thèse de Meoïn Hagège (2016).

215. Au centre de détention d'Alauposo, l'équipe psychiatrique et l'équipe somatique effectuent leurs transmissions quotidiennes conjointement. Cela se passe différemment dans les deux autres prisons étudiées. À Rodan, les deux équipes effectuent leurs transmissions quotidiennes chacune de leur côté, dans leurs locaux respectifs, l'équipe au complet. À Servoud, seule l'équipe infirmière se réunit quotidiennement.

conditions d'existence. Le patient a-t-il un logement ? Des sources de revenus ? Peut-il obtenir un appartement thérapeutique à la libération ?

> [Une infirmière] évoque le cas d'un détenu qui vient d'être diagnostiqué positif au virus de l'hépatite C. [Les infirmiers et les médecins] se demandent si « cela vaut le coup de le mettre sous traitement » car « il doit sortir dans quatre mois » et qu' « en plus il est sans domicile à l'extérieur. » [Transmissions de la mi-journée en maison d'arrêt.]

Il n'est pas rare, du fait de cela, que des détenus vivant dans une situation de grande précarité se voient annoncé qu'ils ont un problème de santé lors d'une incarcération, puis que leur peine est « trop courte » pour être soigné. Et cela parfois plusieurs fois, après des ré-incarcérations. Par exemple, M. Otmane a été incarcéré à trois reprises, pour quelques mois, au cours des quatre dernières années, et il s'est vu annoncé à chaque incarcération qu'il était infecté par le virus de l'hépatite C, puis que sa peine n'était pas assez longue pour entreprendre des soins en prison. Cette situation concerne en fait tout spécifiquement des personnes qui, comme M. Otmane, sont sur-exposées au contrôle pénal et fréquemment emprisonnées pour des infractions à la législation sur les stupéfiants.

Le patient a-t-il déjà été traité en prison ? A-t-il continué à prendre ses médicaments une fois libérés de l'institution ? Ces questions sont aussi parmi celles que les professionnels de santé se posent, pour décider la prescription d'un traitement médicamenteux, quand la durée de la peine à effectuer par le patient est inférieure à celle du traitement : ils s'appuient sur leurs connaissances de son passé médical. Par exemple, l'équipe soignante de Servoud n'a pas souhaité prescrire à nouveau un traitement médicamenteux à M. Selwam, car il avait arrêté de prendre ses médicaments après une précédente libération de prison. Cette fois, les soignants lui ont suggéré de s'occuper en priorité d'effectuer des démarches administratives, en vue de commencer des soins après sa libération de prison :

> « C'est Monsieur Faure qui me prend en... euh il m'avait déjà, il m'avait déjà suivi ici mais je suis pas resté longtemps, et dehors bon... dehors c'est dur de le faire bon, mais.... C'est pas que c'est dur. Je le faisais, je le faisais, je faisais mes piqûres tout seul, machin, dehors... Et avec des cachets aussi. Mais bon, c'est un truc un peu lourd. […] Mais apparemment, là je l'ai vu la semaine passée. Il m'avait préparé les papiers, et il m'a dit voilà comme quoi c'était pour l'AAH [Allocation adulte handicapé], et en plus pour le traitement. Parce qu'il m'a dit que là, bon je suis là pour quatre mois, mais le seul problème c'est que je continue dehors... Parce que là, il m'a dit : "Si tu refais comme la dernière fois... ça va pas, si tu arrêtes dehors." Alors du coup on s'est occupé de faire tout le nécessaire pour les papiers, et voilà. J'ai récupéré... on va essayer de... Voilà. Parce que franchement, là, il m'avait dit

> que le traitement allait durer à peu près six mois. C'était un nouveau traitement qu'ils avaient trouvé. » [M. Selwam, détenu depuis deux mois, condamné à une peine de six mois de prison ferme.]

Il ne faudrait pas en conclure que les décisions du personnel médical sont rationalisées selon ces paramètres : elles sont surtout discutées à travers eux ; la délivrance d'un traitement médicamenteux à M. Tadarev, qui n'avait ni domicile, ni travail, ni documents administratifs et qui allait devoir continuer à prendre des médicaments après sa libération de prison est un contre-exemple aux situations précédemment exposées :

> « J'ai commencé ici l'interféron, pendant ces trois mois où j'étais là, et après j'ai continué dehors... On l'a pas commencé avant [l'incarcération] parce que j'étais dans un squat avec plein de toxicomanes. C'était pas possible. Le docteur [à l'extérieur] a dit qu'il fallait mieux attendre de trouver une chambre, un appartement thérapeutique. Comme celui qu'il avait trouvé pour mon collègue. Mais on n'a pas trouvé pour moi. Et comme je suis tombé ici, donc j'ai commencé. Mon collègue vivait lui aussi au squat, mais maintenant il est en chambre thérapeutique et lui, il a tout : les papiers, la carte de séjour, il touche l'argent, il a tout. Il est Bulgare comme moi, il faisait aussi des petits vols, mais maintenant il vit normal. » [M. Tadarev, détenu depuis deux mois, condamné à une peine de quatre mois de prison ferme.]

Les références à la durée de l'incarcération, au passé médical et aux conditions d'existence des patients concernent enfin surtout les détenus suivis pour une infection par le virus de l'hépatite C : elles sont moins prédominantes quand les patients sont pris en charge pour une infection par le VIH ou par le virus de l'hépatite B. En fait, ces débats concernant la prescription (ou non) d'un traitement médicamenteux visant à soigner une hépatite C ont certainement été amplifiées, au moment de l'enquête, par un élément lié à son contexte : les professionnels de santé attendaient la mise sur le marché des « nouveaux traitements » évoqués juste avant par M. Selwam :

> Médecin-infectiologue : Mieux vaut attendre deux ou trois ans qu'on ait de nouveaux traitements, et la suivre en attendant. [Consultation spécialisée en infectiologie.]

Les quatre médecins-infectiologues intervenant dans les prisons étudiées avaient alors adopté la même ligne de conduite : ils préféraient retarder la prescription de traitements médicamenteux visant à soigner une hépatite C, en attendant la mise sur le marché d'un produit pharmaceutique développé par le laboratoire Gilead.[216]

216. Il s'agit d'un médicament mis sur le marché en 2014 et dont le coût unitaire a suscité une controverse. Le laboratoire détenteur du brevet semble essayer d'en déployer la prescription au plus large nombre de détenus depuis, comme le suggèrent les activités de lobbying

Mais ce n'était pas le cas de l'ensemble des médecins-infectiologues intervenant dans les établissements pénitentiaires. Deux conséquences à cela, selon que l'on se place du côté des médecins ou de celui des patients. Les médecins se sont trouvés confrontés aux décisions prises par des confrères ne suivant pas la même ligne qu'eux, comme le montre la retranscription (intégrale) de cette consultation – qui permet en même temps de revenir sur des points décrits avant :

> Médecin-infectiologue : Lui, qu'est-ce qu'il connaît de son hépatite ?
> Interprète *[après avoir traduit, et écouté le patient]* : Il est soigné.
> Médecin-infectiologue *[parcourant le dossier médical]* : Oui, il a commencé son traitement à Alauposo. Il a un traitement classique pour un génotype 1. Il a les piqûres quel jour ?
> Interprète *[après avoir traduit, et écouté le patient]* : Le vendredi.
> Médecin-infectiologue *[continuant à parcourir des feuilles du dossier médical]* : Ok, fibrose significative... tu parles ! Ils commencent les traitements avec beaucoup de facilité là-bas ! Il a beaucoup maigri ?
> Interprète *[après avoir traduit la question, et écouté le patient]* : Oui, il a perdu huit kilos le premier mois, et maintenant il continue à perdre.
> Médecin-infectiologue : Il a des compléments alimentaires ?
> Interprète *[après avoir traduit la question, et écouté le patient]* : Il n'a pas envie de manger, non.
> Médecin-infectiologue *[en continuant à parcourir le dossier médical]* : Oh putain ! *[se tournant vers moi, et semblant vouloir me signifier que la suite de l'échange doit retenir mon attention]*. Donc il sera jugé le [date], la semaine prochaine. Donc on ne sait pas pour combien de temps il sera là. Il ne sait pas non plus s'il va rentrer à [ville : la maison d'arrêt où il était avant d'être transféré à Alauposo]. Il sait quand a débuté son traitement ?
> Interprète *[après avoir traduit la question, puis écouté la réponse du patient]* : En [mois : il y a cinq mois], fin [mois].
> Médecin-infectiologue : Le fibro' donne un score de 5.1 ! *[En s'adressant à moi]* Moi j'aurais jamais commencé le traitement, mais ça c'est une autre histoire. *[En s'adressant à l'interprète]* Il a une prise de sang le [date : la semaine prochaine] qui était programmée, mais il sera au tribunal. J'espère qu'on pourra la faire quand même.
> Interprète *[après avoir traduit au patient, puis l'avoir écouté]* : Finalement, il n'ira pas au tribunal, ce sera une visioconférence.

conduites auprès des parlementaires à la suite des élections législatives de 2016 – des activités dont j'ai pu prendre connaissance en étant sollicitée par un intermédiaire du laboratoire qui travaillait à l'édition d'une note de synthèse visant à sensibiliser les nouveaux parlementaires à la situation des malades détenus et à encourager la délivrance de ces médicaments dans les services médicaux des établissements pénitentiaires.

> Médecin-infectiologue *[sur un ton excédé, en parcourant une feuille du dossier médical transmis par le personnel médical d'Alauposo]* : Donc ça c'est toujours pareil : la justification du traitement est liée à son statut en France... Expliquez-lui que je cherche dans le dossier si le virus répond bien au traitement. *[l'interprète traduit]* Putain ! Ça y est ! *[s'emparant d'une feuille du dossier médical]* Le traitement a commencé le 13 [mois : il y cinq mois]. Le virus a été endormi par le traitement. Au bout de deux mois et demi quand même, mais c'est une bonne nouvelle. Ça veut dire qu'on continue pendant un an. *[l'interprète traduit]* Est-ce qu'il a des compléments alimentaires ?
> Interprète *[répondant elle-même, sans avoir traduit au patient]* : Il a dit que non.
> Médecin-infectiologue : Bon, il a un traitement très lourd par ailleurs. S'il a une baisse de l'hémoglobine, on devra lui injecter un produit, dites-lui que c'est de l'EPO, comme ce que les cyclistes s'injectent. *[l'interprète traduit]* Vous pouvez lui dire de monter sur la balance ? *[l'interprète traduit, le patient prend place sur la balance, le médecin se lève et il regarde le nombre]* Ça fait du cinquante kilos sans les habits. Et d'habitude, il pèse combien ?
> Interprète *[après avoir traduit au patient, puis l'avoir écouté]* : Soixante-cinq ou soixante-dix kilos.
> Médecin-infectiologue : Et c'est le traitement qui a...
> Interprète *[après avoir traduit au patient, puis l'avoir écouté]* : Oui.
> Médecin-infectiologue : Il faut lui dire de tout faire pour manger, et de pas perdre plus de poids. Parce que le Fortimel là, les compléments alimentaires, ça ne suffit pas. Donc je le revois dans quinze jours, après la prise de sang. [Consultation spécialisée en infectiologie en maison d'arrêt.]

Après que son patient a quitté le cabinet, Le médecin dénonce les décisions prises par ce confrère, à qui il reproche de privilégier des problématiques juridiques et sociales au détriment de questions médicales[217] :

> « Je tairai le nom de ce collègue d'Alauposo, mais je sais pertinemment de qui il s'agit. Il les met sous traitement pour faciliter le séjour, et il leur dit de contacter la Cimade ou un autre organisme pour obtenir une autorisation de séjour. » [M. Ducoudray, médecin-infectiologue.]

De leur côté, dans ce contexte spécifique, les détenus se sont pour certains trouvés confrontés à des discours en forte contradiction les uns avec les autres, après un transfert ou une incarcération, et cela sans possibilité de se tourner vers un autre médecin[218] :

---

217. Il sera remplacé quelques mois plus tard par Mme Poudret et Mme Widerberg. Sur les tensions dans la définition de leurs activités par les soignants, voir Bruno Milly (2001).

218. Hors de ce contexte spécifique, la prescription de médicaments substitutifs à la consommation d'opiacés (la buprénorphine et la méthadone) fait l'objet des mêmes types de conflits. Ainsi, alors que des médecins-addictologues tendent à diminuer les doses des médicaments prescrits

Médecin-infectiologue : Il a le virus de génotype 1, ça veut dire que pour le traitement, s'il en a besoin, il faut attendre les nouveaux traitements. Dans deux ou trois ans, on aura fait des progrès dont il pourra profiter.
Interprète *[après avoir traduit au patient, qui semble agacé]* : Il ne comprend pas parce qu'à [ville : la prison d'où il arrive], on lui avait dit qu'avec son virus, il fallait commencer le traitement le plus vite possible. Il ne sait plus qui croire.
Médecin-infectiologue : Est-ce qu'il a eu le fibroscan là-bas ?
Interprète *[après avoir traduit la question et écouté la réponse du patient, qui mime l'action de se mettre quelque chose sur le ventre]* : Oui.
Médecin-infectiologue : Il a eu le chiffre ? Il se rappelle du chiffre qu'on lui a donné ?
Interprète *[après avoir traduit la question et écouté la réponse du patient] :* Non. Non, il dit qu'il n'est pas médecin et que c'était il y a un an. Il ne s'en souvient plus.
Médecin-infectiologue : Il faut qu'il comprenne que, là, si on le met sous traitement, ce sera de l'interféron pendant un an, avec une piqûre toutes les semaines, plus dix ou douze cachets par jour. Alors que si on attend, il n'y aura plus besoin des piqûres et ce sera moins long.
L'interprète *[s'interrompant en traduisant]* : C'est quoi le nom du médicament déjà ?
Médecin-infectiologue : L'interféron. Des piqûres. Dites-lui bien que s'il était dehors, ce serait exactement pareil. Ce n'est pas parce qu'il est en prison. [Consultation spécialisée en infectiologie en maison d'arrêt.]

Je décris donc là des consultations se déroulant dans un contexte spécifique, avant une transformation du marché du médicament de l'hépatite C, mais dans tous les cas, quelle que soit la décision prise à l'issue de cette première consultation, tous les détenus saisis par ce dispositif d'annonce seront reconvoqués à l'infirmerie ; qu'il s'agisse de « traiter » l'infection, de la « suivre » ou de la « surveiller », le personnel médical poursuivra le travail de socialisation à la santé entrepris depuis le placement en prison. Quittons donc les cabinets des médecins-infectiologues et rejoignons le hall de l'Ucsa du Bâtiment A de la maison d'arrêt des hommes de Rodan, pour comprendre l'organisation de leur prise en charge.

aux patients durant l'incarcération, d'autres jugent que la situation d'emprisonnement n'est pas propice à la conduite d'un sevrage et ils maintiennent les dosages des prescriptions. Par conséquent, là aussi, après un transfert, les patients sont quelques fois confrontés à des discours et des pratiques contradictoires. Ils s'interrogent alors : Pourquoi le médecin ne veut-il pas continuer à diminuer la prescription ? Comment « guérir » sans cela ? Pourquoi, à l'inverse, insiste-t-il pour la diminuer ? S'agit-il de me « punir » ? Ces contradictions sont interprétées comme un refus de soins ou une punition – ce qu'a aussi observé Fabrice Fernandez (2003).

3. Une prise en charge totale

À proximité de la pharmacie, juste devant le cabinet de kinésithérapie où le médecin-infectiologue reçoit habituellement ses patients, deux infirmières sont assises chacune devant un chariot. Dans leur dos, on peut apercevoir le manipulateur-radio. Il fait passer un examen « fibroscan » à un arrivant dans le cadre de l'étude en cours au sein de la maison d'arrêt des hommes.[219] Les autres portes de l'infirmerie sont closes. La plupart des détenus « convoqués » au cours de la matinée ont à présent regagné les espaces de détention : il est midi passé ; l'heure de la distribution de la « gamelle »[220] approche. Bientôt, le surveillant de l'Ucsa fermera la porte d'entrée de l'infirmerie à clé et il ira déjeuner au mess du centre pénitentiaire en compagnie d'autres membres du personnel de surveillance.[221] Le médecin-chef, la médecin et l'interne en médecine partiront dans la même direction, mais ils déjeuneront à une autre table, entre eux. Comme chaque midi, les infirmières resteront quant à elles dans les locaux de l'infirmerie : elles réchaufferont leur repas à l'office, puis elles prendront place dans la plus grande des pièces, le cabinet de kinésithérapie, pour déjeuner ensemble. L'équipe se retrouvera à nouveau au complet en début d'après-midi : les soignants se prépareront un café à l'office, puis ils se dirigeront vers le cabinet de kinésithérapie, mugs et gobelets en plastique à la main, pour leur transmission quotidienne de la mi-journée. Enfin, pour l'heure, les deux infirmières s'affairent à leur tâche devant leurs charriots respectifs. Leurs yeux vont méthodiquement des liasses de papier qu'elles tiennent à la main jusqu'aux boîtes en plastique qui sont entreposées sur les chariots : elles lisent les indications figurant sur les feuilles de papier, puis elles scrutent le contenu d'une boîte, et elles jettent à nouveau un regard aux feuilles. Et elles recommencent : elles lisent les indications figurant sur une feuille de papier, elles scrutent le contenu d'une autre boîte, et elles parcourent à nouveau la feuille. Et elles recommencent. Elles sont visiblement très

219. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 4.3. L' "Enquête FibroScan®" conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan », p. 171-178.

220. Cf. *infra*, note de bas de page n°104, p. 118.

221. Les membres de l'équipe médicale de Rodan possèdent un double de cette clé, qui permet d'ouvrir toutes les grilles et les portes situées entre la deuxième porte de la prison et celle précédant l'accès à l'infirmerie. Cela est peu fréquent. En règle générale, elles dépendent des surveillants pénitentiaires pour effectuer l'ensemble de leurs déplacements : elles n'ont pas d'autres clés que celles permettant d'ouvrir et fermer les pièces de l'infirmerie (cabinets médicaux, bureaux, salles de soins...).

concentrées. Elles n'échangent aucun mot entre elles. On peut pourtant les entendre murmurer. Elles comptent. Les feuilles de papier récapitulent les traitements médicamenteux prescrits aux détenus ; les boîtes en plastique contiennent des médicaments : elles s'assurent que le contenu des boîtes correspondent bien aux prescriptions. Ces boîtes, elles les apporteront aux détenus en début d'après-midi, directement à leur cellule. Ce sera la « distribution » : Mme Loriot s'occupera du quartier femmes et du Bâtiment B ; Mme Domier se chargera du Bâtiment A. Au même moment, une troisième infirmière quittera elle aussi les locaux pour se rendre dans les espaces de détention ; on la retrouvera plus tard au troisième étage du Bâtiment A : elle s'occupe aujourd'hui de la « tournée ».

Des « convocations » ? Une « distribution » ? Une « tournée » ? À partir de la description de ces trois modalités du dispositif médical en milieu carcéral, je propose d'expliciter dans cette section pourquoi l'on peut qualifier de *prise en charge totale* le travail effectué par les professionnels de santé en direction des détenus faisant l'objet d'une surveillance régulière sur le plan de leur santé au sein de l'institution. Clarifions donc en premier lieu ce que j'entends par ces termes. Ils découlent, d'une part, d'une expression indigène ; les soignants parlent d'une « prise en charge globale » des détenus, afin de signifier la pluridisciplinarité de leur approche. Mais ces termes découlent aussi, d'autre part, du concept d'*institution totale*, introduit par Erving Goffman (1968 [1961]) pour désigner « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p. 41). En fait, à partir de l'étude de ces trois modalités du dispositif médical en milieu carcéral, j'entends montrer que ce concept permet de mettre en évidence deux aspects centraux des pratiques développées vis-à-vis des détenus par les soignants, sur lesquels je conclurai mon propos, dès lors qu'il est employé, comme cela a déjà été proposé (Darmon, 2010), pour en faire « non une propriété de l'institution elle-même mais une dimension de son action » (p. 220).

3.1. Les convocations à l'infirmerie

« Ils sont très bien soignés ici » : voilà une assertion fréquemment entendue durant l'enquête ethnographique menée dans les services médicaux de prisons.[222]

222. Elle prend la forme d'un *procédé argumentatif* dans les publications scientifiques portant sur les services médicaux des prisons. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 5.2. "Soigner" : une opportunité

À travers elle, le personnel médical entend souligner que nombre de leurs patients ont plus d'interactions avec des professionnels de santé au sein de l'institution que lorsqu'ils sont « libres » :

> « Avant d'arriver, j'étais inquiète : je me disais que les soins ce serait n'importe quoi, mais en fait ils sont mieux suivis ici qu'à l'extérieur. » [Mme Trivier, élève-infirmière effectuant un stage en maison d'arrêt.]

Les taux d'utilisation des services médicaux des prisons apparaissent effectivement supérieurs à ceux que l'on peut généralement observer. Une observation ayant déjà fait l'objet d'analyses. Interrogeant les ressorts de ce phénomène dans le contexte nord-américain, Andrew C. Twaddle (1976) relève ainsi qu'il n'est pas si spécifique au milieu carcéral : les marines de l'armée américaine ont après tout eux aussi, souligne-t-il, des taux d'utilisation des services de santé largement supérieurs aux taux habituels lorsqu'ils sont en mer. Il propose alors de rapprocher ces deux institutions et d'expliquer ce phénomène en portant attention à ce qu'elles ont de similaire l'une avec l'autre – je le paraphrase dans le paragraphe qui suit (*ibid.,* p. 237). Andrew C. Twaddle écrit d'abord que les navires militaires et les prisons sont tous deux des *institutions totales*, au sens d'Erving Goffman : les marines et les détenus sont confinés dans un espace restreint au sein duquel ils effectuent l'ensemble de leurs activités routinières. Ce sont également dans les deux cas des organisations reposant sur un modèle autoritaire : les activités du personnel des échelons inférieurs sont contrôlées par le personnel des échelons supérieurs. La vie quotidienne sur un bateau ou dans une prison est de plus plutôt routinière et ritualisée : elle peut produire un sentiment de perte de sens et amener les reclus à se centrer sur soi. À cela s'ajoute encore le fait que l'intimité des marines et des détenus est limitée : les espaces de confinement impliquent une proximité physique importante. Ces deux institutions ont encore la particularité d'être non-mixtes, mais il est généralement possible de rencontrer des personnes de l'autre sexe dans les structures dédiées aux soins.[223] Il n'y a enfin qu'un seul service de santé dans les prisons comme sur un navire : il n'est donc possible que d'accepter ou de refuser ce qui est proposé.

Après avoir déparcularisé ainsi l'institution carcérale, Andrew Twaddle concentre son propos sur l'étude d'une prison américaine, afin de nuancer le premier résultat exposé – selon lequel les détenus ont un haut taux d'utilisation des services médicaux élevé (*ibid.*, pp. 238-240). Prenant appui sur des données produites par l'administration d'une prison à propos de quelques centaines de détenus (conditions et durée d'incarcération, caractéristiques socio-

liée au contexte », p. 182-183.

223. Sur ce point, voir aussi Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2002).

démographiques, histoire de santé, utilisation des services de santé...), il suggère que le nombre important de « visites » des services médicaux ne traduit pas nécessairement un accroissement du recours à des soins durant une incarcération. D'abord, car la circulation des détenus étant limitée et contrôlée, il se servent quelques fois de « demandes médicales » pour avoir accès à un espace commun et se retrouver entre eux. Ensuite, car la délivrance de certains produits pharmaceutiques étant davantage contrôlée entre les murs des prisons qu'à l'extérieur de l'institution, cela tend à rehausser ce taux d'utilisation : les détenus ne récupèrent généralement qu'une seule semaine de traitement médicamenteux à la fois ; leurs visites à l'infirmerie ont parfois pour objet le renouvellement d'une prescription en cours. De même, tous les détenus ayant des traitements par injection doivent se rendre à l'infirmerie de la prison pour se les (voir) administrer, alors qu'ils n'ont pas à faire cela hors de l'institution : les injections en question peuvent être réalisées au domicile, sans solliciter de soignants. Enfin, le système carcéral requiert que des pratiques que l'on pourrait qualifier d' « ordinaires » hors de l'institution soient justifiées médicalement, ce qui tend aussi à augmenter le taux d'utilisation des services médicaux. Andrew Twaddle donne l'exemple de certaines chaussures, que les détenus peuvent n'être autorisés à porter que s'ils sont en possession d'un « certificat médical ».[224] Tout cela tend donc, conclue-t-il, à augmenter mécaniquement les taux d'utilisation des services médicaux des établissements pénitentiaires : ces taux élevés ne s'expliquent pas uniquement par les conditions de santé des détenus (*ibid*., p. 242).

Bien que cette étude a été conduite dans les années 1970 et qu'elle s'appuie sur l'analyse de données administratives produites par une prison étasunienne, il m'importait d'en présenter des résultats car ils décrivent aussi avec justement certains aspects des usages des services médicaux des prisons françaises contemporaines. L'angle que je propose de suivre dans les trois développements suivants s'inscrit donc dans son prolongement, et l'on retrouvera quelques fois des éléments ci-avant présentés, même s'il s'agit *in fine* là d'expliciter en quoi les détenus font l'objet d'une *prise en charge totale*, en ce centrant d'abord sur l'étude de l'une des modalités du dispositif médical : les « convocations » à l'infirmerie.

3.1.1. Dentiste, psy et démarches administratives

Nombre de détenus faisant l'objet d'une surveillance médicale en établissement pénitentiaire rendent compte d'un accroissement et d'une intensification de leurs

224. C'est le cas des chaussons et des sandales (de type tong) dans l'une des trois prisons étudiées.

interactions avec des professionnels de santé à partir du moment de l'incarcération :

> « Ça va peut-être vous choquer, mais tous les vieux qui se retrouvent dans des hospices modernes, vaut mieux qu'ils viennent en prison pour deux raisons : première raison, ils auront leur retraite, ils pourront la garder, et deuxième raison, on vous fait les dents, les lunettes, alors qu'à l'hospice on vous fait rien du tout. On est mieux soigné, on n'a pas de mouroir, et en plus on garde sa retraite. Je pense que ça peut vous intéresser, regardez le système carcéral au Japon : là-bas les vieux veulent se faire incarcérer parce qu'avec le système de santé qu'ils ont, ils peuvent pas se soigner. Ici, au moins, on a des appareils pour les dents. Ici, par exemple, on m'a fait ces chaussures *[montrant des chaussures blanches, montantes]*, sept cent euros quand même ça leur a coûté. Bon elles fuient, mais ils les ont bien réparées. Les lunettes, j'ai attendu trois mois, comme dehors, mais on les a fait. […] Dehors, il y a des gens qui ont plus les moyens d'aller chez médecin parce qu'il faut avancer l'argent… Alors quand on compare à dehors, ici au moins on est soignés. On peut pas se plaindre. C'est même une injustice pour ceux qui sont dehors, ils vont pas comprendre. Mettons je travaille à la SNCF, je travaille, je peux pas me soigner les dents. Ici, on nous les refait. Une personne âgée est mieux ici qu'à l'hospice. L'autre jour je parlais à un surveillant, je lui disais : "Quand tu seras vieux, tu casses une vitrine comme ça tu viens ici, tu seras mieux qu'à l'hospice." Parce qu'il y a des surveillants, quand ils voient qu'ils peuvent pas aller chez le dentiste, ils doivent avoir les boules en nous voyant, nous, nous faire soigner. » [M. Chambert, patient détenu.]

Depuis son incarcération quatre ans plus tôt, M. Chambert explique ainsi avoir consulté un dentiste, s'être fait faire des lunettes, avoir été conduit une dizaine de fois à l'hôpital pour consulter un diabétologue et une fois aussi pour s'entretenir avec un orthopédiste. Âgé de 70 ans, il conclut être « chanceux » d'être en prison plutôt que d'habiter dans une maison retraite, car il s'y juge « mieux soigné », notamment parce que les soins sont gratuits – un point sur lequel il insiste, indiquant se rendre « deux ou trois fois par semaine » à l'infirmerie pour un contrôle de sa tension, ce qu'il n'oserait faire « dehors »[225] :

> « Alors que si vous allez à la pharmacie tous les deux ou trois jours pour la tension, dehors, la pharmacienne va être agacée, faudra lui donner une petite pièce quoi. » [M. Chambert, patient détenu.]

Surveillance plus étroite. Accroissement des interactions avec des soignants. Les examens cliniques visant à objectiver leur conditions biologiques (mesure du poids,

225. La gratuité des soins est régulièrement rappelée par le personnel médical. « *Dehors, sans dépassement d'honoraires c'est impossible de trouver ça* », indique par exemple une chirurgienne-dentiste à un patient tout en lui suggérant la pose d'une prothèse dentaire.

analyse des urines, bilan sanguins...) peuvent aussi apparaître plus nombreux aux détenus :

> « Mon traitement, que je le prenne ici ou à la maison c'est pareil. Quoi qu'ici, ça se passe mieux. Je suis très bien suivi. Par exemple, s'ils m'ont emmené à l'hôpital, c'est pour voir si le diabète n'a pas attaqué les artères. Alors qu'à l'extérieur, je voyais pas trop le médecin. Il me prescrivait mes médicaments et j'allais à la pharmacie c'est tout. Ici, je fais beaucoup d'examens. […] Quand je suis arrivé au début, j'allais tous les matins à l'Ucsa pour le contrôle de mon urine. Maintenant, j'ai les prises de sang. […] À l'extérieur, j'avais eu qu'une prise de sang, et après plus jamais rien. » [M. Pantoix, patient détenu.]

Certains consultent des spécialistes auxquels ils faisaient peu ou pas appel (dentistes, psychiatres, kinésithérapeutes...) :

> « Je me suis fait arranger un peu les dents aussi ici, j'ai vu le dentiste. J'en profite ! » [M. Miller, patient détenu.]
>
> « *L. M. : Et vous aviez déjà vu un kiné ?*
>
> Jamais, jamais, jamais ! Jamais, jamais ! Moi je savais même pas ce que c'était un psychiatre ! J'avais jamais entendu parler de ça. » [M. Da Silva, patient détenu.]

La surveillance médicale ne leur apparaît pas juste plus étroite et plus intense, mais également plus diversifiée. Des détenus racontent comment ils ont découvert, en prison, des techniques ou des approches de la santé dont ils n'étaient pas familiers. Par exemple, M. Boyer se rend tous les jours à l'infirmerie de la prison pour surveiller un diabète qu'il contrôlait déjà avant l'incarcération, mais il précise aussi sur un ton joyeux avoir découvert l'acupuncture et le yoga en prison :

> « Tous les jeudi, je fais du yoga [au SMPR]. On est dix, ça fait du bien. C'est... comment dire... pas gratifiant mais... C'est-à-dire qu'on est en groupe, et que quelqu'un nous professe ; on fait les mouvements, et ça *[se levant et montrant des mouvements]*. Moi avant, je savais même pas ce que c'était de acupuncture par exemple ! Et à la fin, on ferme les yeux et il y a un gars qui fait du piano. C'est quelqu'un comme nous, c'est un détenu, et ça apaise à la fin. » [M. Boyer, patient détenu.]

Cette « prise en charge globale » décrite par les professionnels de santé ne consiste ensuite pas seulement à surveiller les conditions biologiques des patients, mais aussi à effectuer un « travail » sur leur psychisme et sur leur inscription sociale :

> « Là je suis en train d'essayer de faire mon AAH[226] avec l'assistante sociale. Elle fait l'AAH, la MD-je-sais-pas-quoi... pour le VIH... c'est un truc pour les séropositifs, je sais plus comment ça s'appelle. » [M. Rahmani, patient détenu.]

Les médecins-infectiologues adressent par exemple la plupart de leurs patients aux assistantes sociales hospitalières, qui les accompagnent ensuite dans la réalisation de démarches administratives visant à l'obtention de statuts ou de droits en matière de santé (protection sociale, reconnaissance de handicap...) :

> *[M. Tourant, détenu depuis moins d'un mois, entre dans la pièce ; il s'avance afin de s'assoir en face de l'assistante sociale hospitalière]*
>
> Assistante sociale : Vous fermez la porte s'il vous plaît ? *[le patient retourne vers la porte, il la ferme, et il s'assoit]* Bonjour. Vous avez vu le docteur Faure [médecin-infectiologue], c'est ça ?
>
> Patient : Ouais.
>
> Assistante sociale : Alors... [prénom] ?
>
> Patient : C'est ça.
>
> Assistante sociale : Donc il m'a demandé de vous voir et il m'a marqué "Merci de..." *[finissant de lire le courrier du médecin en silence]*. OK. Il faut qu'on fasse une demande d'AAH. Vous l'avez jamais faite ?
>
> Patient : Non.
>
> Assistante sociale : Bon, alors on va la déclencher. Vous êtes suivi par l'antenne toxicomanie ? Vous avez un problème de toxicomanie, d'addiction ?
>
> Patient : Ouais.
>
> Assistante sociale : Lequel ?
>
> Patient : Subutex.
>
> Assistante sociale : Vous êtes sous Subutex, suivi... ? Ici aussi vous avez le Subutex ?
>
> Patient : Non. Ils veulent pas m'en donner parce que j'ai pas d'ordonnance. Vu que dehors je le prenais à l'œil, y'a pas d'ordonnance.
>
> Assistante sociale : D'accord. Nous sommes le... 23. Alors, *[saisissant un formulaire]* vous êtes célibataire ?
>
> Patient : Ouais.
>
> Assistante sociale : Vous avez des enfants ?
>
> Patient : Non.
>
> Assistante sociale : Vous avez un logement dehors ?
>
> Patient : Non.
>
> Assistante sociale : Il faut qu'on le travaille ici ça ?

226. Allocation adulte handicapé. Le second sigle auquel il fait allusion est probablement la « MDPH » (Maison départementale des personnes handicapées).

> Patient : Ouais c'est en cours, avec le Spip. Parce qu'il faut que je refasse ma carte d'identité. Il m'a fait écrire à je-sais-pas-qui.
> Assistante sociale : Votre niveau d'étude ?
> Patient : Niveau CAP en pâtisserie.
> *[Une infirmière ouvre la porte du bureau et elle fait « au revoir » d'un geste de la main.]*
> Assistante sociale *[à l'infirmière]* : Ah tu pars déjà ? *[à M. Tourant]* Je dois y aller, je vous reconvoque un autre jour. » [Entretien d'une assistante sociale hospitalière en maison d'arrêt.]

Les activités développées en direction des patients inclut aussi des ateliers collectifs. Au centre pénitentiaire de Rodan, une assistante sociale hospitalière et une conseillère pénitentiaire convoquent par exemple de temps en temps des détenus dont elles pensent qu'ils seront prochainement libérés, afin de leur apprendre à utiliser divers sites internet institutionnels, dans le cadre de leur « préparation à la sortie » :

> À « l'atelier cyberbase » intitulé « préparation à la sortie ». Huit détenus ont été convoqués par Mme Santana [conseillère pénitentiaire] et Mme Berthe [assistante sociale hospitalière]. Ils ont dû s'asseoir chacun devant un ordinateur. Mme Berthe explique comment accéder au site internet « ameli.fr ». L'atelier se concentre sur « l'attribution de la CMU[227] complémentaire » : elle leur décrit, un à un, l'ensemble des onglets du site internet. […] Mme Santana dit qu'ils vont maintenant aborder le « renouvellement des papiers d'identité ». Changement de site internet. [Atelier collectif dans une maison d'arrêt.]

Ces ateliers sont quelques fois organisés avec des conseillères pénitentiaires, et d'autres fois en collaboration avec des associations intervenant en prison (planning familial, Aides...).[228] L'Inpes (2012) relève ainsi qu'en 2011, 85% des Ucsa ont réalisé des ateliers collectifs à destination des détenus, portant sur la « réduction des risques sanitaires », la « promotion de la santé » ou l' « éducation pour la santé ». Ces ateliers apparaissent néanmoins un peu plus ciblés dans la mesure où, sur les 344 ateliers recensés par l'Inpes, un sur quatre a eu pour objet les conduites addictives et près d'un sur cinq à porté sur les infections virales sexuellement transmissibles.

227. Couverture maladie universelle.

228. Cela demeure plus rare, mais des associations conduisent aussi des actions auprès du personnel médical. J'ai en effet pu observer la tenue de deux ateliers dédiés aux professionnels de santé durant l'enquête ethnographique menée dans les services médicaux des trois prisons étudiées.

3.1.2. La production de listes de patients

Pour les patients détenus, les convocations à l'infirmerie se succèdent donc les unes aux autres : consultation médicale ; entretien-psy ; entretien avec une assistante sociale hospitalière :

> « On m'a mis tout le 16. Je vois Monsieur Faure, le dentiste, l'assistante sociale. Je me rappelle que le 16, je savais que j'allais être convoqué un peu partout. » [M. Selwam, patient détenu.]

> « J'ai appris que j'avais la maladie, j'ai vu le médecin et peut-être que je vais la soigner moi. Je vois le médecin vendredi je pense *[cherchant dans des papiers qu'il avait dans sa poche]*. Je le vois le 12. » [M. Benchikh, patient détenu.]

S'ils ont quelques fois connaissance du moment où ils seront convoqués par le personnel médical de l'Ucsa ou du SMPR (« tous les jeudis », « le 16 », « le 12 »...), cela n'est néanmoins pas toujours le cas. Les détenus ne découvrent le plus souvent qu'à leur entrée dans le cabinet médical ou la salle de soins infirmiers qui les a convoqués et pour quoi. En fait, ils n'ont même pas toujours demandé (ou le souvenir d'avoir demandé) à voir les professionnels de santé qui les ont fait venir à l'infirmerie. Illustrons cela par trois « convocations » observées.[229] La première interaction se déroule durant un entretien réalisé avec M. Gassem. Notre entretien est interrompu par le surveillant de l'infirmerie, qui entre dans le bureau où je mène mes entretiens pour lui annoncer que le chirurgien-dentiste l'attend. M. Gassem semble surpris ; en fait, il ne se souvient pas d'avoir demandé à être reçu par un dentiste :

> Interviewé : […] L'argent sale je sais même pas où il est passé, j'y faisais pas attention, alors que de l'argent bien gagné, on en prend soin, on est plus près de ses sous... *[interrompu par le surveillant de l'Ucsa, qui ouvre la porte du bureau.]*
> Surveillant : Gassem, dentiste !
> *L. M. [À l'interviewé, M. Gassem, qui semble surpris] : Vous saviez que vous aviez ce rendez-vous ?*
> Interviewé : Non, je savais pas. Je savais même plus que je l'avais demandé ! [Interactions durant un entretien sociologique.]

La deuxième interaction se déroule durant un entretien-psy mené par une infirmière du centre de détention d'Alauposo. À l'entrée du patient dans le bureau, elle lui demande pourquoi il *veut* être suivi. Mais lui répond ne pas avoir *demandé* à parler avec une psychologue. L'infirmière-psy observe alors dans le

229. On a déjà donné d'autres exemples plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3.2.2.1. Adhérer : "Oui, mais je suis traité pour ça maintenant" », p. 70 ; « Chapitre 2, section 3.3.3. Trois formes d'ajustement de l'interrogatoire médical », p. 159-161 ; « Chapitre 3. Façonner des patients (introduction) », p. 207-211.

dossier médical que son nom a été inscrit sur la liste des détenus à faire convoquer par l'équipe-psy par le médecin qui l'a examiné après son transfert depuis une maison d'arrêt :

> Infirmière-psy : Alors, pourquoi vous voulez être suivi sur le plan psychologique ?
> Patient : *[vraisemblablement surpris]* Sur le plan psychologique ? *[Commençant à taper du pied par terre à vitesse soutenue – il fera ensuite cela pendant tout l'entretien]* Ah ben je sais pas, j'ai pas demandé...
> Infirmière-psy *[Droite, immobile, parcourant une page du dossier médical]* : Oui, c'est le médecin aux arrivants qui vous a inscrit.
> Patient : Ah d'accord. Ben je savais pas. *[S'en suit un échange que je ne prends pas en note en discours direct : le patient explique ne pas savoir où il vient d'être transféré. L'infirmière lui montre sur une carte de France où est situé le village d'Alauposo.]* J'étais déjà suivi à Rodan pour l'alcool en fait. Parce que j'ai un problème de violence, et un problème de drogue aussi.
> Infirmière-psy : Vous y voyiez un intérêt ?
> Patient : Non, mais ça me donne des remises de peine. Tout le monde me dit qu'avec ça je penserai moins à la drogue, mais en vrai c'est le contraire : j'y pense tout le temps comme on en parle. [Entretien-psy en centre de détention.]

La troisième interaction se déroule quelques semaines après que M. Karadji (détenu à Rodan) a participé à un entretien durant lequel il confiait se sentir « coincé » en prison et justifié ainsi d'avoir fait la « prise de sang » à l'incarcération.[230] Mme Garrant (médecin généraliste) l'a convoqué à l'infirmerie pour une consultation de tabacologie : il s'agit de la toute première fois qu'elle convoque des détenus de la prison dans ce cadre. M. Karadji est son premier patient de la demi-journée. Alors qu'elle s'absente un instant pour photocopier le formulaire qui sera complété pendant cette consultation et les suivantes, je demande à M. Karadji s'il a déjà vu un « tabacologue » – il n'avait pas fait part de son souhait d'arrêter de fumer lors de notre entretien –, mais je comprends aussitôt à sa réaction qu'il découvre à travers mes mots quel est l'objet de la consultation avec Mme Garrant :

> Patient : Un quoi ? C'est quoi ça ?
> Sociologue *[sur un ton hésitant]* : Quelqu'un qui aide à l'arrêt du tabac ?
> Patient *[visiblement surpris]* : Ah c'est pour arrêter de fumer cette consultation ? Ben non, je savais même pas ce que c'était. C'est les infirmières qui des fois

230. Cf. *infra*, « Chapitre 3. Façonner des patients (introduction) », p. 207-211.

> m'inscrivent à des trucs, je sais même pas ce que c'est ! Je crois que c'est parce qu'elles m'aiment bien ! [Consultation de tabacologie en maison d'arrêt.]

Il n'avait exprimé ni le souhait de consulter un médecin, ni celui d'arrêter de fumer des cigarettes et il semble surpris en apprenant l'objet de la consultation, mais il est en revanche habitué au procédé : les infirmières l' « inscrivent à des trucs » de temps en temps. Ce jour là, c'est en fait la médecin qui a élaboré une liste de cinq détenus dont elle pense qu'ils pourraient vouloir cesser de fumer des cigarettes : elle a inscrit leurs noms sur le cahier qui est disposé sur le bureau du surveillant de l'infirmerie, puis elle a attendu que les détenus en question soient appelés par les surveillants d'étage et qu'ils rejoignent l'infirmerie. Ce procédé est routinier. Il est par exemple employé similairement quand des ateliers collectifs sont organisés à destination des détenus : le personnel médical sélectionne des détenus qui leur semblent avoir un « bon comportement », parmi ceux qu'ils connaissent déjà donc, puis ils transmettent leurs noms aux surveillants de l'infirmerie. C'est ainsi par exemple que l'infirmier chargé spécifiquement du suivi des patients des médecins-infectiologues intervenant à Alauposo sélectionne une dizaine de détenus de l'établissement quand des intervenants de l'association de lutte contre le sida Aides viennent mener un atelier de prévention dans ce centre de détention :

> Aides intervient au « quartier socio ». Les deux volontaires de l'association acceptent que je les accompagne. Ils viennent quatre ou cinq fois par an à Alauposo. Ils disposent une douzaine de chaises en cercle dans la pièce [du quartier scolaire], puis nous patientons pendant environ une heure et demie. Aucun détenu ne vient. Ils avaient prévu un jeu de cartes sur les facteurs de transmission du VIH et des hépatites B et C. Les cartes présentent une bise, un verre d'eau, une brosse à dent... En attendant les détenus convoqués, ils nous [à M. Bailleux (élève-infirmier) et moi-même] l'expliquent. Le surveillant vient nous trouver et il nous dit qu'un détenu vient d'arriver. Les deux membres de l'association lui répondent qu'ils refusent de mener l'atelier avec lui « sinon, il devra répondre tout seul à toutes les questions et il pourrait se sentir braqué ». Ils quittent finalement le quartier socio, et s'en vont sans avoir réalisé l'atelier. [Atelier de réduction des risques de santé en centre de détention.]

Il n'est néanmoins pas rare qu'aucun détenu participe à ces ateliers. Sur le chemin de la sortie du centre de détention d'Alauposo, deux volontaires de l'association disent avoir l'habitude de quitter la prison sans avoir pu effectuer l'atelier prévu. Ils imputent la responsabilité de cette défection à l'administration pénitentiaire, dont ils supposent qu'elle ne met pas tout en œuvre afin de permettre la diffusion d'information à propos de la tenue de ces ateliers d'abord,

puis la circulation des détenus depuis leur cellule jusqu'au secteur de la prison où ils se déroulent. C'est néanmoins pour une autre raison que M. Darmane, le seul des patients détenus interviewés a avoir été convoqué pour participer à ce type d'atelier, justifie le fait de ne pas s'y être rendu :

> « J'étais avec un Antillais et un Martiniquais [en cellule], et je leur ai rien dit du tout. J'ai pas dit ce que j'avais et quand il y a eu Aides qui est venu pour qu'on parle, le surveillant a ouvert la porte de la cellule et a dit devant tout le monde : "Il y a Aides qui veut vous voir" et j'ai dit que c'était juste pour avoir une attestation... J'y suis plus retourné. » [M. Darmane, patient détenu.]

Il redoutait que les détenus partageant sa cellule apprennent son infection par le VIH s'il y retournait. Mais contrairement à lui, M. Karadji semble se satisfaire d'avoir été convoqué pour une consultation de tabacologie. Bien qu'il a confié dès le début de la consultation à Mme Garrant ne pas avoir l'intention d'arrêter de fumer des cigarettes, il répond à toutes ses questions sur un ton enthousiaste. Il quitte même le cabinet avec une prescription de patchs de nicotine et la programmation d'un prochain rendez-vous à l'infirmerie, prévu le mois suivant. « *Ça me fera sortir un peu !* », s'exclame-t-il sur un ton reconnaissant juste avant de retourner à sa cellule.

3.1.3. Une "activité" comme une autre

Aller à l'infirmerie et s'entretenir avec les professionnels de santé exerçant dans la prison est souvent décrit par les détenus à la manière d'une « activité ». Le rendez-vous médical est en fait placé sur le même plan que le cours de français au « quartier socio », l'atelier de yoga du SMPR ou la participation à un culte religieux au foyer de la prison.[231] Ces interactions sont avant tout des « activité » car elles rompent la monotonie des journées, elles rythment les semaines et elles donnent ainsi le sentiment que la peine passe « plus vite » :

> « [Dans l'autre maison d'arrêt], j'avais des activités scolaires, j'avais le culte, j'avais l'école, j'avais aussi... bon j'allais aussi à l'infirmerie pour moi, parce que j'ai besoin de prendre souvent le traitement tous les jours, et puis... à l'école bon, j'aidais un petit peu... Je voulais pas y aller *[rires]*, mais donc j'aidais. Je faisais le... comment ils appellent ça, j'aidais le BA-ba. Je faisais l'aide-maître. » [M. Caire, patient détenu.]

Il faut noter que quelques détenus restreignent pour autant leur participation à ces « activités ». Par exemple, M. Bessaïf ne quitte sa cellule que pour aller aux douches ou faire des séances d'aérosol à l'infirmerie et M. Delandre n'en sort sous

231. Cela a aussi été relevé par Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2000), Corinne Rostaing (2009, p. 96) et Céline Béraud *et al.* (2016, pp. 153-154).

aucun autre prétexte que celui d'aller à l'infirmerie ; qu'importe qu'il neige ce mois-ci : il préfère se laver avec une éponge et de l'eau froide au dessus du lavabo plutôt que quitter sa cellule pour rejoindre les douches de sa coursive. S'ils évitent de quitter l'espace de la cellule, c'est parce qu'ils redoutent une agression par d'autres détenus du fait du motif légal pour lequel ils ont été placés dans l'institution : ils sont « pointés » dans le langage de la prison.[232] Ce sont parfois d'autres motifs qui conduisent les détenus à restreindre autant que possible leur participation à ces « activités ». M. Otmane ne se rend par exemple qu'aux douches et à l'infirmerie parce qu'il a « des embrouilles » avec des détenus travaillant avec l'un de ses frères, M. Haddad, qui est détenu dans la même prison. Ce dernier le présente à tous comme « un fou ». La plupart des détenus rencontrés font néanmoins en sorte de prendre part à des « activités » afin de s' « occuper » et donc qu'importe leur nature :

> « J'ai fait le maximum d'activités pour ne pas rester sans rien faire. J'ai suivi la "formation retravailler". C'est une formation qui explique les démarches pour rechercher du travail, sur comment faire un CV et tout ça. C'était utile même si j'ai un travail dehors. […] J'ai fait aussi de la socio-esthétique et des cours d'anglais. » [Mme Revel, patiente détenue.]
>
> « C'est surtout pour passer le temps [l'école], pour m'occuper, mais je ne peux pas dire que je m'investis vraiment. » [M. Pantoix, patient détenu.]

232. Les individus incarcérés pour des infractions sexuelles sont qualifiés de « pointeurs » et ils sont considérés comme étant au plus bas de la hiérarchie carcérale établie par des détenus, qui place les « braqueurs » à son sommet. Comme l'écrit Corinne Rostaing : « le délit détermine la place du détenu dans la hiérarchie carcérale, son acceptation dans certains groupes (les "toxicos", les "braqueurs"...) ou son rejet par les autres (les "pointeurs", ceux qui ont commis des délits sexuels ou les "infanticides") » (1996a, p. 356). Les individus placés en prison pour des infractions sexuelles sont souvent mis à l'écart par les autres détenus et ils sont parfois violentés. Ils restent donc généralement en retrait et nombre de détenus tiennent à marquer leur distinction vis-à-vis d'eux. M. Cholet (détenu à Rodan) explique par exemple : « *Avant on était moins mélangés. On était classé par... les cellules et les étages étaient un peu classés par catégories de délits – vous voyez ce que je veux dire –, pour pallier à ces choses, pour ne pas être mélangés. Là, vous êtes avec des gens avec qui vous n'avez rien à voir quoi...qui ont fait des... des choses sexuelles, des délits graves. Je suis mal parfois ! C'est gênant vous voyez… Moi je suis père et grand-père, c'est gênant. En plus j'ai fait une demande pour être "codétenu de soutien". Alors on est obligé de s'y faire [et avoir des interactions avec]. Mais il y a quand même des délits qui sont lourds à entendre et à supporter.* » M. Stocovic (détenu à Alauposo) dit également : « *Il y a peut-être 300 détenus ici, c'est des pointeurs, des violeurs. Il y a un mec aux cantines, Robert, quand j'ai entendu son histoire, ça m'a choqué. Nièce, neveu, petit-fils, petite-fille, il a tué une femme, une autre femme.... et il y en a qui sont tombés pour des trucs encore pire. Je comprends pas pourquoi on les accepte en prison. C'est horrible. J'étais choqué. En plus, ils sont protégés : si vous les frappez, vous vous prenez une droite et c'est tribunal, mitard* ».

Mettant en parallèle leur rythme de vie dans et hors de l'institution, il leur arrive d'observer qu'ils font « plein de choses » en prison alors qu'ils rencontrent d'importantes difficultés « dehors », que ce soit pour être accepté dans une formation professionnelle ou pour obtenir un emploi :

> « Ma mère elle me dit : "Quand tu rentres [en prison], tu es bien, tu fais des formations, tu bois pas, et tout. Mais quand tu sors... On pourrait dire que la prison elle te protège." Dehors, c'est plus compliqué que dedans. Ici, je fais plein de choses : la maçonnerie, les formations, le psy, mais dehors je sais même pas comment trouver du travail. Alors j'ai fait les obligations : j'allais voir une psy, mais elle s'en foutait d'une force. Je parlais pendant une demi-heure, elle écrivait, je voyais qu'elle notait, mais à sa manière. Je racontais, et elle sur son papier elle commentait. Mais elle pensait à autre chose, elle était ailleurs. Pendant deux ans, j'ai eu l'obligation de travail aussi, mais j'ai pas réussi à trouver du travail. » [M. Toussaint, 28 ans, sans diplôme, sans emploi, n'est pas retourné à l'Ucsa depuis la visite médicale d'entrée.]

Même si, en maison d'arrêt, les détenus sont enfermés dans une cellule la majeure partie du temps, ces « activités » se font quelques fois concurrence les unes aux autres. Aller à un rendez-vous médical peut par exemple impliquer de manquer le créneau de la promenade :

> « Les promenades, j'y vais de temps en temps... quand j'ai le temps en fait. Parce que je peux pas être partout à la fois. Quand je vais à l'Ucsa, je vais pas à la promenade. » [M. Charrant, patient détenu.]
>
> « Quand on va à l'Ucsa, on se prive d'autre chose. » [M. El Salski, patient détenu.]
>
> « Tous les mardis, je vais à l'Ucsa : on me prend le poids, la tension, le pouls et tout, et ils me donnent le traitement pour la semaine. […] Là j'ai arrêté les trois visites [à l'infirmerie] par semaine, parce que c'était trop quoi. […] Donc j'ai demandé au docteur Faure à avoir qu'un seul rendez-vous par semaine, le jour où je viens récupérer mes médicaments, et là ils me font tous les examens. » [M. Esposito, patient détenu.]

Mais de la même façon qu' « aller à l'Ucsa » et « aller en promenade » sont parfois placés sur le même plan, puisqu'il s'agit avant tout d'une « activité », l'infirmerie est aussi quelques fois assimilée à une « cour de promenade ». Des détenues de la maison d'arrêt des femmes de Servoud s'y retrouvent par exemple chaque après-midi pour discuter : elles appellent l'Ucsa leur « cour de promenade ». Le parcours allant de la cellule au secteur médical est enfin également quelques fois décrit comme une « ballade », une « sortie » ou une « promenade ». Un patient dit par exemple à un médecin, alors qu'il quitte le cabinet : « *Ici c'est ma ballade de santé, je m'amuse, c'est tranquille !* » Ces perceptions

sont plus présentes chez les détenus dont l'adhésion au système de privilèges de l'institution est intense :

> Patient : Je vous ai écrit pour me promener un peu. Eh, mets-moi aussi un contrôle de tension pendant quinze jours s'il te plaît.
> Médecin : Elle était à combien la tension la dernière fois ?
> Patient : Treize neuf.
> Médecin *[sur un ton faussement très inquiet]* : Oh la-la-la-la, c'est pas bien du tout ça ! On va la prendre ! *[ils rient]* Attention *[en me désignant du menton],* elle écrit tout ! *[ils rient, le médecin se lève et il semble chercher quelque chose du regard dans le cabinet]*. J'ai même pas de papier pour écrire ! *[ils rient, le médecin sort du cabinet, il revient avec des feuilles de papier qu'il pose sur le bureau, il écoute le cœur de son patient, et il prend sa tension]* Douze huit. On va surveiller ça sur quinze jours trois semaines.
> Patient : Pourtant je fume le shit et tout pour me calmer !
> Médecin *[mimant le fait de ne pas entendre en se cachant les oreilles avec les mains]* : Oh la-la-la-la, j'entends rien ! J'entends rien ! *[ils rient]*. [Consultation de médecine générale.]

Elles peuvent aussi être encouragées par les soignants, qui s'appuient sur la mise en évidence de « privilège » pour convaincre des patients de commencer ou poursuivre des soins en prison :

> Médecin *[à un patient refusant de contrôler son diabète en protestation à sa condamnation pénale]* : Ça vous fera sortir un peu de la cellule et faire une ballade. [Visite médicale d'entrée.]

Le personnel médical ne s'accommode néanmoins pas toujours de ce qu'il perçoit comme un « détournement » ou une « instrumentalisation » de ses activités (Bessin, Lechien, 2002).[233] L'intégration des pratiques médicales dans ce système de privilège semble ainsi moins tolérée quand les patient.e.s sont des patientes. Les besoins médicaux exprimés par les femmes détenues sont souvent discrédités ; elles sont jugées « très demandeuses » de soins[234] :

> « Les femmes sont très en demande. Surtout Madame Lacombe, c'est la pire elle. Tu vois le document de la Caf[235] qu'elle m'a amené hier ? Je suis sure

233. On relèvera que l'un des premiers articles publiés dans le *Journal of Correctional Health Care*, en 1994, titrait déjà : « Inmate Overutilization of Health Care Is There a Way Out ? »[54] et, s'appuyant sur une étude conduite dans une prison de Floride, l'auteur (un médecin) achevait son propos en suggérant des pistes qui permettraient de réduire les usages des services médicaux à des fins « non-médicales ».

234. Anne-Marie Marchetti (1997, p. 88) observe également l'usage de ce qualificatif.

235. Caisse d'allocations familiales.

> qu'elle l'avait déjà sur elle la dernière fois, mais elle me l'a volontairement pas donné pour qu'on s'occupe d'elle sur la durée. » [Mme Berthe, assistante sociale hospitalière.]

Finalement, alors que les places pour être « classé » aux ateliers des prisons sont rares et très prisées (Guilbaud, 2006) et que s'engager dans des études supérieures impose des coûts et nécessite de détenir d'importantes ressources en dehors de l'institution (Salane, 2010), les pratiques médicales apparaissent parmi les « activités » les plus accessibles aux détenus au sein des établissements pénitentiaires, avec la pratique d'un culte religieux (Béraud *et al.*, 2016).

3.2. La distribution des médicaments

Les produits pharmaceutiques prescrits aux détenus sont le plus souvent directement apportés à leur cellule : c'est la « distribution ». Cette modalité du dispositif des services médicaux des établissements pénitentiaires étend le contrôle exercé par les soignants, en réduisant la frontière entre espace « domestique » et espace « médical », et elle concoure à renforcer ou à édifier en même temps d'autres frontières, entre le « somatique » d'un côté et le « psychologique » de l'autre, d'une part, et entre ce qui relève ou non du « soin », d'autre part.

3.2.1. Un sale boulot

Les équipes infirmières se rendent une fois par jour dans les couloirs de détention accompagnées d'un ou deux surveillants afin de remettre leurs médicaments aux détenus. Il s'agit d'une activité routinière, qui se déroule toujours selon les mêmes modalités. Le surveillant et l'infirmière parcourent ensemble les couloirs de détention ; l'infirmière pousse le chariot de médicaments à délivrer et le surveillant tient le trousseau de clés permettant d'ouvrir les cellules. Tout en avançant dans le couloir, l'infirmière annonce à chaque fois à voix haute le nom d'un détenu – le lisant sur la feuille agrafée au sachet de médicaments ou coincée dans le couvercle de la boîte à délivrer –, puis le surveillant ouvre la porte de sa cellule. Une fois la porte ouvert, l'infirmière annonce à nouveau le nom du détenu, puis elle lui remet le sachet ou le semainier contenant le nombre exact de médicaments à prendre au cours de la journée ou tout au long des sept jours suivants, selon qu'il s'agit d'une « distribution quotidienne » ou d'une « distribution hebdomadaire ».[236] Aussitôt après, l'infirmière se recule et le

236. Les équipes médicales distinguent deux types de distribution de médicaments : des sachets contenant des médicaments pour une journée sont distribués chaque jour, et des semainiers contenant des médicaments à prendre chaque jour de la semaine à venir sont délivrés une fois par semaine. Un jour donné de la semaine, l'équipe infirmière effectue donc deux types de

surveillant referme la porte de la cellule à clé. L'infirmière continue à avancer dans le couloir, et elle annonce au surveillant le nom du détenu suivant.

Les gestes des infirmières sont répétitifs, presque mécaniques, et leurs mots sont toujours les mêmes durant les distributions de médicaments. Elles ne s'éternisent pas : le sachet ou la boîte de médicaments est en fait moins souvent donné de main-à-main que déposé sur le rebord de l'évier de la cellule ou mis dans sa boîte à lettres[237] ; les infirmières n'attendent pas que les détenus rejoignent le seuil de la cellule pour le leur remettre une fois la porte ouverte par le surveillant. De même, elles répondent généralement qu'il faut « écrire » quand des détenus les interpellent pour leur parler de quelque chose :

> Mme Duval [infirmière] tend un sachet à un détenu. La personne qui partage sa cellule s'approche de l'encadrement de la porte et elle lui demande, la voix enrouée : « C'est pour la gorge, ça ? » L'infirmière se détourne aussitôt et elle avance dans le couloir avec le chariot. L'homme s'adresse à moi et, tout en me montrant un sachet de Smecta, il répète : « C'est bien pour la gorge ? Parce que c'est écrit voie orale, là *[montrant l'arrière du sachet]*, c'est bien pour la gorge ? » Le surveillant d'étage me demande de reculer, et il rappelle l'infirmière afin qu'elle revienne sur ses pas. Mais elle l'attend plusieurs portes plus loin, et elle lui fait un signe de tête – qui semble signifier son exaspération. Le surveillant répond au détenu qu'il « faut écrire », tout en refermant et en reverrouillant la porte de la cellule. [Distribution de médicaments en maison d'arrêt.]

Tout semble donc se passer comme s'il fallait que ces distributions de médicaments durent le moins longtemps possible ; elles rappellent en fait aux infirmières ce qu'elles apprennent à oublier quand elles sont dans les locaux des infirmeries : elles travaillent dans une prison :

> Infirmière *[s'adressant à moi, expliquant pourquoi personne ne veut s'occuper des distributions de médicaments]* : Ici [à l'Ucsa] on n'a pas l'impression d'être en prison. C'est comme l'hôpital. [Pause-déjeuner à l'office d'une Ucsa.]

Les distributions de médicaments constituent un « sale boulot » (Hughes 1996 [1951]). Il s'agit de la seule tâche qui m'a été plusieurs fois en partie déléguée dans les prisons étudiés – sans que je ne puisse véritablement m'y opposer – les équipes infirmières me demandant de distribuer des médicaments à certains étages d'un

distribution. Et des détenus se voient remettre des médicaments à chacun des deux types de distribution (voire en récupèrent ou en prennent aussi directement à l'infirmerie).

237. La plupart des cellules sont équipées de boîtes à lettres. Les détenus les confectionnent à partir de matériaux récupérés (boîtes en carton de produits alimentaires) et ils les fixent à la porte de la cellule, côté intérieur. Lucie Bony, analysant l'aménagement de leurs cellules par les détenus, en présente une photographie (2014, p. 306 ; 2015b, p. 22).

bâtiment tandis qu'elles se chargeraient des autres, afin d'achever la distribution au plus tôt :

> Mme Landru [infirmière], M. Martin [infirmier] et M. Bailleux [élève-infirmier] attendent pendant une demi-heure, dans le hall de l'Ucsa, que des surveillants les rejoignent pour partir en distribution. Je vais avec Mme Landru et deux surveillants pour la distribution au bâtiment C. Dans les couloirs de détention, elle souffle bruyamment et elle me demande régulièrement si « ça va ». Les portes des cellules sont ouvertes, il n'y a souvent personne à l'intérieur. Elle pose les médicaments juste à l'entrée de la cellule, sur le rebord du lavabo. […] Trois détenus s'amusent de la distribution. Ils nous suivent dans le couloir en dansant et en tapant dans leurs mains tout en répétant joyeusement : « Des bonbons ! Des bonbons ! Des bonbons ! » À l'étage inférieur, après qu'elle a donné ses médicaments à un patient, deux autres détenus de la coursive entrent dans sa cellule, ils referment la porte derrière eux, et ils en ressortent en disant à l'infirmière : « On l'a racketté. » Mme Landru feint de les ignorer. Elle continue à avancer dans le couloir avec le charriot. […] Plusieurs détenus lui demandent des « cachets » ou des « trucs pour la tête ». Elle s'arrête pour donner des comprimés de Doliprane (elle en avait chargé ses poches avant de quitter l'infirmerie). […] [À l'étage inférieur] elle prévient : « J'en aurai bientôt plus ! » […] De retour à l'infirmerie, Mme Landru dénonce les conditions de la distribution auprès des autres infirmiers, partis en même temps qu'elle pour l'effectuer dans les autres bâtiments. Elle leur parle d'une « jungle de détenus » et elle qualifie la situation d' « insupportable ». M. Martin [infirmier] se tourne alors vers moi et il m'informe qu'ils souhaitent changer l'organisation de la distribution, en remettant les médicaments aux détenus tandis que leurs portes sont fermées, à midi, et non en début d'après-midi. Ils redoutent cependant la réaction des surveillants d'étage : ils quittent leur poste durant le déjeuner (quand les portes sont fermées). L'amélioration de leurs conditions de travail détérioreraient celles du personnel de surveillance. [Distribution de médicaments en centre de détention.]

Les équipes des Ucsa essaient en fait de se libérer de cette activité qui leur est attribuée. Elles soutiennent que les soignants des SMPR devraient s'en charger eux, ou tout du moins y participer, dans la mesure où les médecins-psychiatres sont les premiers prescripteurs de médicaments en prison. Les équipes des SMPR s'opposent quant à elles fermement à tout changement dans l'attribution des activités entre les deux équipes. Elles soutiennent que distribuer des médicaments

aux détenus ne leur permettrait plus d'instaurer le type de relation qu'elles visent à créer avec leurs patients[238] :

> « Nous on parle avec eux, on ne veut pas gérer leurs traitements sinon ils ne vont parler plus que de ça en entretien : ça va complètement briser l'alliance thérapeutique » [Mme Perrin, infirmière-psy.]

Ce conflit s'observe vraisemblablement dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, mais les tensions entre les infirmières des Ucsa et les infirmières des SMPR ne s'y réduisent pas : les conflits à propos des distributions de médicaments n'en sont qu'une expression parmi d'autres.[239] Ces tensions se manifestent selon diverses formes : retranchement dans les locaux respectifs, dénonciations ou railleries des pratiques développées par l'autre équipe, non-partage des dossiers médicaux des patients, dissimulation d'information les concernant...

> « [Dans un autre établissement visité l'avant veille] c'est la scission entre le SMPR et l'Ucsa. Ils se parlent pas du tout. Pire, ils veulent rien entendre les uns des autres. Mais c'est vraiment le monde qui tourne à l'envers. Par exemple, ils ont deux logiciels distincts pour les traitements et ils ont pas d'accès au logiciel de l'autre service. Alors ils vont prescrire des traitements en ignorant ce que le patient a de l'autre côté. Ça me sidère ! Celui qui est au centre, c'est quand même le patient ! Et là, c'est lui qui pâtit de la situation et qui va se retrouver avec des interactions médicamenteuses pas du tout adaptées. » [Mme Trapier, infirmière-psy.]
>
> À midi, [une infirmière de l'Ucsa] a fait pour la troisième fois le compte rendu de sa réunion avec l'équipe du SMPR. Elle les appelle « ceux de l'autre côté », « ceux derrière la porte floutée » ou « le pays des bisounours ». Elle plaisante à propos des activités proposées par le SMPR aux détenus (« futchball », « atelier santons », « promenade communautaires »...). À propos de l' « atelier santons » : il est réservé « aux pédophiles qui vont faire des gros tétés à Marie et laisser Jésus tout nu ». Ils s'interrogent sur le sens de la « promenade communautaire » qui a lieu tous les vendredis : « Ils jouent au ping-pong ou aux petits-chevaux comme si de rien n'était ! » [Une autre infirmière] rit : « Je comprends pourquoi ils veulent tous aller en intra[240] ! »[241] [Pause-déjeuner de l'équipe infirmière d'une Ucsa.]

238. On retrouve cette position à propos d'autres activités, comme la participation aux réunions ou commissions organisées et présidées par la direction des établissements pénitentiaires ou par des magistrats (Bessin, Lechien, 2000, p. 225 ; Lancelevée, 2016, p. 178).

239. L'enquête ayant été essentiellement conduite au sein de services somatiques, le matériau recueilli ne permet pas d'analyser plus finement ces conflits.

240. La « promenade communautaire » est réservée aux détenus placés en « intra », c'est-à-dire dans des cellules situées à proximité du SMPR. Ils se rendent en promenade avec l'équipe-psy.

Les distributions de médicaments cristallisent des tensions pré-existantes dont la genèse semble plutôt se situer dans le regard porté par chacune des deux équipes sur ce que signifie « soigner », une définition asymétriquement construite durant leur socialisation professionnelle et cela tout particulièrement pour les infirmières les plus âgées.

3.2.2. Tous sous traitement ?

Que penser de la croyance selon laquelle les détenus sont particulièrement médicamentés ? On sait par la littérature biomédicale qu'environ un détenu sur deux reçoit des médicaments psychotropes (Fovet *et al.*, 2014), mais les autres types de prescriptions médicamenteuses demeurent moins étudiées et, en faisant peu de cas des oppositions entre divers types de produits selon des classifications pharmacologiques, l'on sait peu de choses de la façon dont la prise de médicaments, quels qu'ils soient, rythme les journées des détenus au quotidien dans la cellule.[242]

L'analyse du registre recensant les traitements médicamenteux à préparer pour une « distribution hebdomadaire » aux détenus du centre de détention d'Alauposo, une semaine donnée de l'année 2013, apporte un éclairage à cette question. Les informations contenues dans ce registre[243] montrent d'abord que, lors de cette distribution de type « hebdomadaire », l'équipe infirmière a eu à demander l'ouverture d'une porte de cellule sur deux aux surveillants pénitentiaires : plus de la moitié des cinq cent personnes détenues dans l'établissement a reçu un semainier (Tableau IX). Ce semainier contenait nécessairement au moins un médicament à prendre tous les jours de la semaine

241. Sur les sens donnés à des activités pouvant être perçues comme « ordinaires » mais devenant « thérapeutique » en milieu hospitalier ou médicalisé, je renvoie aux travaux d'Erving Goffman (1968 [1961]), Samuel Lézé (2008), Isabelle Coutant (2012), Baptiste Brossard (2013) et Lucie Lechevalier Hurard (2016).

242. La « pharmaceuticalisation » de nos sociétés a donné lieu à quelques recherches récemment. Je renvoie aux travaux de John Abraham (2010), Simon J. Williams, Paul Martin et Jonathan Gabe (2011) et à l'ouvrage collectif dirigé par Johanne Collin et Pierre-Marie David (2016).

243. Le registre m'a été remis pour son verso, en tant que « feuilles de brouillon », par la pharmacienne de l'Ucsa, qui souhaitait alors que je l'aide à revoir la structure d'un questionnaire élaboré dans le cadre d'une étude. (Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 4.2.1.3. Les soignants-enquêteurs », p. 166-168). Ce n'est que trois ans plus tard, en triant des documents lors d'un déménagement, que j'ai pris connaissance du recto de ces « feuilles de brouillon ». Compte tenu de la sensibilité des informations contenues dans ce registre et de la façon dont il m'a été remis, je n'ai codé que les deux variables quantitatives simples dont les tris-à-plat sont présentés ci-après.

Tableau IX. Volume des médicaments remis aux détenus

Le semainier contient (en types)	Effectifs	Fréquences (%)
Un médicament	73	24,5
Deux médicaments	71	23,8
Trois médicaments	55	18,5
Au moins quatre médicaments	99	33,2
Total	298	100

Champ : Individus détenus à Alauposo s'étant vu remettre une boîte de médicaments lors de la « distribution hebdomadaire », une semaine donnée en 2013.

Note : Par arbitrage, les modalités distinguent le nombre de médicaments distribués selon leur nom uniquement. Ainsi, un individu qui se serait vu remettre du « Tercian 25 mg » et du « Doliprane 1000 mg » a été codé « Deux médicaments » ; un individu qui se serait vu remettre du « Tercian 25 mg » et du « Tercian 40 mg » a été codé « Un médicament » ; un individu qui se serait vu remettre du « Divarius 20 mg » et du « Deroxat 20 mg », c'est-à-dire des médicaments de la même classe (antidépresseurs) et dont le principe actif est le même (de la paroxétine), a été codé « Deux médicaments ».

Tableau X. Fréquences journalières de prise d' (au moins) un médicament

Prises de médicaments (par jour, sur sept jours)	Effectifs	Fréquences (%)
Une fois dans la journée	64	21,5
Deux fois dans la journée	49	16,4
Trois fois dans la journée	69	23,2
Le matin, le midi, le soir et au coucher	116	38,9
Total	298	100

Champ : Individus détenus à Alauposo s'étant vu remettre une boîte de médicaments lors de la « distribution hebdomadaire », une semaine donnée en 2013.

Lecture : En 2013, une semaine donnée, au moins 20% des détenus d'Alauposo se sont vu prescrire (au moins) un médicament à prendre tous les matins, les midis, les soirs et aux couchers de chacun des jours de la semaine suivante.

suivante. Mais, pour la moitié des détenus concernés par la distribution, le semainier reçu contenait en fait au moins trois médicaments, aux noms différents les uns des autres, à prendre chacun tout au long des sept jours suivants. À l'échelle d'une journée ensuite, le registre permet d'observer que près d'une personne détenue dans la prison sur quatre a eu à prendre au moins un médicament à chacun des quatre moments de la journée que les soignants distinguent (Tableau X), c'est-à-dire tous les matins, les midis, les soirs et au coucher durant les sept jours suivants.

Ces quelques données quantifiées apportent un éclairage sur les pratiques de prescriptions de médicaments en prison, mais elles comportent aussi quelques limites, et il convient de les lire avec prudence. Les résultats présentés ne doivent en premier lieu pas être extrapolés Ils ne portent que sur le centre de détention d'Alauposo, qui constitue là un « cas » (Gros, 2017) : ils ne sont pas généralisables à l'ensemble des prisons. En second lieu, pour au moins trois raisons, les données sur lesquelles je me suis appuyée sous-estiment les pratiques de prescription des médecins au sein de ce centre de détention. Il faut premièrement rappeler que des produits pharmaceutiques sont aussi distribués chaque jour aux détenus, qui reçoivent pour certains des médicaments à chacun de ces deux types de distribution – la « distribution quotidienne » et la « distribution hebdomadaire ». Les traitements médicamenteux ne sont deuxièmement pas tous distribués à la cellule : des détenus en récupèrent et/ou en prennent ou se les voient administrer dans les locaux de l'Ucsa, après y avoir été convoqués. Les flacons de méthadone[244] doivent par exemple nécessairement être bus sous le regard d'une infirmière, à l'Ucsa ; et les injections d'insuline sont de même souvent effectuées dans les locaux infirmiers. Troisièmement, aucun médicament classé « stupéfiant » n'apparait dans ce registre : les informations de « traçage » de ces médicaments sont conservées dans un cahier, de façon manuscrite. Pour ces trois raisons, les résultats présentés sont donc une sous-estimation des pratiques de prescription médicamenteuse dans ce centre de détention.

Il convient ensuite d'insister sur le fait que les fréquences mesurées portent sur des pratiques de *prescription médicamenteuse*, et non sur des pratiques de *consommations de produits pharmaceutiques*. Cela d'abord car les médicaments prescrits et distribués ne sont pas nécessairement consommés. Ils peuvent être jetés, mis de côté ou rendus à l'infirmière lors d'une autre distribution :

244. Contrairement à la méthadone, la buprénorphine (autre médicament prescrit en substitution à la consommation d'héroïne) est délivrée en cellule, lors des distributions.

> Un détenu remet à Mme Jacquelin [surveillante de l'Ucsa] un sachet en plastique qui contient une bonne cinquantaine de comprimés de Subutex. Il lui dit sur ton en colère : « J'en veux plus, j'arrête ! » [Distribution de médicaments en maison d'arrêt.]

Les médicaments prescrits peuvent aussi être échangés entre détenus. Dans ce cas, une partie des produits pharmaceutiques reçue est généralement consommée et l'autre est « troquée » contre d'autres médicaments ou autre chose :

> « Contre quatre boîtes de lait[245] on peut avoir du shit. Mais il faut résister. Ici, on est encore mieux servi que dehors. » [M. Borain, patient détenu.]
>
> « Je suis à dix milligrammes de sub' déclaré, mais j'en prends que deux en fait. Le reste je le troque contre du shit et des conneries comme ça. » [M. Stocovic, détenu en centre de détention.]
>
> « Je suis à seize milligrammes, mais ça m'arrive de le troquer. Disons que sur les seize, j'en garde que deux. Je suis à deux, et le reste je le troque. » [M. Gassem, patient détenu.]

Par conséquent, des détenus consomment également des médicaments prescrits à d'autres ou obtenus autrement.[246] Enfin, concernant plus spécifiquement la façon dont les prises de médicaments rythment les journées en prison, il faut insister sur le fait que les médicaments reçus ne sont pas nécessairement consommés selon les modalités dictées par les médecins. Les médicaments peuvent être pris à d'autres fréquences ou selon un autre mode de consommation que celui prescrit médicalement :

> « Ils m'amènent les médicaments [le Subutex] tous les jours en cellule, et les autres [les bouteilles de « lait »] je les ai par semaine dans un sac. Mais je le sniffe [le Subutex], parce que j'arrive pas à le sucer. Alors je le sniffe. Normalement, il faut le sucer, mais je le cache. Ils [les médecins] me donnent du lait et avec les conserves, il y a une paille. Moi, je récupère la paille pour sniffer. » [M. Borain, patient détenu.]
>
> « Au début, [la personne partageant ma cellule] me faisait tourner une ou deux traces [de Subutex]. Je piquais, ça me faisait marrer, et un jour j'ai dit au médecin : "Écoutez, je peux m'en procurer donc faut m'en prescrire." Donc au début c'était du 2 [milligrammes], puis du 4 et on est monté jusqu'à 16. […] Je disais que j'étais en manque, et je disais que s'il me le prescrivait

245. Le « lait » ou le « Yop » sont des termes souvent utilisés par les détenus pour désigner des « compléments alimentaires » délivrés par les médecins sur ordonnance médicale (Mahi, 2017).

246. On se souvient par exemple de cet arrivant à la maison d'arrêt de Servoud expliquant au médecin que sa mère lui apportait discrètement des médicaments, lors de parloirs, dans l'établissement pour mineurs où il était auparavant détenu. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.2.2. La confirmation d'informations par des tiers », p. 146.

> pas je le trouverais tout seul donc au moins qu'il m'en donne, plutôt que de faire du trafic. Après, ça reste entre nous, mais je le fume. Je le mets jamais sous la langue, et je le sniffe sinon. Je pense que c'est pour ça que j'ai eu de l'asthme. […] Et derrière, moi je vous dis, j'ai un décalage, ils vont me ramener le traitement le lundi pour le mardi, mercredi et jeudi. Mais comme je prends rien le lundi, je vais taper trois jours… En fait, le lundi, on me donne pour mardi, mercredi et jeudi et ils reviennent le jeudi. Mais moi le lundi, je prends celui du mardi et ainsi de suite, je suis en décalage. Donc le jeudi quand ça arrive pour le vendredi, je le tape tout de suite donc je suis toujours en décalage. Le maximum que j'ai tenu [sans rien prendre], c'est trois jours, mais c'est impossible. Après, c'est pas comme dans les films, j'avais pas de crampes et tout, mais j'étais nerveux : c'était chaud-froid, le nez qui coule et surtout je pensais qu'à ça. » [M. Gassem, patient détenu.]

Les limites de ces résultats mettent l'accent sur des précautions qu'il conviendrait de prendre pour traiter plus finement la question posée (« tous sous traitement ? »), dans une perspective sociologique et selon des méthodes quantitatives : s'interroger sur la construction de la population constituant l'échantillon étudié – la population du centre de détention d'Alauposo est par exemple considérée par son équipe-psy comme composée, dans une proportion importante, de détenus confrontés à des problématiques psychiatriques lourdes, car située non loin d'une « unité pour malades difficiles », l'administration pénitentiaire adresse nombre de détenus suivis sur le plan psychiatrique d'une part, et parce que les détenus isolés socialement y sont de même fréquemment transférés, d'autre part – ; définir ce qui est entendu par « traitement » ou « médicaments » (produits pharmaceutiques, produits prescrits médicalement, produits consommés dans une perspective d'amélioration de ses conditions de santé, etc.) ; ou encore élaborer des variables permettant aussi d'appréhender des croyances et des pratiques profanes (distance aux prescriptions, gestion d'une « pharmacie » en cellule, échange de remèdes entre détenus...).

3.2.3. Le contrôle de la consommation de médicaments

Une fois les produits pharmaceutiques délivrés aux détenus à leur cellule, l'équipe soignante porte un intérêt assez faible au respect des prescriptions médicales par leurs patients : les professionnels de santé ne contrôlent pas s'ils prennent bien leurs médicaments, selon les modalités dictées et aux fréquences prescrites par les médecins. Mais cet état de fait connaît une exception. Pour les soignants, l'addictologie constitue en effet une activité à part ; le « trafic » et le « détournement » des produits substitutifs aux opiacés délivrés aux détenus, c'est-

à-dire la méthadone et la buprénorphine, est l'une de leurs préoccupations majeures[247] :

> « Il y en a qui nous appellent "les dealeuses". Ça me met juste hors de moi. Mais de toute façon, on sait bien qu'avec ce que l'on donne, on participe à leurs trafics. Hier, juste après avoir donné son subu' à un mec, il y en a un autre qui lui a fait une accolade et ils ont plongé leurs mains dans les poches l'un de l'autre. Tout ça devant mes yeux ! Ils se sont fait leur petit troc, normal quoi. » [Mme Flandre, infirmière.]

Les professionnels de santé expriment plus globalement de la méfiance vis-à-vis des patients s'étant vu prescrire des médicaments aux effets pouvant être recherchés : méthadone, buprénorphine, mais aussi antidouleurs, anxiolytiques, somnifères...

> « Tu vois, lui [le patient précédent], c'est juste pour se shooter, d'ailleurs il le reconnaît lui-même. C'est pour faire du trafic et rien d'autre. Il va se l'échanger contre de la MDMA, de la cocaïne ou je ne sais quoi d'autre. C'est très demandé les antidouleurs. Ils se shootent et puis voilà. Une fois, j'ai même eu un toxicomane qui m'avait demandé de lui faire une analyse d'urine pour qu'il puisse la montrer à la juge. Alors je lui avais fait faire son analyse d'urine et il était tout content ; il est allé la montrer à la juge en lui disant : "Vous me mettez en prison pour que je me soigne, mais regardez, ici on trouve de tout, de l'héroïne, de la cocaïne, de tout." J'avais eu aussi un patient qui s'injectait le Subutex qu'on lui prescrivait. Tu vois, tout est détourné. C'est ça soigner en prison : c'est participer au trafic. » [M. Lupard, médecin généraliste.]

Luttant contre ces pratiques qui ne leur semblent pas relever du « soin » tel qu'ils l'entendent, les médecins interrompent, diminuent ou modifient des prescriptions médicamenteuses afin de contrôler le « trafic ». Quelqu'un traité par de la buprénorphine se verra par exemple prescrire de la méthadone à la place, s'il est suspecté de « troquer » son médicament, parce que la méthadone doit nécessairement être bue sous le regard d'une infirmière (« à vue ») alors que la buprénorphine est distribuée à la cellule :

> Il est ensuite question d'un détenu à qui il faut programmer une consultation pour lui refuser le Subutex qu'il demande [dans son courrier]. Il était sous méthadone et il a voulu diminuer la prescription, puis l'arrêter. Maintenant, rapporte [une infirmière], il ressent du manque, mais il refuse d'être remis sous méthadone car il a une hépatite C : « Il dit que ça va lui abîmer le foie. » Elle précise juste après : « Il est indigent. » [Une autre infirmière] en conclut qu' « il veut du Subutex pour faire du troc en étage ». Tous

247. Cela n'est pas spécifique aux activités de soin développées en prison. Voir également Anne M. Lovell (2006) à ce propos.

> s'accordent : « Ce sera de la méthadone ou rien. » Il leur faut programmer cette consultation. [Une infirmière] suggère que [le médecin récemment recruté], qui commence mardi, le reçoive. Mais [le médecin en poste] s'exclame : « Ah non, ne lui mettez pas, déjà qu'on a du mal à trouver des médecins, si vous lui mettez ce gars qui va lui gueuler dessus pour avoir son sub', il va partir en courant et il faudra qu'on trouve un autre médecin. » [L'infirmière] répond : « Mais alors on le met à qui ? Toi tes consultations sont pleines... » [Le psychiatre] propose de le recevoir, mais [le médecin généraliste] lui répond qu'il le recevra lui, cette après-midi. [Transmissions de la mi-journée en centre de détention.]

Mais ces pratiques de contrôle du « trafic », de façon similaire, leur semblent elles aussi entrer en contradiction avec ce qu'ils entendent par « soigner », car elles leur imposant d'adopter une posture dite de « refus » ne correspondant à leurs normes professionnels valorisées : absence d'empathie avec le patient, indifférence à ses plaintes... (Encadré III). Les médecins anticipent ce type d'interactions médecin-patient :

> M. Rigal (médecin-chef) dit à M. Savrin (interne en stage) que sa consultation de l'après-midi va être « compliquée » : il a convoqué un patient, M. Guillaud, qui « prend du Tramadol depuis deux ans ». Or, selon lui, il n'a « aucune douleur » : « C'est juste pour se défoncer ! » [Pause-déjeuner au mess du centre pénitentiaire de Rodan.]

Ces pratiques de contrôle de la consommation de médicaments aux effets pouvant être recherchés par des patients entrent enfin de plus en contradiction avec l'un des principes forts définissant ce qu'est selon un « bon patient », à savoir un individu « autonome »[248] et « responsabilisé », comme le montrent bien les réflexions développées à ce propos par des professionnels de santé dans des revues scientifiques :

> « En promenade (et ailleurs), les médicaments sont une monnaie. D'où une question très compliquée : nous partons du principe que les personnes peuvent être relativement autonomes, quant à leur traitement, et que susciter cette autonomie est plutôt souhaitable. Le principe n'est pas discutable. Mais,

248. Le primat accordé à ce principe n'est pas spécifique à la médecine (ou à la prison) comme le souligne Bernard Lahire : « On parle de la nécessaire, mais souvent problématique, "autonomie" des malades en général, des malades mentaux en particulier, des handicapés, des personnes âgées, des jeunes en difficulté d'insertion sociale et économique, des illettrés, des adultes en formation, des RMIstes, des usagers des bibliothèques, des partenaires dans le couple, des salariés dans l'entreprise, des citoyens ou encore des enfants et, notamment, des élèves. De façon générale, la notion d' "autonomie" fait partie intégrante de ces catégories *positives* de perception du monde social […] qui connaissent un certain *succès discursif* et qui ont été très largement diffusées socialement » (2007 [2005], p. 322).

Encadré III. « C'est pour dormir. Je le revends pas, je le prends. »
Négociation et contrôle de la délivrance de médicaments (I)

Infirmerie du Bâtiment B de la maison d'arrêt des hommes de Rodan. Un patient, M. Guillaud, entre dans le cabinet médical. Il s'assoit face au médecin, M. Rigal, et lui dit avoir appris la veille que « [son] Tramadol » ne sera plus délivré au-delà du lendemain.

Le médecin prend un ton ferme et indique : « *Mais Monsieur Guillaud, on va l'arrêter ce traitement.* » À ces mots, le patient se referme sur lui-même : il pose ses mains à plat sur le bureau du médecin et il recroqueville le haut de son corps avec force – un peu comme s'il essayait, sans y parvenir, de surélever son buste grâce à cet appui. Après un temps ainsi, il relève la tête de façon soudaine, et il demande sur un ton furieux : « *Mais comment je vais faire moi pour dormir, hein ? Avec tous les jeunes qu'il y a ici, c'est pas possible. Vous vous rendez pas compte, vous. Vous, vous dormez pas ici mais la nuit c'est l'enfer ! Les jeunes ils crient tout le temps, ils tapent !* » Attendant vraisemblablement une réaction du médecin, il marque un temps de silence. Puis, le médecin demeurant silencieux, il poursuit : « *Moi je vous demande le Tramadol et je suis sérieux avec. C'est pour dormir. Je le revends pas, je le prends. Mais vous savez, docteur, ici tout se monnaye. Alors je veux faire les choses bien, mais si vous m'en empêchez, je vais faire comme tous les autres : je vais quand même le prendre mon médicament, mais je le trouverai autrement. Je l'échangerai contre des cigarettes, contre des trucs. Et ça, c'est de votre faute. Parce que moi, je veux faire les choses bien, mais vous, vous m'en empêchez.* » Le visage du médecin s'est couvert de tâches rouges. Le corps immobile, le buste raide, il répond : « *Ça fait deux ans que vous prenez du Tramadol. C'est pas un traitement qu'on donne pendant aussi longtemps. Moi si je vous le renouvelle, alors j'entre dans l'illégalité*. » Les derniers mots du médecin font sursauter le patient, qui rétorque : « *Non mais attendez, à [ville : l'autre maison d'arrêt] ils m'en ont donné pendant deux ans. C'est eux qui me l'ont donné ! Alors, venez pas me raconter que c'est interdit, parce que c'était des docteurs, des comme vous, avec la même blouse, eh bien c'est eux qui me l'ont donné ! Alors moi, je vous redemande – et vous avez vu que je reste calme –, je vous redemande de me donner ce Tramadol.* » Le médecin conserve le même ton ferme : « *Il est hors de question que je renouvelle l'ordonnance.* » Sur le ton de la conclusion, le patient indique : « *Alors donnez-moi du Rohypnol et on n'en parle plus.* » Le médecin se lève tout en disant « *on n'en a pas ici* », et il se place juste à côté du patient, de l'autre côté du bureau, comme pour l'inviter à se lever lui aussi et à quitter le cabinet. Mais le patient assis. Changeant de ton, à voix faible, et très lentement, il dit au médecin : « *Au fait, je veux bien du lait docteur. Je mange pas bien, j'ai beaucoup maigri, il me faudrait du lait.* »

[Consultation de médecine générale en maison d'arrêt.]

> la privation de liberté ne rend-elle pas fort complexe cette autonomie ? Alors comment faire ? Contrôler d'avantage, au risque de nous situer du côté du pouvoir et d'un pouvoir coercitif ? Laisser faire et alimenter sans illusion le trafic au sein de la détention avec le danger que ce soient les plus faibles qui en pâtissent ? (Nous connaissons tous des personnes qui sont devenues dépendantes aux opiacés en prison !) Comment articuler la nécessité que nos prescriptions ne soient pas (trop) détournées et la confiance sans jugement que les personnes incarcérées attendent des soignants ? » [Extrait d'une publication scientifique – **[55]**.]

Le personnel médical est donc attentif à cette dimension de ses activités, mais le contrôle exercé sur la consommation de médicaments ne se limite pas à celui réservé aux seuls patients à qui sont prescrits des médicaments que l'on peut qualifier d' « objet frontière » (Feroni, Lovell, 2007), entre pratiques licites et illicites. Ce contrôle se manifeste aussi à travers les modalités mêmes du dispositif médical. Les distributions de médicaments participent en effet à étendre le contrôle médical dans l'espace, puisqu'il va des secteurs dédiés à la santé (les Ucsa) jusqu'à ceux que l'on peut dire « domestiques » (les cellules). Le personnel médical s'appuie ainsi sur les observations effectuées dans les espaces domestiques de la prison, durant les distributions quotidiennes de médicaments, pour transformer les conduites des détenus :

> Mme Landru [infirmière] discute [dans le hall de l'Ucsa] avec un patient. Il lui dit sur un ton amusé que la prison lui « va bien » : « Dehors je dois prendre l'insuline, alors qu'ici mon corps la contrôle. » L'infirmière plaisante : « Eh bien, il faut vous installer définitivement ! » Le patient perd son sourire et dit : « Je mourrai, si je devais rester ici pour toujours... » L'infirmière change de ton : « Il faudrait vraiment aérer votre cellule, vous savez. Vous lavez comment vos draps ? » Il répond les laver au lavabo de la cellule. [Hall de l'Ucsa.]

Ce contrôle ne concerne donc pas que les détenus recevant des produits aux effets recherchés par les patients (et non-recherchés par les médecins) ; la venue quotidienne de l'infirmière jusqu'à la cellule agit en soi comme un rappel à l'ordre : il leur faut prendre les médicaments remis. Nuançons à présent, en nous appuyant sur les résultats d'une étude conduite par questionnaire auto-administré auprès de soixante-quatre Ucsa et consacrée à la prescription des « nouveaux traitements » de l'hépatite C[249] (Rémy *et al.*, 2017). En filigrane, cette étude montre que huit détenus sur dix se voient remettre ce médicament aux effets non-recherchés à leur cellule unitairement quotidiennement ; un détenu sur dix le reçoit une fois par semaine à sa cellule pour une semaine de traitement donc ; et

249. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 2.3. Traiter », p. 223.

moins de deux détenus sur vingt le récupèrent eux-mêmes à l'infirmerie, pour un mois complet. Le personnel médical remet donc ce médicament aux effets non-recherchés chaque jour et pour une journée de traitement seulement aux patients détenus concernés. Cet exemple permet de mettre en exergue une autre dimension du contrôle exercé sur la consommation de médicaments en prison : il apparaît socialement différencié. Car si les effets produits par ce médicament visant à soigner une infection par le virus de l'hépatite C ne sont pas recherchés par les détenus, les patients à qui il est prescrit sont aussi parmi les plus pauvres et les plus éloignés socialement du personnel médical : le contrôle exercé sur la consommation de médicaments semble en fait d'autant plus forte que la distance sociale entre patients et professionnels de santé est importante ; les détenus les plus éloignés socialement des soignants se voient plus souvent remettre leurs médicaments au jour-le-jour plutôt qu'une fois par semaine ou une fois par mois.

Enfin, outre les modalités du dispositif médical, la proximité immédiate des soignants avec leurs patients (ou patients potentiels) tend à renforcer le contrôle médical s'exerçant sur les détenus :

> En arrivant, un enseignant me prévient : « Il y a une grève [des surveillants] aujourd'hui, tout est bloqué. » 8h30. Je rejoints l'Ucsa. [Les infirmières] sont à l'office. Elles me racontent qu'elles en sont à leur troisième café de la journée. Une infirmière précise : « On a reçu que les diabétiques. Enfin, l'un des deux diabétiques, à 7h30. L'autre, il vient jamais alors ça change pas de d'habitude. » Elle se tourne ensuite vers [la surveillante de l'Ucsa et l'un des infirmiers présents dans la pièce], et elle leur raconte : « Hier, j'ai réussi à l'attraper, il était à l'Ucsa et je l'ai tiré jusqu'à l'infirmerie. Il me disait : "Mais non, infirmière ! Je reviendrai demain matin, promis !", mais j'ai réussi à vite le piquer et à lui faire une prise de sang. » [Pause-café dans une maison d'arrêt.]

Le contrôle médical est en effet continu et diffus au sein des établissements pénitentiaires : les détenus sont constamment potentiellement sous le regard de professionnels de santé.

3.3. L'expression de besoins médicaux

Les infirmières se rendent quotidiennement dans les coursives des prisons afin de distribuer des médicaments aux détenus, mais comment ces derniers font-ils, pour leur part, lorsqu'ils souhaitent solliciter le regard de professionnels de santé ? Portes de cellules verrouillées. Téléphone et accès à internet interdits. Possibilités de circulation restreintes. Accès à certains secteurs dont l'infirmerie contrôlés. Comment faire ne serait-ce que pour aller de la cellule à l'infirmerie ?

> « Quand t'es malade, si t'es pas bien à la maison, tu vas prendre le téléphone, tu vas ouvrir la fenêtre, t'es pas bien, tu vas crier. Tu peux bouger, tu peux sortir de chez toi quand t'es malade. Il y a toujours une solution. Une solution rapide. Ici, c'est quoi la solution ? » [M. El Kaouha, patient détenu.]

Alors que M. El Kaouha avait pour habitude de se rendre dans une pharmacie et de tendre une ordonnance médicale pour obtenir le spray dilatateur des bronches qu'il utilise pour apaiser ses crises d'asthme, il doit rédiger un courrier, le déposer dans une boîte aux lettres de sa coursive estampillée « U.C.S.A », puis attendre le moment de la distribution des médicaments depuis qu'il est emprisonné en maison d'arrêt :

> « Quand j'en n'ai plus [de la Ventoline], je le demande. J'écris. Et, ça aussi, c'est casse-pied. Quand on a des rages de dents, il faut écrire. Il faut écrire pour tout. Tout va... Pour tout, il faut écrire. Mais donc, on sait pas. Parce que, des fois, le courrier il part pas. Ils le font pas... ils le postent pas, des fois. Ça met du temps. » [M. El Kaouha, patient détenu.]

« Pour tout, il faut écrire », dénonce-t-il. En quatre mois, il a eu à écrire un courrier pour être autorisé à avertir quelques proches de son incarcération par téléphone, puis pour demander la délivrance de permis de visite aux parloirs et ensuite pour être changé de cellule. Pour toute demande, le personnel pénitentiaire dit aux détenus « écrivez » ; et le personnel médical fait de même : les détenus doivent rédiger un courrier, le déposer dans la boîte aux lettres, puis attendre. Certains dénoncent ces trois étapes. Leurs plaintes, et la façon dont le personnel médical ou pénitentiaire les créditent, en ajustant leurs pratiques, ou les discréditent, en justifiant leurs pratiques, permettent de saisir des apprentissages auxquels tous les détenus sont soumis, qu'ils soient ou non soumis à une surveillance médicale régulière en prison, dès lors qu'ils souhaitent exprimer des besoins médicaux.

3.3.1. Mettre des mots sur les maux

Pour s'adresser aux soignants de la prison, les détenus doivent d'abord écrire un courrier. Mais comment procéder ? Comment décrire, par écrit, son problème ? Comme l'ont déjà observé Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, « ce mode de recours aux services médicaux […] induit des barrages plus ou moins importants et contribue à l'augmentation des inégalités d'accès aux soins » (2000, p. 44). L'injonction à « écrire » impose en effet de disposer de compétences à la fois scripturales et médico-langagières que les détenus n'ont pas nécessairement

acquises durant leur socialisation primaire puis secondaire.[250] Après avoir décrit la situation des détenus privés de ces compétences, nous verrons comment le personnel médical ajuste ses pratiques pour permettre l' « accès aux soins » des plus démunis : un principe fort structurant leurs activités.

3.3.1.1. La description de "symptômes"

Un détenu sur dix est dans une « situation d'illettrisme grave ou avérée » (Combessie, 2009 [2001], p. 37) d'après l'Administration pénitentiaire,[251] et le « niveau de diplôme » de la population carcérale est lui-même relativement faible en comparaison à celui de la population générale : près de sept détenus sur dix avaient tout au plus un niveau « BEPC » ou un « CAP » en 2011 (Kensey, 2012, p. 154), et on relèvera que les détenus interviewés utilisent en fait rarement cette catégorie de « diplôme ». Ils parlent plutôt de l'âge qu'ils avaient à l'arrêt de leur scolarité[252] ; ils mentionnent la classe jusqu'à laquelle ils ont été[253] ; ou ils énoncent le temps passé sur les bancs de l'école.[254] Or, avoir à écrire « pour tout » implique de mobiliser des compétences scripturales qui sont généralement acquises en milieu scolaire[255] et dont une proportion importante de détenus est de fait privée :

---

250. Je me concentre sur les compétences nécessaires à la rédaction de ces courriers, mais Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2004) ont développé d'autres aspects de ce dispositif scriptural. Ils écrivent ainsi que l'injonction à écrire est « vécue par les prisonniers comme une contrainte de surjustification, une mise en cause de leur bonne foi, voire un mépris et un soupçon suscités par leur condition même d'hommes incarcérés » (p. 213).

251. Ces données sont produites par les services du greffe et la direction des établissements pénitentiaires. (Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.1. Catégoriser », p. 128-131). Les informations collectées, par le service du greffe puis des gradés, juste après le placement sous écrou sont ensuite complétées par d'autres, collectées les jours suivants par des conseillères pénitentiaires d'insertion et, dans les établissements pour peine, par des psychologues du parcours d'exécution des peines. Pour en savoir plus sur la construction de ces statistiques administratives, voir : Anaïs Henneguelle (2017). Complémentairement, en ce qui concerne la catégorie d' « illettrisme » dont il est question là, je renvoie aux travaux de Bernard Lahire (1999), qui analyse la construction de cette catégorie et sa constitution en problème social.

252. Pour les citer : « jusqu'à seize ans » (M. Sorel, M. Maillard) ; « jusqu'à quinze ans » (M. Esposito) ; « jusqu'à quatorze ans » (M. Da Silva, M. Boyer) ; « vers quatorze ou quinze ans » (M. Ibrahima) ; « à treize ans et demi » (M. Foucard) ; « à douze ans » (M. Otmane).

253. « J'ai pas trop été à l'école moi […]. J'ai été jusqu'au CM1 » (M. Haddad).

254. « J'ai fait de la sixième à la troisième » (M. Rossi) ; « J'ai fait trois ans d'école primaire » (M. Messaoud).

255. Je renvoie à ce propos à la littérature consacrée aux inégalités sociales face à la culture écrite scolaire (Lahire, 2000 [1993]), mais aussi aux pratiques langagières différenciées socialement (Bernstein, 1975 ; Labov, 1978 ; Millet, Thin, 2012 [2005], pp. 132-139).

> « Ben je suis rentré en prison et depuis, rien. Je suis seul moi ici. Je suis tout seul. Je peux rien faire parce que je sais pas écrire. Je peux rien faire ici. […] Je reste comme ça, et je dis : "s'il te plaît, écrit pour moi."
> *L. M. : Et comme vous êtes seul en cellule vous faites comment ?*
> Ça dépend, je demande à un bon surveillant. Je lui demande si je peux sortir, et je demande à un mec au moment de la gamelle de m'écrire. Il écrit pour moi. C'est la misère ici. […] On est trois dans l'affaire, les autres ils savent écrire, mais on peut pas se parler. J'ai écrit trois fois, une fois pour le dentiste, et ils m'ont pas appelé. La semaine dernière, lundi, j'ai descendu pratiquer l'école, j'ai parlé avec le prof. Je lui ai dit : "Appelez-moi". Il a écrit mon nom et mon prénom pour que je revienne. Mais il m'a pas appelé. » [M. Messaoud, 20 ans, arrêt de la scolarité à l'école élémentaire, détenu depuis trois ans.]

Nombre de détenus ne maîtrisent pas non plus la langue française (Boe, 2009), et ils n'ont alors d'autre possibilité que de demander à des surveillants ou à d'autres détenus s'ils veulent bien les aider, pour prendre contact avec le personnel médical de la prison, en rédigeant leurs courriers. La rédaction d'une « petite lettre pour untel » prend valeur de monnaie d'échange pour les détenus acceptant de les rédiger pour eux. Ainsi, depuis que M. Caire, qui se dit « pointé »[256] et craint d'être agressé pas d'autres détenus pour cela, met à disposition ses compétences scripturales, il se sent suffisamment protégé par les détenus bénéficiant de son aide pour s'autoriser à aller de temps en temps en cour de promenade sans risquer d'être violenté :

> « Je pense que plus – surtout dans ces milieux –, plus on a une attitude droite... Bon faut pas non plus demander n'importe quoi à n'importe qui, mais... Bon, quand on passe, on passe bien. Et puis moi, je rends service, dans le sens où bien souvent ils ont besoin d'écrire en français. Bon, je fais une petite lettre pour untel, pour untel, on devient un peu les tontons quoi, les papys quoi. […] Ils viennent me voir, on écrit une lettre, ça se passe comme ça. Mais si j'avais pas cette attitude-là, je pense que ça se passerait pas comme ça. On me frappe pas, pas encore, mais bon, c'est... c'est déjà arrivé juste quoi. » [M. Caire, 66 ans, bac+2, retraité (préparateur en pharmacie).]

En ayant suivi un cursus d'études universitaires puis travaillé pendant plusieurs années en milieu hospitalier, M. Caire a en fait acquis non pas une mais deux compétences permettant d'obtenir une réponse des soignants : des compétences scripturales scolaires et des compétences médico-langagières. Car les détenus ne doivent pas uniquement « écrire » : ils doivent mettre des mots sur leurs

256. Cf. *infra*, note de bas de page n°232, p. 242.

sensations, traduire des « problèmes » en « symptômes » ou nommer leur maladie. Sans cela, les soignants ne pourront pas se répartir les courriers reçus selon leurs spécialités et déterminer le caractère plus ou moins « urgent » des demandes adressées : les lettres seront laissées de côté. Ainsi, les détenus privés de compétences médico-langagières ont beau intégrer l'injonction à justifier le motif de leur demande selon des conceptions et des termes médicaux, ils ne sont pas nécessairement en mesure de répondre à cette attente :

> « On vous donne un papier pour que vous précisiez la maladie. Ou alors un papier où vous devez dire pourquoi vous voulez venir à l'Ucsa. Mais moi, je suis pas médecin, je peux pas préciser. [...] ils leur disent [aux détenus] : "écrivez" ; il faut expliquer ce que vous avez : "justifiez", ils disent, mais comment vous allez expliquer ? »[257] [M. Chambert, 70 ans, Bac+2, retraité (auto-entrepreneur).]

Ces difficultés à employer les termes médicaux attendus et à décrire ses sollicitations selon les conceptions des professionnels de santé doivent être là aussi mises en relation avec le recrutement sociologique de la population carcérale. La plupart des détenus ne sont pas issus du même milieu social que les professionnels de santé et ils ne partagent donc pas leur culture somatique (Fassin, Memmi, 2004) ; les individus issus de milieux populaires utilisent moins souvent le nom scientifique d'une pathologie que les individus issus de milieux privilégiées pour parler d'un événement de santé : il se réfèrent plutôt à ses conséquences observables et les évoquent de façon subjective (Boltanski, 1971 ; Béliard, Eideliman, 2014). Ces difficultés sont ensuite probablement amplifiées, en prison, du fait d'un élément lié à l'organisation des services de santé : ils sont divisés par une frontière explicite, matérielle, entre les activités dites « somatiques » et celles dites « psychiatriques », frontière défendue par les professionnels de santé : les équipes Ucsa et les équipes SMPR n'ont souvent aucune relation l'une avec l'autre, et elles tendent à tenir fermement la définition de ce qui est (ou non) de leur ressort : le « physique » d'un côté ; et le « psychique » de l'autre : l'équipe infirmière-psy refusera par exemple de poser un pansement à un patient quand l'équipe infirmière-somatique évitera de « trop parler » avec les patients.[258] À cela

257. M. Chambert fait état d'une situation qui semble peu le concerner car les observations de ses interactions avec le personnel médical et la lecture de ses courriers adressés à l'Ucsa permettent d'observer que ses compétences médico-langagières sont en fait élevées. On en saura plus sur les conditions d'énonciation de ce type de discours plus bas. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.2.3. Les "anciens" : une promotion des ordres disciplinaires », p. 376-385.

258. Or, l'opposition entre « maux du corps » et « maux de l'esprit » semble plus perméable parmi les individus issus de milieux populaires (Rainwater (1970, pp. 128-129). Je nuance, car le

s'ajoute de plus le fait que les deux équipes s'efforce de ne pas s'ingérer dans ce qui leur semble du ressort de l'administration pénitentiaire, alors désigné comme l' « hébergement ». Par exemple, les soignants ignoreront les plaintes de patients à propos de leurs difficultés à se nourrir, car l'alimentation des détenus est une responsabilité de l'administration pénitentiaire − qui la délègue souvent à un prestataire de service du secteur privé. La consultation qui suit montre bien ces trois points que je viens de développer ; un médecin met tour-à-tour à distance les plaintes d'un patient, perçues comme relevant de l'administration pénitentiaire pour les unes ou du SMPR pour les autres :

> *[Incarcéré depuis six mois, le patient n'a vu qu'une fois un médecin, à la visite médicale d'entrée : il lui avait été prescrit un traitement de substitution à l'héroïne (Subutex), qui lui est depuis apporté tous les jours à la cellule, par l'équipe infirmière.]*
> Patient : Vous m'avez diminué mon traitement !
> Médecin : Non, vous l'avez diminué tout seul votre traitement, Monsieur Jovic.
> Patient : Mais je vous avais écrit pour vous prévenir que je le diminuais.
> Médecin *[parcourant le dossier médical]* : Je vois que vous ne venez pas aux rendez-vous.
> Patient : Je suis au rez-de-chaussée parce que j'étais menacé de mort. Alors je venais pas aux rendez-vous ici parce que sinon j'aurais dû aller dans la salle d'attente et c'est beaucoup trop dangereux.
> Médecin *[l'interrompant]* : Ça, ce n'est pas mon souci, je ne suis pas de l'AP[259] moi, je suis médecin.
> Patient : Mais maintenant c'est bon, j'ai vu avec les surveillants et ils me mettent dans une salle d'attente à part. Il y a plus de soucis.
> Médecin : Depuis combien de temps vous êtes à quatre milligrammes ?
> Patient : Depuis sept jours. Je suis en manque là. Ça va pas du tout. Il faut que vous me remettiez à huit milligrammes. Là ça a été trop dur, je me suis coupé hier pour plus sentir le manque.
> Médecin : C'est dans votre tête. Physiquement, vous allez bien. Votre tête, le psychique, je m'en fiche.
> Patient : Vous n'allez pas me laisser à quatre ? Vous pouvez pas me faire ça !
> Médecin : Si Monsieur Jovic, je peux tout faire. Le Subutex, il est pas là pour dormir, pour se sentir bien, pour manger. Là le Subutex, vous le prenez pour une mauvaise raison.

développement des usages de médecines dites « alternatives » ou « complémentaires » dans les pays occidentaux, par les classes privilégiées, a probablement transformé cette perméabilité socialement différenciée entre « maux du corps » et « maux de l'esprit ».

259. Administration pénitentiaire.

> Patient : Moi le subu', je le prends pour me soigner. Vous voulez quoi ? Que je prenne l'héroïne ?
> Médecin : Je ne sais pas... et vous, vous voulez quoi ?
> Patient : Ben guérir ! Arrêter l'héroïne, me soigner !
> Médecin : Le Subutex ça ne soigne pas. C'est un traitement de substitution.
> [Consultation de médecine générale en maison d'arrêt.]

La conversation entre un patient et un soignant peut donc permettre à ce dernier de traduire le « problème » exposé par son patient en « symptômes » : il lui demande de le décrire, de lui montrer l'endroit du corps où il a mal ou d'effectuer des actions telles que tousser ou encore plier un membre. Mais l'injonction à exprimer ses besoins médicaux par écrit implique que les détenus soient en mesure d'identifier et d'expliciter seul, en les nommant, par écrit et dans un langage biomédical quels sont leurs « symptômes ».

3.3.1.2. Une socialisation scripturale

Le personnel médical est sensible aux plaintes concernant les difficultés à rédiger les courriers permettant d'accéder à l'infirmerie de la prison. Cela d'abord parce que l' « accès aux soins » constitue l'une de leurs priorités : il s'agit pour les soignants d'un principe central de leur mission. Mais cela aussi parce que l'enfermement en prison est perçu comme une « opportunité » pour « repérer », « soigner », « éduquer » et « réinsérer » des personnes dont le recours à des soins hors de l'institution est faible[260], et qui sont plutôt parmi les détenus ne disposant pas des compétences requises, scripturales-scolaires et médico-langagières, pour rédiger ces courriers. Afin de remédier aux difficultés liées à l'usage de l'écrit, à la suite de réflexions développées au sein de leurs associations professionnelles, les professionnels de santé ont de ce fait créé des formulaires-types que les détenus peuvent compléter plutôt que rédiger un courrier.[261] Il n'existe cependant pas de formulaire-type à l'échelle de l'ensemble des établissements pénitentiaires : ce sont les soignants qui ont à charge d'élaborer le formulaire mis à disposition. Compte tenu de l'intensité de leur réflexivité, il n'est pas rare que les professionnels de santé exerçant en prison discutent de la façon dont ils l'ont conçu voire qu'ils procèdent à sa refonte. Ainsi, durant l'enquête, l'équipe du centre pénitentiaire de Rodan envisageait de modifier son formulaire, estimant que les détenus ne le

260. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 5. La prison dans la rhétorique médicale », p. 178-188.

261. Une étude approfondie des activités de l'Apsep permettrait probablement de mieux saisir le rôle joué par l'association professionnelle dans les arbitrages entre acceptation d'une « hybridité » et défense d'une « culture professionnelle ».

« compren[ai]ent pas », et les soignants du centre de détention d'Alauposo venaient de transformer le leur : ils le jugeaient à présent « plus clair ».[262]

Le formulaire de demande de soins mis à la disposition des détenus du centre pénitentiaire de Rodan est une demi-page de format A4 présentant plusieurs marqueurs institutionnels : le logo et l'adresse du centre hospitalier référent de l'Ucsa, le nom du pôle hospitalier dont elle dépend et le nom de la prison. Il est structuré par trois encadrés. Dans le premier, les détenus doivent indiquer leurs nom, prénom, numéro de cellule et numéro d'écrou. Dans le deuxième, ils sont tenus d'expliquer pourquoi ils veulent être convoqués à l'Ucsa : « Vous souhaitez venir à l'infirmière [sic] pour ». Pour répondre à cette question, huit motifs leurs sont suggérés ; ils ont à cocher une ou des cases : « Médecin », « Infirmière », « Ophtalmo (lunettes) », « Dentiste », « Gynéco », « Consultation dentaire », « Prescription de médicament » et « Résultat d'examen ». Les trois derniers motifs sont chacun accompagnés d'une image : le dessin d'une dent et la photographie d'un dentier pour « Consultation dentaire », le dessin d'une boîte de comprimés pour « Prescription de médicament » et le dessin d'une silhouette positionnée à côté du tracé produit par un électrocardiogramme pour « Résultat d'examen ». Un quatrième dessin figure dans ce même premier cadre. Il représente un personnage nu dépourvu de sexe et présenté de face puis de dos. Il est précédé de la formule : « Indiquer d'une croix où se situe votre douleur ». Les détenus peuvent donc apposer des croix sur le schéma anatomique. Dans le dernier cadre, il est enfin inscrit une phrase : « Merci de préciser votre demande ». Cette phrase est la seule soulignée. Elle est suivie d'un champ vide : les détenus doivent rédiger quelque chose.

Le formulaire d'Alauposo était assez proche de celui utilisé à Rodan mais lors de sa refonte, le personnel médical du centre de détention a multiplié les catégories, les sous-catégories, les pictogrammes et les représentations anatomiques schématisées. Tâchons de le décrire. Dans deux premiers encadrés, les détenus peuvent cocher le dessin du type de soignant qu'ils souhaitent consulter : les professionnels de santé sont distingués selon qu'ils sont de l' « équipe psychiatrique » ou de l' « équipe somatique » d'abord, puis selon leur formation et leur spécialité ensuite.[263] Il y a d'un côté l' « équipe psychiatrique » : le dessin d'un

262. Les formulaires sont reproduits en annexe. Cf. *supra*, « Annexe H. Le formulaire de demande de soins mis à la disposition des détenus d'un centre pénitentiaire », p. 484 ; « Annexe I. Le formulaire de demande de soins mis à la disposition des détenus d'un centre de détention », p. 485.

263. Rappelons qu'à la différence des deux autres prisons étudiées, il n'y a pas de « SMPR » à Alauposo. Il y a seulement une « Ucsa ». Elle compte une cadre de santé, des infirmières

homme installé dans un fauteuil et tenant à la main un bloc-notes est accolé aux mots « Psychiatre » et « Psychologue » ; le dessin d'une femme assise à côté d'un homme allongé sur ce qui semble être un divan de psychanalyste[264] est accolé au mot « Infirmière psychiatrique ». Il y a d'un autre côté l' « équipe somatique » : le dessin d'un homme portant un stéthoscope autour du cou est accolé au mot « Médecin » ; le dessin d'une femme portant sur sa tête un petit chapeau sur lequel figure une croix est accolée au mot « Infirmière » ; et le dessin d'un homme se grattant le visage, représentant de fait cette fois un patient, est accolé au mot « Dermatologue ». La suite du formulaire présuppose divers motifs à la consultation de l'un de ces professionnels. Le dessin d'un humain nu dépourvu de sexe est d'abord présenté de face puis de dos et les zones de son corps sont associées à des symptômes médicaux : « Gêne oculaire », « Mal de dos », « Difficulté à respirer », « Douleur dans la poitrine », « Douleur de l'oreille », « Difficultés ou brûlures en urinant »... Une autre illustration d'un personnage, dessiné cette fois de façon humoristique et précédée de l'intitulé « Traumatisme », présente ensuite quelqu'un qui est recouvert de bandages et de plâtres et les zones de son corps sont associées à des mots permettant de les désigner : « Tête », « Épaule », « Coude », « Cheville »... Le formulaire présente enfin plusieurs pictogrammes dont certains sont associés à des symptômes médicaux : « Fièvre », « Diarrhées », « Insomnie, Angoisse », « Allergie ou problème de peau, ongles, cheveux » ; d'autres suggèrent des actions pouvant être entreprises à l'Ucsa : « Démarches administratives », « Arrêter de fumer » ; et quelques-uns des actions concernant une surveillance médicale déjà engagée : « Renouvellement de traitement », « Demande de résultats d'examens ». En plein centre du document, une phrase est enfin inscrite en lettres capitales, dans une police similaire à celle du titre du formulaire : « TOUTE DEMANDE NON RENSEIGNÉE NE SERA PAS TRAITÉE PRIORITAIREMENT. »

Pour être reçus à l'infirmerie, les détenus doivent donc mettre les « bons mots » sur leurs maux : les soignants insistent sur la nécessité de « préciser » sa « demande » sous peine que celle-ci ne soit « pas traitée prioritairement ». On pourrait par conséquent regarder ces formulaires mis à leur disposition comme

somatiques ou psy, des psychologues, des médecins généralistes, une préparatrice en pharmacie, une secrétaire médicale, un médecin psychiatre, une pharmacienne et une éducatrice. Ils ne dépendent pas de la même infrastructure mais d'un CHU pour le somatique et d'une « Unité pour malades difficiles » pour les psys. Ils partagent néanmoins leurs locaux, la gestion administrative des patients (dossiers médicaux partagés), ils effectuent des transmissions communes et ils ont conçu un seul et même formulaire.

264. Précisons qu'il n'y a pas de divan dans les bureaux où les patients sont reçus.

une forme de « socialisation scripturale » à la santé, car ils peuvent « agir de manière implicite, en contribuant à former ou transformer [leurs] catégories mentales » (Darmon, 2016 [2006], pp. 111-112), mais cette lecture n'est que spéculative car les détenus utilisent en fait peu ces formulaires. Les courriers adressés aux Ucsa sont généralement rédigés sur papier libre :

> « Personne en a de ces documents [les formulaires] dans le bâtiment. Il y en a qu'ici [à l'Ucsa] de ces documents, mais on peut pas prévoir à l'avance qu'on en aura besoin, donc les trois-quarts font un petit mot sur du papier libre. » [M. Chambert, patient détenu.]

On ne trouve des exemplaires de ces formulaires que dans les locaux infirmiers des établissements pénitentiaires. Or, encore faut-il y avoir déjà eu accès pour en avoir quelques-uns en sa possession et donc penser par anticipation.

3.3.2. Apprendre à être patient (I)

Une fois le courrier de demande de soins rédigé, les détenus doivent le déposer dans une boîte aux lettres estampillée « U.C.S.A ». Ces boîtes à lettres sont fixées dans les espaces de détention. Mais encore faut-il pouvoir y accéder, dénoncent des patients détenus interviewés à Rodan ou à Servoud quand personne n'évoque ces boîtes à lettres à Alauposo. Ils peuvent en fait les atteindre à peu près quand ils le souhaitent dans la mesure où les portes de leurs cellules ne sont verrouillées que la nuit. Mais cela n'est pas le cas dans les maisons d'arrêt : les détenus sont en permanence ou presque enfermés dans une cellule.

3.3.2.1. D'un côté de la porte de la cellule

En maison d'arrêt, les détenus ne peuvent accéder aux boîtes à lettres de l'infirmerie qu'en certaines occasions spécifiques, lorsque les surveillants d'étage sont tenus d'ouvrir la porte de leur cellule, c'est-à-dire quand il est l'heure de recevoir la « gamelle », d'être autorisé à aller en promenade ou de rejoindre les douches :

> « Bon, il y a les surveillants, le passage à passer c'est le... c'est que le surveillant vienne t'ouvrir la porte [de la cellule]. Mais ça, il faut savoir être patient, et ici, on apprend à être patient. […] En général, le courrier on le met quand on nous ouvre pour la promenade, ou quand c'est pour le repas. Des trucs spécifiques. Là, quand ils sont obligés d'ouvrir, on esquive et on y va. Mais si on met un drapeau pour dire : "Ouais je vais juste à la boîte aux lettres", c'est non. C'est non. Ils vont pas se casser la tête. » [M. El Kaouha, patient détenu.]

Le reste du temps, ils doivent utiliser un « drapeau »[265] pour demander au personnel de surveillance l'ouverture de leur porte. Les surveillants jugent que cette technique est la « bonne manière » de les solliciter contrairement à d'autres qui sont réprouvées telles que les appeler en criant (« Surveillant ? Surveillant ! ») ou attirer leur attention en donnant des coups de pied dans la porte de la cellule. Cela étant, si ces techniques réprouvées sont couramment utilisées par les détenus, c'est aussi parce qu'il leur semble que leurs drapeaux sont ignorés :

> « Même quand vous êtes malade, ils [les surveillants] viennent pas voir ce que vous avez. Parce que le drapeau c'est un bout de papier à la porte et comme ça ils le voient et normalement ils vous ouvrent. Mais il y en a qui se soucient même pas de ce qui peut vous arriver. » [M. El Salski, patient détenu.]

> « Y'en a [des surveillants] qui font bien leur taff et y'en a d'autres ils se cassent pas la tête. Ils voient des drapeaux sortir de la porte et voilà : il va pas se prendre la tête, il va finir peut-être sa cigarette, son café ou quoi. Et si le mec frappe à la porte, il va encore plus prendre la quinte. Ils vont pas se dire : "Ça doit être important", "ça doit être urgent", "il doit y avoir un problème". Non. Eux c'est : "Ils nous cassent les pieds", donc vas-y ils calculent pas. » [M. El Kaouha, patient détenu.]

Ils dénoncent des surveillants faisant « mal » leur travail et les laissant dans l'attente tout en nuançant : cela ne concerne pas tous les surveillants et d'autres leur semblent « bien » le faire car ils ne les laissent pas ou peu dans l'attente.

3.3.2.2. De l'autre côté de la porte de la cellule

L'enjeu semble être inversé pour les surveillants pénitentiaires. Car au contraire des détenus, ils estiment devoir apprendre à prendre leur temps :

> « Il faut apprendre à prendre son temps, parce que plus on leur donne tout de suite, plus ils en demandent. » [M. Bouvier, surveillant pénitentiaire.]

Ici comme ailleurs, le temps est un instrument de pouvoir (Bessin, 1999 ; Rimbert 2005), et les portes et les grilles de la prison constituent autant de frontières à partir desquelles les surveillants peuvent (ré)affirmer au quotidien leur pouvoir sur les détenus en décidant du moment où ils les leur ouvriront.[266] Il ne

265. Le « drapeau » est un terme utilisé en prison pour désigner une feuille de papier glissée dans l'encadrement de la porte de la cellule.

266. Bruno Milly (2001) montre également que ces « retards » des surveillants interrogent l'autonomie du personnel médical des prisons, puisqu'ils y sont aussi soumis : leurs activités dépendent de celles préalablement effectuées par les surveillants pénitentiaires (pp. 114-125). Un médecin ne peut pas recevoir un patient si un surveillant n'a pas déverrouillé sa cellule. Un extrait d'observations cité plus haut donne également à voir leur dépendance vis-à-vis du

m'a bien évidemment pas été possible d'observer comment les surveillants « prennent » (ou non) leur temps, car il s'agit là d'un auto-jugement subjectif : quelle perception a-t-on de la façon dont on effectue chacune de nos actions ? Les observations menées dans les « hôpitaux-prisons » permettent néanmoins un peu plus d'observer cela. Parce qu'il n'y a ni portes ni grilles à franchir, mis à part celle de la chambre-cellule, ni courriers à déposer dans une boîte aux lettres, ni heure de la douche ou de la promenade, ni « gamelles » à distribuer ou, autrement dit, parce que les possibilités d'affirmer son pouvoir par le contrôle de ces frontières matérielles sont moins nombreuses, les surveillants les incarnent quelques fois eux-mêmes, restant immobiles et laissant filer des minutes afin de produire de l'attente :

> Un signal sonore retentit dans l'infirmerie. Cela vient de la chambre-cellule du fond, celle de M. Lornel. Mme Julliard [aide-soignante] fait signe à M. Grant [surveillant] de l'accompagner. M. Grant quitte son poste de contrôle, et il lui ouvre la porte de la chambre-cellule. M. Lornel explique à l'aide-soignante que son pot de crème cicatrisante est fissuré. Il lui montre la mixture séchée et il lui demande s'il peut en avoir un nouveau. Il demande aussi s'il peut avoir « des petits pots de confiture et des stick de café » car il retourne en prison [à plusieurs centaines de kilomètres de l'UHSI] en début d'après-midi : il ne pourra pas cantiner comme ce sera le week-end. Resté au niveau de l'encadrement de la porte, le surveillant signale son exaspération en levant les yeux au ciel. L'aide-soignante répond au patient : « Je vais voir ce que je peux faire » et elle quitte la chambre-cellule. Le surveillant verrouille la porte. L'aide-soignante rejoint l'infirmerie et elle en ressort aussitôt avec un nouveau pot de crème. Elle fait signe à M. Grant qui est retourné entre temps à son poste de contrôle. Il la rejoint dans le couloir, mais il refuse d'ouvrir la porte de la chambre-cellule de M. Lornel : « On va attendre cinq minutes, il faut pas pousser ! » Nous restons donc là tous les trois, dans le couloir, immobiles et silencieux, devant la porte de la chambre-cellule de M. Lornel. Après trois ou quatre minutes ainsi, M. Grant annonce : « C'est bon, on peut y aller. » Il insère sa clé dans la serrure, et il ouvre la porte à l'aide-soignante. [« Hôpital-prison » d'Alauposo/Rodan.]

Ce n'est pas seulement un enjeu de pouvoir. Les surveillants pénitentiaires redoutent en fait fréquemment de se retrouver « au même niveau » que les détenus voire d'avoir « moins » ou d'être traités « moins bien » qu'eux :

> « J'ai un collègue [surveillant] qui s'est fait frapper par un détenu. Après ça, tu sais pas ce qui s'est passé ? Il y a eu une confrontation entre lui et le

personnel de surveillance : la quasi-totalité des activités de l'Ucsa sont mise en suspend lors d'une grève des surveillants de l'établissement (*infra*, p. 253-258).

> détenu ! Ça, c'est pas normal ! Il s'est retrouvé au même niveau que le détenu ! Mais comment tu veux qu'ensuite il affirme son autorité ? » [M. Béato, surveillant pénitentiaire.]

L'imposition d'une forme d' « attente » est donc l'un des seuls moyens en leur possession pour rappeler leur appartenance au groupe dominant au sein des établissements.

3.3.2.3. Qu'est-ce qu'une "urgence" ?

Les détenus dénonçant les difficultés liées à l'usage de l'écrit et l'attente à laquelle ils sont soumis tant par le personnel médical que par le personnel pénitentiaire nuancent cependant aussi leurs plaintes ; il soulignent qu'il reste possible de se rendre à l'infirmerie en faisant par exemple semblant d'aller vers un autre secteur de l'établissement :

> « Encore, la journée, ça va : on peut toujours trouver un moyen d'aller à l'infirmerie si ça va pas » [M. El Kaouha, patient détenu en maison d'arrêt.]
>
> « Je descends avec les gens de la promenade, et j'esquive une fois arrivé en bas et je vais à l'infirmerie. » [M. Hamidi, patient détenu en maison d'arrêt.]

Mais cela dépend des « mouvements »[267] au sein de la prison et il n'est dans tous les cas possible de faire appel au personnel médical que lorsque l'infirmerie est ouverte – c'est-à-dire les jours ouvrables, aux heures de travail ordinaires :

> « Une fois, j'avais trop mal aux dents, et personne m'a ouvert. J'avais une migraine atroce, je voulais récupérer du Doliprane, quelque chose pour me soulager. J'ai mis le drapeau à huit heures le matin et à midi, à la gamelle, le surveillant me dit : "Eh, c'est dimanche ! Pour moi il y a pas de mouvements, il y a rien." » [M. El Salski, patient détenu.]
>
> « Si la nuit il nous arrive quoi que ce soit, il y a personne qui peut recevoir nos doléances. Moi, en crise d'asthme, je pourrais pas l'appeler [le surveillant], hein ! […] j'essaie d'être bien au maximum pour éviter de... D'autant plus qu'ici y'a pas une surveillance... enfin, pas une surveillance mais disons un... comment appeler ça... un poste de secours. C'est-à-dire qu'on peut pas appeler, y'a pas de bouton. » [M. Caire, patient détenu.]

267. Le terme de « mouvements » est employé, en prison, pour désigner des déplacements groupés et organisés par l'administration de détenus au sein de l'établissement. Il y a par exemple un « mouvement » quand les détenus du Bâtiment B s'en vont rejoindre les ateliers de la prison ou quand les détenus de tel étage se rendent en cour de promenade. En revanche, il n'y a pas de « mouvement » quand un « auxi » distribue la « gamelle » ou quand un détenu se rend à l'infirmerie. Pour une analyse des flux de circulation des détenus à l'échelle des différents « secteurs » des prisons, je renvoie aux travaux de David Scheer (2015).

L'injonction à « être patient » associée à la situation d'emprisonnement cellulaire peut alors amplifier la peur d'avoir affaire à une « urgence ». Cette peur concerne tout autant les personnes détenues en maison d'arrêt qu'en établissement pour peine :

> « J'ai fait un petit infarctus, le seul jour où il ne faut pas le faire...
> *L. M. : Un dimanche ?*
> *[rires]* Vous avez tout compris ! Voilà, j'ai fait un infarctus le dimanche et, heureusement, je suis tombé sur une bonne équipe de surveillants : le Samu est arrivé rapidement. […] Je suis tombé dans le couloir, j'ai eu de la chance que − bon, malheureusement c'était le dimanche −, mais j'ai eu de la chance qu'il y ait du monde dans le couloir et que le surveillant soit rapide, donc les secours ont pu vite arriver. La hantise du détenu, c'est le dimanche. Un infarctus, vous avez pas une heure devant vous. » [M. Carmin, patient détenu en centre de détention.]

Cette peur est souvent exprimée par des détenus ayant déjà été confrontés à une situation qui a été qualifiée *a posteriori* d' « urgente » voire de « vitale » par des professionnels de santé :

> « Moi d'entrée, j'ai prévenu mon codétenu : "Si jamais un jour j'ai un problème, tu casses la portes, tu appelles." Je préfère mettre au courant, parce que ça [un nouvel infarctus] peut arriver à n'importe quel moment, hein. » [M. Esposito, détenu en maison d'arrêt, a fait quatre infarctus par le passé.]

> « L'an dernier, j'ai fait un infarctus en cellule. Donc j'ai été transféré par les pompiers. On était deux en cellule, et c'est l'autre qui a prévenu. Il connaissait le truc parce qu'il avait déjà eu un infarctus. » [M. Jarré, détenu en maison d'arrêt, pris en charge médicalement pour le suivi d'une maladie cardiovasculaire.]

S'ils ont pu compter sur l'aide de surveillants ou sur le soutien d'autres détenus la fois précédente, ils redoutent de ne pas bénéficier d'un même support si leurs conditions de santé venaient à se dégradent brutalement à nouveau :

> « Même si c'est congénital, mes problèmes de circulation se sont déclenchés ici. J'avais pas ça avant, j'avais juste le VIH quand je suis arrivée. L'infarctus c'est pareil. Je peux vous dire exactement la date : c'était le [jour, mois, année : sept ans plus tôt]. C'est le jour où il y a eu [un événement climatique rare dans la région]. Les pompiers étaient submergés de travail et, juste avant mon infarctus, ils s'étaient déplacés chez les hommes pour une fausse alerte. Du coup quand j'ai fait mon infarctus, ils ont pas trop voulu vite revenir. Ils pensaient sans doute que c'était encore pour rien, qu'ils allaient perdre leur temps. J'ai fait l'attaque à six heures du matin et je suis arrivée à l'hôpital vers dix heures. Heureusement, à l'époque, j'étais pas encore seule en cellule comme maintenant. Si j'avais été seule, je serais morte, ça c'est sûr. C'est la

> femme qui était avec moi en cellule qui m'a sauvée. Elle a lancé l'alerte, et elle m'a prodigué les premiers soins. Elle m'a parlé pour que je reste consciente, et elle m'a mis un torchon mouillé sur le front. » [Mme Beaulieu, détenue en centre de détention, prise en charge médicalement pour le suivi d'une infection par le VIH et d'une maladie cardiovasculaire.]

Ces expériences passées leur ont aussi quelques fois donné l'occasion d'observer que les services de secours d'urgence ont hésité à intervenir. Anticipant les reproches du Samu ou des pompiers, les professionnels de santé s'efforcent en fait de ne pas « trop » les solliciter :

> Il est près de 8h30 lorsque j'arrive. Dans le hall de l'Ucsa, j'aperçois du matériel de secours d'urgence posé au sol. Je dépose mon sac-à-main à l'office, où [une infirmière] m'explique qu'un patient, qu'elle a installé dans la salle de soins, avait très mal au niveau de la poitrine. Elle dit qu'elle a « pris la responsabilité de les appeler parce que le docteur n'arrivera que vers dix heures ». [...] [Plus tard, en début d'après-midi,] j'entends [un médecin], furieux, qui crie à [l'infirmière] : « Si on continue de les appeler pour rien, bientôt ils ne se déplaceront même plus quand ce sera important ! » […] [l'infirmière] est venue me voir. Elle avait vraisemblablement pleuré. Elle m'a dit, en montrant de la main le sol à l'entrée de l'Ucsa : « La dernière fois que ça nous est arrivé on n'avait jamais vu ce détenu, on le connaissait pas, on s'était pas inquiété et c'était une attaque. Il est mort juste là. » [Ucsa d'un établissement pénitentiaire.]

La notion d' « urgence » prend en fait une coloration singulière en prison. Le niveau de ce qu'il convient de considérer comme « urgent » peut être ré-haussé par le personnel médical, dans l'objectif d'entretenir de bonnes relations avec les services de secours d'urgence, mais cette notion peut aussi être utilisée à l'inverse de façon extensive. Ainsi, dans la mesure où c'est l'administration pénitentiaire qui fixe le nombre d' « extractions médicales » hebdomadaires permises, qualifier un déplacement à l'hôpital d' « urgent » permet aux professionnels de santé de s'émanciper de ce contrôle et de programmer des déplacements supplémentaires à leurs patients :

> « On nous refuse des extractions médicales parce que soit disant ils n'ont pas le personnel pour aller à l'hôpital, qui n'est qu'à une demi-heure... » [M. Lupard, médecin généraliste.]

Ils appellent cela de « fausses urgences médicales » : elles consistent à marquer un rendez-vous hospitalier pour un patient à une date où le nombre d'escorte prévu est déjà dépassé ; à accepter un créneau de rendez-vous s'étant libéré à l'hôpital même s'il n'y a plus d'escortes disponibles ; à accélérer le délai à la consultation de certains spécialistes en faisant conduire directement les patients aux urgences ; ou à procéder ainsi pour permettre aux patients d'être reçus par

des spécialistes refusant de recevoir des détenus – et donc de leur marquer des rendez-vous :

> [Le patient] vient consulter pour un abcès de la marge anale. [L'infirmière] m'explique que normalement c'est opérable, mais qu'ils ne peuvent rien faire pour lui car ce n'est pas « une urgence vitale ». Il n'y a en fait qu'un seul chirurgien vasculaire [au CHU] et [l'infirmière] explique qu'il « refuse de voir ces merdeux ». [Le patient] est détenu depuis quatre ans et « pour longtemps encore ». [Ucsa d'une prison.]

Les soignants simulent alors un état émotionnel d'inquiétude face aux surveillants de l'infirmerie et ils leur demandent d'appeler sur le champ une ambulance afin de conduire le patient à l'hôpital. Ces « fausses urgences médicales » sont fréquemment dénoncées par le personnel de surveillance et les directeurs des établissements pénitentiaires, qui semblent néanmoins surévaluer leur fréquence.[268] Elles sont en fait très rares, presque anecdotiques, en proportion à l'ensemble des déplacements organisés jusqu'à des hôpitaux, qu'ils aient été « programmés » ou véritablement perçus comme une « urgence » par les soignants. Ainsi, sur une période donnée, une seule « fausse urgence médicale » a été organisée par le personnel médical de l'un des services médicaux étudiés – la décision de conduire aux urgences ce patient avait été prise une semaine plus tôt, afin de s'émanciper des délais d'attente à la consultation du médecin gastro-entérologue du CHU. Or, sur cette même période, ce sont près de deux cent « extractions médicales » qui ont été organisées, dont une dizaine en « urgence ».

*3.3.3. **Apprendre à être patient (II)***

Qu'advient-il des courriers des détenus une fois qu'ils ont été déposés dans la boîte aux lettres estampillée « U.C.S.A » ? Les détenus l'ignorent. L'attente se prolonge : certains la dénoncent.

3.3.3.1. La gestion de l'incertitude

Nombre des patients détenus interviewés se plaignent du fait que leurs courriers adressés au personnel soignant sont restés sans réponse[269] :

---

268. Les « fausses urgences médicales » occupent ainsi la majeure partie de l'entretien que j'ai réalisé avec l'un des directeurs du centre pénitentiaire de Rodan, qui dénonce ces pratiques à propos desquelles il revient à plusieurs reprises.

269. Les plaintes émises par les détenus de Servoud et de Rodan ont souvent concerné des courriers adressés aux assistantes sociales hospitalières. Il importe de préciser que cela s'explique en partie par les conditions de réalisation des entretiens, qui ont pour la plupart été menés dans leurs bureaux : les enquêtés espéraient que je leur passe le mot après l'entretien –

> « Ça fait un mois que j'ai fait des courriers, mais l'assistante sociale [hospitalière] m'a jamais répondu. » [M. N'diaye, patient détenu.]
>
> « L'assistante sociale [hospitalière], je lui en veux un petit peu parce que pendant six mois je lui ai écrit, et elle me dit qu'elle a jamais reçu mes... mes mots... j'ai quand même du mal à l'avaler. […] Je lui ai écrit pendant six mois toutes les semaines et il a fallu que ce soit un surveillant qui l'appelle pour lui dire de me prendre en rendez-vous. Donc je trouve ça inadmissible. » [M. Fabiani, patient détenu.]
>
> « Par contre votre collègue [l'assistante sociale hospitalière de la maison d'arrêt où il était détenu avant], elle se fout de la gueule des gens. Elle vous reçoit une première fois, et après elle jette les courriers à la poubelle. Elle m'a reçu qu'une fois en un an et demi. Elle m'a jamais reçu, c'est pas bien quoi. […] Elle m'a juste dit : "Je ferai tout pour qu'on ne vous expulse pas", et après j'ai plus jamais eu de ses nouvelles. » [M. Sodamba, détenu à Alauposo après avoir été transféré depuis Servoud.]

Ce n'est en fait qu'une fois la réponse médicale effective que les détenus ont l'assurance de la bonne réception de leurs courriers. Un surveillant pénitentiaire leur indique alors d'aller à l'Ucsa ou il ouvre la porte de la cellule à une infirmière leur remettant un sachet de médicaments. Or en attendant, ils s'interrogent. Pourquoi n'ont-ils pas encore été convoqués ? Le seront-ils dans la journée ? Le lendemain ? Dans une semaine ? Le mois prochain ? Après le dépôt d'un courrier, l'attente peut en effet aussi bien être de quelques heures : un courrier est déposé le matin dans la boîte aux lettres, il est prélevé en fin de matinée ou en début d'après-midi et il est traité le jour-même. Mais sa durée peut aussi être plus longue. Il faut par exemple compter plusieurs mois d'attente pour être reçu par certains spécialistes, comme les chirurgiens-dentistes :

> « C'est super long pour avoir quelque chose. Par exemple, là, j'ai demandé au médecin pour revoir le kiné mais j'attends. […] Le problème ici, c'est surtout d'attendre. Tout est long. Le pire, je crois, c'est le dentiste. Ça fait depuis [date : trois mois] que je demande à le voir parce que je me suis cassé deux dents. Il y en a une qu'elle a réparée, mais je devais la revoir [date : le mois dernier] et je l'ai pas vue. Pour la première dent, j'avais fait la demande [date : quatre mois plus tôt] et je l'ai vue [date : un mois après]. Donc j'ai beaucoup attendu. » [Mme Lacombe, patiente détenue.]

Les heures, les jours, les semaines, les mois passent. Ce n'est en fait pas tant un temps jugé « trop long » qui est dénoncé par les détenus, mais vraisemblablement plus son caractère incertain. Cette durée n'est par exemple jamais mise en

---

ce que j'ai d'ailleurs toujours fait. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 4.1.3.2. Des discours et des lieux : l'entretien comme situation d'observation », p. 298-300.

parallèle à d'autres qui ont pu être expérimentées hors de l'institution – ce que font en revanche les professionnels de santé :

> Infirmière : Je vois pas de quoi ils se plaignent, regarde, moi aussi j'ai attendu un an pour voir l'ophtalmo'. [Transmission de la mi-journée.]
>
> Infirmière : Trois mois d'attente pour voir un dentiste, c'est pareil que dehors. [Soins infirmiers en maison d'arrêt.]

Les détenus doivent se soumettre à un temps caractérisé par un haut niveau d'incertitude : ils n'ont pas l'assurance que leur lettre a bien été reçue par le personnel médical ; ils ne savent pas si une réponse a été programmée ou si le courrier a été ignoré ; ils ignorent quand elle interviendra ; ils ne savent pas par qui – infirmières, médecin, médecin spécialiste, assistante social... ? – et selon quelles modalités le courrier sera traité – distribution d'un médicament, convocation à l'Ucsa, « extraction » à l'hôpital-référent... ? Ce haut niveau d'incertitude concerne en fait plus globalement toute l'organisation du dispositif médical en milieu carcéral :

> « J'ai été voir plusieurs fois à l'hôpital, mais c'était pas le même truc [que l'hépatite diagnostiquée]. J'ai été extrait pour une opération que je vais avoir. J'y pense beaucoup parce que je passe bientôt en opération. Je pense que ce sera dans dix jours, mais je suis pas sûr. J'ai vu l'anesthésiste déjà, donc je pense, ce sera dans dix jours. De pas savoir quand, c'est pas évident. Je sais rien. Un matin, il [le surveillant] va sonner : « Gargarov, extraction ! » et faudra y aller. […] Donc j'ai trop de stress aussi, pour moi ça fait trop, il y a de trop grands risques. L'année dernière je me demandais déjà si j'allais pas être opéré, j'avais été extrait, mais je suis pas patient et j'ai attendu vingt-quatre heures dans une chambre fermée, donc j'ai refusé l'opération. » [M. Gargarov, patient détenu.]

Confrontés à ce haut niveau d'incertitude, il arrive que les détenus élaborent des scénarios permettant d'expliquer l'absence de réponse. Et si les soignants ou le personnel de surveillance avait jeté ou déchiré leur courrier ?

> « Je suis en train d'écrire, d'écrire, mais ça répond pas, j'ai l'impression que la lettre, ils la déchirent » [M. Akkouche, détenu depuis une semaine, a rédigé plusieurs fois le même courrier.]
>
> « Ah, ça, pour écrire, on écrit ! Mais après ils s'en foutent. Je crois que ça passe dans la poubelle de suite ! Maintenant, j'écris plus, je fais plus rien. » [M. Sorel, patient détenu.]

Les formules grammaticales et les termes employés montrent qu'il ne s'agit là pas tant d'accusations que d'une façon de gérer l'incertitude. Ils ont « l'impression ». Ils « croient ». Ils « se disent ». Ils ignorent en fait comment leurs courriers sont traités, et ils interprètent le traitement qui leur est réservé en se référant à un registre de l'affectivité :

> « Moi c'est vrai que j'ai pas trop à me plaindre pour ça, parce que je sais pas si ils m'aiment bien ou quoi mais c'est vrai qu'à chaque fois que j'écris, je suis reçu super vite. » [M. El Kaouha, patient détenu.]
>
> « Si le surveillant il m'aime pas, si ça se trouve il le met à la poubelle. […] Donc on se dit qu'ils mettent à la poubelle. » [M. Toussaint, détenu.]
>
> « Et puis des fois, si le surveillant vous aime pas, il prend le courrier et il le déchire. » [M. Chambert, patient détenu.]
>
> « Des fois c'est arrivé qu'ils [les surveillants] m'appellent pas [pour descendre à l'Ucsa], mais bon voilà, parce que j'avais un problème avec un surveillant, alors il avait pas fait son travail. » [M. Selwam, patient détenu.]

Espérant être reçu rapidement à l'infirmerie, les patients dont les compétences médico-langagières sont faibles s'appliquent alors à témoigner de leur « bonne conduite », en mettant les formes qu'ils pensent attendues :

> « Madame, cela fait maintes fois que je vous écris, dont la troisième fois, afin d'obtenir enfin un entretien avec vous, car c'est quand même très important et urgent. Alors question, est-il possible de vous rencontrer, ou pas ?... Faites-le moi savoir, la moindre des choses, comme je vous écris, vous pouviez [sic] me rendre la réponse de mes requêtes par courrier ou autre, mais rester [sic] pas dans le silence ou que je [...] comprends le comment et le pourquoi de quoi il retourne... J'espère vous comprenez. Je vous remercie d'avance de votre sollicitude. Veuillez recevoir mes respectueuses salutations. [signature] » [Extraits d'un courrier adressé à l'Ucsa d'une maison d'arrêt.][270]

Date en entête du courrier. Énonciation des numéros d'écrou et du numéro de cellule. Nomination du destinataire. Formules de politesse. Signature du courrier. Insistance sur le caractère « urgent » de la demande. Ces procédés tendent en fait à discréditer leurs auteurs. Ce courrier m'a ainsi été remis par une infirmière voulant me montrer « l'exemple type de ce qu'il ne faut pas faire ». Elle le qualifie de « roman » : il n'est pas plus long que d'autres lettres reçues mais, contrairement à elles, il ne mentionne aucun « symptôme ». Comment les courriers sont-ils traités, une fois déposés dans la boîte aux lettres estampillée « U.C.S.A » ?

3.3.3.2. Les opérations de tri du courrier

Les équipes infirmières se chargent une fois par jour de récupérer l'ensemble des courriers déposés par les détenus dans les boîtes à lettres estampillées « U.C.S.A ». Elles appellent cette activité la « tournée ». Après avoir parcouru les espaces de détention, elles retournent à l'infirmerie pour trier les lettres reçues (Encadré IV).

270. Le courrier est présenté en annexe. Cf. *supra*, « Annexe J. Un courrier adressé par un détenu à l'équipe médicale », p. 486.

Encadré IV. Relève et tri des courriers de « demande de soins »

Mme Paresy (infirmière) monte les marches des escaliers desservant les sept étages du Bâtiment A de la maison d'arrêt des hommes. Dans l'une de ses mains : une clé. Dans l'autre : une enveloppe en papier kraft. Arrivée au troisième étage, une grille verrouillée l'empêche d'accéder au pallier, mais sa clé lui permet de la franchir. L'infirmière ouvre la grille, elle pénètre dans un sas, elle reverrouille la grille. Le sas donne sur une porte fermée et une grille verrouillée. L'infirmière sait peu ce qui se passe de l'autre côté de la porte, qui précède l'accès aux locaux du SMPR. Elle ne s'y rend presque jamais. La grille, elle, donne sur des cellules carcérales. La clé de l'infirmière ne lui permet pas de l'ouvrir. Un surveillant se tenant dos à elle, de l'autre côté de la grille, à l'autre extrémité du couloir, en contrôle l'accès. Des deux mains, Mme Paresy lui fait des signes. Le surveillant ne la voit pas. Avec sa clé, elle tapote l'un des barreaux de la grille. Il semble ne pas entendre le faible bruit métallique ainsi produit. À haute voix, elle appelle : « *Surveillant !* » Le surveillant se retourne. Il s'approche. L'infirmière s'agace : « *Et voilà... Maintenant ils vont tous taper aux portes pour avoir du Doliprane*. » Le surveillant nous salue sur un ton joyeux, tout en ouvrant la grille : « *Vous êtes en avance aujourd'hui !* » Il referme la grille derrière nous. Aussitôt celle-ci franchie, Mme Paresy se dirige vers la boîte aux lettres « U.C.S.A », qui est fixée à l'un des murs du couloir. Elle tire une petite clé de la poche de sa blouse. Elle ouvre la boîte avec. Elle en extrait quelques feuilles de papier qu'elle glisse, sans les parcourir, dans son enveloppe en papier kraft. Une voix semblant parvenir de l'une des cellules (laquelle ?) l'appelle alors : « *Infirmière ? Infirmière ?! Infirmière ?!* » L'infirmière n'y prête guère attention. Elle referme la boîte aux lettres, elle la verrouille, et elle revient sur ses pas. Au quatrième étage, la même séquence se répète. Puis au cinquième. Et ainsi de suite. Un peu moins d'une heure après avoir débuté sa « tournée », Mme Paresy rejoint les locaux infirmiers du Bâtiment A de Rodan. Elle se dirige vers le bureau des infirmières, elle vide le contenu de son enveloppe en papier kraft contenant tous les courriers sur la table, et elle s'installe face à la pile de feuilles froissées, arrachés à un bloc-note, pliées en deux ou en quatre s'en étant échappé. L'infirmière extrait une première feuille de la pile, la survole, puis me la tend en disant : « *Tu vois, il précise pas.* » Je lui demande : « *Quoi ?* » ; elle répond : « *Son problème. Il précise pas son problème. C'est ça qui est compliqué, parce qu'on sait pas à qui les adresser après. Est-ce qu'ils doivent voir le médecin ? Nous ? La dentiste ? S'ils expliquent pas leur problème, nous on peut pas savoir.* » Elle reprend le courrier, elle le parcourt à nouveau, puis elle répète : « *On peut pas savoir.* » Elle le repose sur la pile. Elle s'empare d'une autre feuille. Elle sourit aussitôt après l'avoir parcouru quelques secondes, et elle commente : « *Alors lui, tu vois, c'est autre chose... Lui, il a écrit un roman ! Ce que je fais moi dans ce cas, c'est que je repère direct. Là il y a le mot "dent", ok* » – elle pose le courrier à l'écart de la pile signifiant ainsi le début d'un tri : « *Ça, c'est pour la dentiste.* »

À la lecture de chaque lettre, les infirmières s'attachent d'abord à définir si l'équipe somatique est bien le service le plus à même à apporter une réponse au « problème » exposé, laissant de côté les courriers évoquant ce qui ne leur semble pas de leur ressort : « détention », « hébergement », « psy »... Une fois ces lettres laissées de côté, elles attribuent les autres à des membres de l'équipe, selon leur objet, les symptômes évoqués, s'ils peuvent nécessiter une prescription médicamenteuse ou encore s'ils sont du ressort d'un médecin-spécialiste. Ainsi, ce courrier où il est question d'une « dent » est attribué aux deux dentistes de l'équipe. Cet autre courrier mentionnant un tube vide de pommade sera traité le lendemain par l'équipe infirmière, lors de la distribution de médicaments. Cette lettre évoquant une allocation adulte handicapé est quant à elle remise à l'assistance sociale hospitalière. Et ainsi de suite. Les membres des équipes médicales organisent ensuite leurs plannings respectifs en priorisant certains courriers, selon les symptômes mentionnés et leurs connaissances du passé médical des auteurs des lettres. Ils s'appuient aussi quelques fois sur d'autres normes. Les dentistes priorisent par exemple les demandes adressées par les détenus sollicitant des soins que l'on peut dire fonctionnels au détriment d'autres, qualifiés d' « esthétiques » :

> « Ils me demandent de refaire leurs dents de devant, moi je dis : "Non. C'est d'abord les dents du fond pour pouvoir mâcher, et après si on a le temps on s'occupe de l'esthétique." » [Mme Hoccin, chirurgienne-dentiste.]

Quant aux courriers ne faisant pas état de symptômes ou rédigés par des détenus ne s'étant pas rendu à l'infirmerie lors de précédentes convocations, ils sont rarement traités en priorité et sont parfois laissés de côté.

3.3.4. Ceux qui dénoncent

Les plaintes émises par des patients détenus interviewés à propos du dispositif de demande de soins met en évidence des apprentissages auxquels l'ensemble des détenus doit se soumettre lorsqu'ils sollicitent le personnel médical de la prison : mettre des mots sur leurs sensations ou préoccupations, se soumettre à un temps dicté par d'autres et accepter la confrontation à une forme d'incertitude. Mais tous les patients interviewés n'ont pas dénoncé les modalités de ce dispositif scriptural. En fait, la plupart ne les a même pas évoquées et il y a un point commun entre tous ceux qui les ont longuement dénoncées : ils étaient déjà engagés dans des pratiques médicales quotidiennes avant l'incarcération. Depuis des années, ils sont « diabétique insulinodépendant », « asthmatique », font de « l'hypertension », ont « des problèmes cardiaques », « un cancer », la « maladie de Charcot », la « maladie de Crohn », une « tumeur » ou « un BPCO » ; s'ils dénoncent ce

dispositif, c'est parce qu'ils le comparent avec celui auquel ils ont été habitués, hors de l'institution :

> « On est mal soigné... On n'a pas les cachets qu'il faut, on n'a rien. Moi j'ai un cancer et le diabète, et le diabète est très déséquilibré, il peut pas être équilibré ici. On peut pas faire un régime ici, c'est pas possible. C'est pas possible. […] C'est dur à gérer parce qu'ici je suis mal soigné. Je suis très mal soigné. […] Tout par cachets. Ici, ils savent pas ce que c'est le cathéter, ils savent pas ce que c'est. Pour eux c'est....c'est des apprentis. C'est que de la merde ici. Tous les infirmiers, c'est que de la merde. Le dentiste par rapport à dehors c'est que de la merde. C'est qu'ils savent pas travailler. » [M. Sorel, détenu depuis six mois, pris en charge médicalement pour le suivi d'un cancer depuis trois ans.]

> « Pour les soins, pour le suivi, pour beaucoup de choses... par rapport à l'extérieur, c'est un autre monde, c'est pas du tout la même chose. » [M. El Kaouha, « asthmatique de naissance », détenu en maison d'arrêt.]

Impossibilité de recevoir des médicaments *via* un cathéter car les risques infectieux sont jugés trop élevés. Stylos d'insuline conservés à l'infirmerie. Choix alimentaires contraints par ce qui est distribué en cellule (« gamelle »[271]) ou limités par ce qui est proposé à la vente (« cantine »[272]). Passage par l'écrit pour recevoir un avis médical ou des soins. Ils ne peuvent reproduire les pratiques relatives à la gestion de leur santé développées hors de l'institution depuis qu'ils sont emprisonnés :

> « À l'extérieur, je pèse, je fais très attention. D'autant que je suis aide-soignante alors je suis moi-même dans le médical. Mais ici, détenu égale rien du tout alors on se tait. J'ai parlé au chef, j'ai demandé à avoir mon régime, mais ils s'en foutent. […] J'ai demandé à avoir un vrai régime, mais on m'a répondu que j'étais pas à l'hôpital. Par exemple, ce midi, j'ai eu de la semoule avec je ne sais pas quelle viande – car j'ai droit aux restes, moi, donc c'est les restes d'hier et j'ai composé avec ce que j'avais cantiné. Mais heureusement que moi je peux cantiner. Mais j'ai pas ce qu'il faut pour manger, c'est pas adapté. […] En ce moment je suis la seule diabétique insulinodépendante, mais à un moment donné on était deux. Il y en a du coté hommes aussi ; là je parle pour tous les DID[273]. […] On m'a dit que la diète je ne pouvais pas la rencontrer, alors tous les mardis en fait, je venais à l'infirmerie, et je donnais mon carnet d'autosurveillance avec toutes les

271. Cf. *infra*, note de bas de page n°104, p. 118.

272. Cf. *infra*, note de bas de page n°123, p. 129.

273. Diabétique insulinodépendant. Ce sigle est aussi couramment employé par les professionnels de santé.

> glycémies de la semaine et les unités d'insuline injectées. » [Mme Revel, détenue depuis quatre mois, « diabétique insulinodépendante » depuis huit ans.]
>
> « Avec la période des fêtes, j'abuse ! J'ai eu un colis de noël qu'une amie m'a fait : elle avait mis des chocolats, de la viande, certes... mais j'ai abusé ! À la maison, je suis plus réglé, j'arrive à me gérer. Quand j'ai envie de chocolat, je vais chez un chocolatier qui en fabrique pour les diabétiques. Donc il y a toujours moyen d'assouvir ses envies. Mais ici, on n'a pas le choix, c'est "tablette de chocolat" [sur la liste de la cantine]. » [M. El Salski, détenu depuis près de trois ans, pris en charge médicalement pour le suivi d'un diabète depuis « bien avant d'arriver ici ».]

Ils ne parviennent plus à « gérer » leur maladie comme ils ont appris à le faire. Leur situation leur apparaît néanmoins plus enviable que celle expérimentée par des détenus ne disposant pas de leurs connaissances en matière de santé. Car eux « connaissent » leur maladie. Ils ont « grandi avec ». Ils ont accumulé des connaissances. Ils savent comment « la gérer ». Ils peuvent s'adapter.

> « Pour quelqu'un de malade d'une maladie héréditaire ou de naissance – à vie –, ben c'est pas très facile. Donc quand la personne elle connaît sa maladie, sa pathologie, et puis il sait... il a grandi avec, donc il sait comment la... la gérer.
> *L. M. : C'est votre cas...*
> Oui, oui. Eh ben... Ça va plus ou moins. Mais quand c'est quelqu'un qui connaît pas encore, quelqu'un d'encore jeune quoi, et que sa pathologie il la connaît pas très bien, il est en panique ici. » [M. El Kaouha, détenu en maison d'arrêt, « asthmatique de naissance ».]

Outre qu'ils ont en commun d'avoir été intensément socialisé à la médecine hors de l'institution carcérale, ils savent aussi que leurs façons de faire et les normes qu'ils ont intériorisées à travers leur prise en charge sont partagées et, de ce fait, soutenues par les professionnels de santé exerçant en prison.[274] Forts de cela, ils expriment leurs plaintes en employant un procédé discursif bien particulier : ils parlent au nom d'un « on » ou un « nous » (« *On* n'a pas les cachets qu'il faut » ; « *on* n'avait pas les stylos [d'insuline] en cellule » ; « *on* se tait » ; « ici, *on* n'a pas le choix, c'est "tablette de chocolat" » ; « *je suis la seule* diabétique insulino-dépendante, mais à un moment donné *on était deux* »).[275] Il s'agit d'un procédé

274. J'approfondis ce point plus loin. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.3. Des perceptions selon la position sociale et les conditions de la médicalisation », p. 385-421.

275. L'attention portée ici à la dimension individuelle ou collective des plaintes doit certainement aux travaux de Luc Boltanski, Luc Darré et Marie-Ange Schiltz (1984). Concernant les plaintes imputées à des activités de santé, je renvoie par ailleurs aux travaux de Janine Barbot, Myriam Winance et Isabelle Parizot (2015) et, pour une analyse de la propension des

discursif qui n'est jamais utilisé par les détenus médicalisés en établissement pénitentiaire : leurs plaintes ne sont pas généralisées aux autres (ou à d'autres) détenus. Ils confient par exemple qu'il *leur* est difficile de commencer à prendre un médicament en prison, par peur d'être affaiblis et de devenir vulnérable vis-à-vis d'autres détenus. Mais il n'est alors jamais question d'un « nous » ou d'un « on », alors même que ce type de plaintes est tout aussi courant, au vu des entretiens réalisés. De même, s'ils expriment des plaintes à propos de leur prise en charge, celles-ci ne portent jamais sur les modalités du dispositif médical. Ils ne dénoncent pas, par exemple, le fait de ne pas avoir la possibilité de choisir leur médecin, mais ils expriment de la défiance vis-à-vis de tel médecin ayant diminué leur prescription médicamenteuse ; ils ne dénoncent pas non plus le fait de devoir écrire une lettre avant d'être reçu à l'infirmerie, mais ils peuvent quelques fois accuser tel ou tel autre soignant de ne pas répondre à leurs courriers.

* * *

L'étude de ces trois modalités de dispositif médical que sont les « convocations », la « distribution » et la « tournée » a mis en évidence deux éléments expliquant pourquoi l'on peut parler d'*une prise en charge totale*. D'une part, la prise en charge des patients détenus est *totale* en cela qu'elle ne vise pas seulement à agir sur le corps (soins, traitements médicamenteux, surveillance de l'évolution de la santé...), mais aussi sur l'inscription sociale (mise à jour ou ouverture de droits sociaux, renouvellement de documents administratifs...) et le psychisme (entretiens-psy, ergothérapie, sophrologie, etc.), et qu'elle s'étend à une médecine de surveillance (Armstrong, 1995) visant à anticiper l'avenir en agissant sur le présent (ateliers de prévention à la santé, affichages sur les risques sexuels, consultations de tabacologie...). D'autre part, les modalités de mise en œuvre de la prise en charge médicale sont elles-mêmes totales en cela qu'elles prennent appui sur un ensemble de règles, de contraintes et de méthodes de contrôle d'une institution totale (horaires et circulation contrôlée, système de sanction et de privilège, dépossession matérielle...), et qu'il en découle une surveillance – médicale, cette fois – totale, s'étendant à toutes les sphères de l'existence. À présent que l'on a décrit le fonctionnement général du dispositif médical revenons à l'expérience des détenus médicalisés à la suite de la visite médicale d'entrée en prison, que l'on avait quittés après un premier rendez-vous, pour une annonce de résultat médicaux.

---

individus « à problématiser la santé de manière collective » ou individuelle selon leur situation, à Pierre-Emmanuel Sorignet (2006). Afin d'inverser la perspective, concernant la façon dont les médecins effectuent des rapprochements entre des plaintes individuelles pour les constituer en problème collectif, on pourra se rapporter aux travaux sur la médecine du travail (Dodier, 1993 ; Bachet, 2011 ; Marichalar, 2014).

4. Incorporer le diagnostic

Mots et maux étant intrinsèquement liés (Détrez, 2002), je fais l'hypothèse dans cette section que l'on peut mettre en évidence les étapes selon lesquelles un diagnostic médical est progressivement incorporé en portant attention à la façon dont les individus parlent de leur santé. Proposant d'étudier ce processus en m'appuyant sur les entretiens réalisés avec des détenus médicalisés en prison, il me faut commencer par relever la présence d'un élément langagier ressortant très nettement dans l'ensemble des discours recueillis, et par expliquer pourquoi j'y attacherai néanmoins assez peu d'importance. Explicitons-le d'abord à partir de deux exemples. Durant un entretien, M. Cassely évoque les suites de la radiographie du thoracique réalisée sur lui à l'incarcération, un examen systématiquement pratiqué lors du placement en maison d'arrêt dans le cadre du dépistage obligatoire de la tuberculose, en expliquant : « *Je me suis retrouvé à l'hôpital pour le poumon, et on m'a dit... je sais plus le nom, je crois que c'est "syphilis"* », puis il me demande juste après confirmation : « *C'est le cœur syphilis ?* » De même, durant un entretien, M. Cadet s'interrompt tandis qu'il décrivait les suites de sa visite médicale d'entrée, et il me demande : « *Comment on appelle ça déjà ?* », avant de parler d'un « examen », puis il indique à nouveau : « *Je sais pas quels termes ils emploient* », avant d'utiliser celui de « kyste ». En fait, confrontés à la situation d'un entretien, les détenus médicalisés en prison se sont souvent efforcés de restituer de la façon la plus fidèle qui soit les discours des professionnels de santé, s'excusant et exprimant quelques fois le sentiment de ne pas y parvenir. L'usage répété, dans leurs propos, de formules du type « le docteur m'a dit » ou « on m'a dit » est l'un des principaux témoin de cette façon de parler de son corps et de sa santé :

> « [Le médecin] m'a dit que c'est pas dangereux, qu'il est pas trop détecté. En fait, il m'a dit que je suis pas malade, que j'ai juste le virus. » [M. Hochani, 26 ans, BEPC, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

> « C'est après les discussions que je me suis rendu compte que... qu'il y avait la A, la B, la C. Maintenant, j'ai une bonne connaissance : je me suis beaucoup informé avec le docteur, j'ai lu les formulaires. » [M. Sodamba, 34 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

> « Le docteur il m'a dit que la paraffine si elle se répand je peux perdre les testicules. Quand ça chauffe, la paraffine ça se promène partout. [...] Et je me demandais si j'en perdais une si j'aurais des problèmes, mais il m'a dit qu'avec un seul ce sera toujours normal. » [M. Gargarov, 28 ans, sans diplôme, bûcheron et DJ, médicalisé en prison.]

> « Mais après, comme ma femme elle était hépatite C, peut-être que j'ai attrapé ça pendant les rapports ou quelque chose comme ça. Le docteur Faure il m'a dit : "Ça c'est fort possible." » [M. Esposito, 34 ans, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « Là je commence [à prendre des médicaments]. J'ai un peu la diarrhée, j'ai des vomissements. C'est parce que c'est trop lourd, c'est ce qu'il a dit docteur Faure. » [Haddad, 44 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « Le docteur Faure, il me dit qu'elle commence à se stabiliser. Ça fait six mois que je prends un traitement là, il me reste six mois encore » [M. Miller, 41 ans, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

Si je précise, tout en les citant, leurs professions avant l'incarcération et leurs niveaux d'étude, c'est parce qu'il s'agit d'indicateurs de leurs positions sociales ; la façon dont les individus parlent de leur corps et de leur santé est fortement marquée socialement : face à un enquêteur, les membres des classes populaires restituent plus souvent des discours médicaux et les techniques utilisées par les médecins plutôt qu'ils ne décrivent leurs sensations – comme le font en revanche les membres de classes plus privilégiées (Boltanski, 1971).[276] Il s'agit donc d'un élément langagier ressortant très fortement dans les discours de l'ensemble des détenus médicalisés en prison, souvent issus de milieux populaires ou précaires.[277] Leurs discours sont néanmoins loin d'être uniformes et, laissant ce marquage social de côté, nous allons voir dans cette section qu'ils mettent en évidence le pouvoir performatif des énoncés médicaux : l'exposé identifie trois niveaux de discours chez les détenus ayant reçu un diagnostic d'infection par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et/ou par le VIH lors d'un placement en prison ; et il montre que le passage d'un niveau de discours au suivant est intrinsèquement lié à l'intensification des interactions avec le personnel médical : les diagnostics reçus sont incorporés mots-à-mots, par cœur, puis par corps.

---

276. Interrogeant la consommation médicale au prisme du milieu social d'origine dans une perspective bourdieusienne, Luc Boltanski (1971) observe dans cet article que tout le monde ne semble pas percevoir les mêmes sensations morbides ou, tout du moins, opérer les mêmes sélections et leur attribuer la même valeur. Prenant l'exemple de la consommation d'un repas riche en graisses, il écrit ainsi qu'à la sensation d'être « calé », plus souvent exprimée par les membres de classes populaires, sera supplantée celle de « lourdeur », chez les personnes appartenant aux classes supérieures : « tout se passe, en effet, comme si la perception des sensations morbides était inégalement acérée dans les différentes classes sociales ou plutôt comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une "sélection" ou d'une "attribution" différente et étaient éprouvées avec une plus ou moins grande intensité selon la classe sociale de ceux qui les éprouvent » (p. 211).

277. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.1.2.1. Une médicalisation des plus pauvres et désaffiliés des détenus », p. 347-347.

4.1. L'expérience de la maladie à travers le récit de vie

Avant de décrire comment les détenus médicalisés en prison incorporent les diagnostics reçus, en étudiant comment ils parlent de leur santé à une sociologue dans la configuration d'un entretien, il apparaît indispensable de revenir sur le contexte de production de ces discours soumis à l'analyse. En effet, si je me suis déjà appuyée sur les entretiens réalisés en prison dans les sections et les chapitres précédents, c'était jusque là de façon essentiellement « illustrative » (Demazière, Dubar, 1997). Or, ce matériau prend maintenant une autre valeur. L'analyse porte directement sur le langage des interviewés dans cette section, et plus précisément sur leurs *mondes lexicaux* (Reinert, 1993). Puis, dans la section suivante, j'appréhende la formation d'un discours sur soi en prison, en interrogeant la forme et l'ordonnancement des récits recueillis par entretien, ainsi que les *procédés interprétatifs* (Cicourel, 1979 [1972], pp. 51-52) employés par les enquêtés lorsqu'ils (s')explique leurs trajectoires. Dans la dernière section du chapitre enfin, j'objective les oppositions théoriques structurant l'espace social du travail médical en milieu carcéral en m'appuyant sur des informations recueillies auprès de la population interviewée. Ces trois sections impliquent donc chacune de décrire plus en détail la méthode d'enquête par entretien mise en œuvre. Je reviens (1) d'abord sur ses conditions de réalisation, et notamment sur les contraintes avec lesquelles il m'a fallu composer pour mener à bien ces entretiens ainsi que sur les ajustements auxquels j'ai dû procéder. J'apporte (2) ensuite des éléments descriptifs concernant la population interviewée. J'aborde (3) enfin des questions plus analytiques relatifs au matériau recueilli par ce biais, interrogeant les effets des conditions de l'enquête et de la relation enquêtrice-enquêté sur les types de discours produits dans cette configuration.

4.1.1. Les règles de la méthode sociologique à l'épreuve de la discipline carcérale

Cette enquête s'appuie principalement sur l'ethnographie d'une chambre correctionnelle et des services médicaux de trois prisons, mais j'ai également réalisé quelques entretiens avec des détenus pris en charge sur le plan de leur santé au sein de ces prisons afin de ne pas demeurer « aveugle » quant à certains aspects du traitement social de la santé dans la chaîne pénale et, plus exactement, pour appréhender leurs expériences dans une perspective compréhensive (Weber, 1992 [1913]).[278] Ces entretiens ont été menés avec des personnes détenues en

278. Des entretiens semi-directifs enregistrés ont aussi été conduits avec des soignants des prisons étudiées, le directeur de l'une d'elles, une psychologue-PEP, le responsable d'une entreprise

établissement pénitentiaire se percevant « malade » et/ou régulièrement prises en charge sur le plan de leur santé par le personnel médical de ces prisons. Elles sont soixante-quatorze à avoir pris part à un ou plusieurs entretiens de ce type ; et, sur l'ensemble des interviewés, seuls deux n'étaient pas emprisonnés lors de leur participation à un entretien.[279] Hormis ces deux entretiens, tous ont donc été réalisés au sein d'établissements pénitentiaires, où je me suis alors trouvée confrontée à certaines contraintes, qui m'ont amenée à m'interroger sur mes pratiques d'enquête. Ces interrogations font écho à la situation étudiée, comme je propose de l'expliquer plus en détail, car que l'on soit une apprentie sociologue enquêtant en prison ou un soignant hospitalier exerçant en prison, une même question se pose : comment tenir ses normes et ses méthodes lorsque que celles de l'institution carcérale tendent à s'y diffuser, à les contaminer et à les transformer ?

gestionnaire à laquelle la direction d'un établissement pénitentiaire délègue une partie de ses activités, un juge au pénal et un juge de l'application des peines. Ces entretiens portent sur leurs parcours, leurs pratiques et leurs représentations professionnelles. À l'exception de ceux conduits avec les deux magistrats, les entretiens ont été réalisés à la demande de ces professionnels, et ils ont quelques fois été conduits de façon informelle.

279. L'un était hospitalisé dans une UHSI où nous avons réalisé l'entretien et le second venait de voir sa peine « suspendue pour raison médicale » : provisoirement « libre », il avait été libéré de la maison d'arrêt d'hommes de Rodan deux semaines avant le début de l'enquête dans ce centre pénitentiaire. C'est le médecin-chef de l'Ucsa qui m'a suggéré de rencontrer M. Saadi, parce que ce type de décision judiciaire est plutôt rare. Une conseillère pénitentiaire nous a mis en relation et nous avons réalisé l'entretien à mon domicile. Une dizaine de mois après cet entretien, M. Saadi m'a rappelée, un soir, afin de m'informer que sa suspension de peine venait d'être levée : un médecin avait jugé son état de santé à nouveau compatible avec un enfermement carcéral ; il était chez lui, préparant un bagage : il s'apprêtait à se présenter devant la porte du centre pénitentiaire à la première heure le lendemain. Une autre enquêtée, Mme Beaulieu, a vécu une expérience similaire quelques années plus tôt : elle a été réincarcérée après plusieurs mois de suspension de peine sur « raison médicale ». Elle considère désormais ce type de décisions comme une « épée de Damoclès » planant au dessus de la tête des détenus en bénéficiant et, malgré l'insistance d'un médecin de Servoud qui juge son état de santé préoccupant, elle refuse d'être à nouveau libérée pour raisons de santé. Comme elle l'explique, voir ses conditions de santé s'améliorer a signifié retourner en prison la fois précédente or, « dehors », « les jours ne comptent plus pareil ». En fait, sa peine de prison a été mécaniquement prolongée dans le temps de sa vie, alors qu'elle l'a tout autant éprouvée, subjectivement, tandis qu'elle n'était plus détenue : elle aurait déjà été « conditionnable » si sa peine n'avait pas été suspendue.

4.1.1.1. Méthodes de recrutement des patients détenus interviewés

La prison peut être perçue comme un terrain d'enquête « difficile », essentiellement parce qu'il semble difficile d'y accéder,[280] mais cela doit être nuancé car la situation d'enfermement facilite aussi grandement la tâche de l'ethnographe une fois passée la porte d'entrée, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de conduire des entretiens. Les détenus se montrent en effet disponibles et volontaires : participer à un entretien leur permet de sortir un peu de la cellule, de rompre avec l'ennui, d'échanger avec quelqu'un de « nouveau », de faire entendre leur voix, etc ; captifs de l'environnement étudié, ils peuvent de plus difficilement disparaître du jour au lendemain et ne plus donner de nouvelles au chercheur. Néanmoins, l'espace de captivité est une cellule avant d'être la prison, cela tout spécifiquement en maison d'arrêt, et l'une des questions qui se pose alors est la suivante : comment proposer, et à qui, de participer à un entretien ? Enquêter par entretien en prison, pour prendre une image, c'est un peu comme vouloir réaliser des entretiens avec les habitants d'un village vivant reclus dans leur maison, enfermés, et ne disposant pas des clés permettant d'ouvrir leur porte. Les détenus ne sont bien entendu pas constamment enfermés en cellule. Mais à ce moment là, pour prendre une autre image, l'ethnographe se trouve face à une situation similaire à s'il se trouvait sur la place d'un marché ou dans un hall de gare, c'est-à-dire face à une foule anonyme.

Les méthodologies d'enquêtes réalisées par entretiens avec des détenus permettent *grosso modo* d'identifier deux méthodes couramment employées afin d'introduire le cadre d'une recherche en cours dans un établissement et de proposer la participation à un entretien. L'une de ces deux méthodes consiste à afficher, littéralement, sa présence au sein de l'établissement *via* des panneaux que l'on trouve dans les couloirs de détention. Quelques thèses et ouvrages présentent une reproduction des affiches qui furent utilisées durant l'enquête.[281] Bien qu'il s'agisse d'une méthode admise par l'institution et relativement efficace, dans la mesure où elle permet d'avertir un grand nombre de personnes de la tenue de l'enquête, elle a aussi pour inconvénient d'écarter certains individus de l'étude : ceux sortant rarement de leur cellule ; ceux ne sachant pas lire ; ceux se sentant

280. Cela n'a pas été le cas pour cette thèse. Cf. *infra*, « Entrer en prison par la porte d'hôpitaux », p. 30-34.

281. On trouve ainsi une reproduction de ce type d'affiche dans l'ouvrage de Gwénola Ricordeau sur les relations entre les détenus et leurs proches (2008, p. 222) ou dans la thèse de Lucie Bony sur le « continuum carcéral » entre la ville et la prison (2014, p. 409).

moins légitimes que d'autres à parler avec l'ethnographe ; etc. Aussi, je n'ai pas souhaité utiliser cette méthode, mais cela surtout pour une toute autre raison.

J'envisageais au début de l'enquête de conduire des entretiens avec des détenus s'estimant « malade » et/ou perçus ainsi par le personnel médical des prisons ; or, observant une fois sur le terrain que certains tentent de dissimuler leurs rendez-vous à l'infirmerie ou leurs prises de médicaments, il m'est apparu nécessaire que les interviewés ne soient pas identifiés comme « malade », dans la prison, du fait de leur participation à un entretien. J'ai donc laissé de côté cette première possibilité et je n'ai pas eu recours à un affichage ; au-delà des enjeux éthiques évidents inhérents à cette situation, s'efforcer autant que possible de ne pas transformer la scène sociale étudiée en l'étudiant constitue une précaution classique dans toute enquête en sciences sociales. Hors les situations d'entretien, j'ai de fait aussi essayé de maintenir un flou concernant la population interviewée ; dans les couloirs, les salles de soins ou lors de réunions, j'ai seulement indiqué conduire une recherche sur « la santé en prison » et faire « des entretiens » sur le sujet : je n'ai pas diffusé largement les critères de recrutement de la population interviewée. Cela ne signifie pas pour autant que personne n'en a été informé, ni que je n'ai pas bénéficié d'aide pour mener à bien ce volet de l'enquête. En fait, j'ai utilisé une seconde méthode, elle aussi couramment employée par les chercheurs étudiant l'institution, pour recruter les enquêtés.

La seconde méthode de recrutement couramment employée par les chercheurs en sciences sociales consiste à rencontrer les futurs interviewés par le biais d'un groupe de professionnels exerçant dans l'établissement étudié. Il peut s'agir des directeurs des prisons (Milly, 2001) ou encore de leurs conseillères pénitentiaires (Brie, 2014 ; Bouagga, 2016). Pour cette recherche, c'est le personnel des Ucsa, et quelques fois des SMPR, qui s'est impliqué dans le recrutement des patients détenus interviewés. D'abord en me permettant de conduire des observations de leurs activités, puisque j'ai rencontré la quasi-totalité d'entre eux lors de leurs passages à l'infirmerie : je leur ai présenté plus en détail le cadre de l'enquête après avoir observé leurs interactions avec des médecins, des assistantes sociales ou des infirmières et je leur ai proposé de participer à un entretien. Cela m'a permis de croiser les discours recueillis par entretien avec des observations conduites avant et après leur réalisation, et cela sur une période s'étendant sur près de deux années pour les quelques interviewés transférés de l'une des deux maisons d'arrêt pour hommes étudiées (Rodan ou Servoud) à l'établissement pour peine étudié (Alauposo). J'ai par exemple pu observer des interactions entre M. Benchikh et des soignants d'Alauposo juste après son transfert dans ce centre de détention (consultation en infectiologie, soins infirmiers après qu'il se soit cousu la bouche,

visite médicale au quartier disciplinaire...), un an et demi après avoir conduit un entretien avec lui à la maison d'arrêt de Servoud. Les soignants ne se sont ensuite pas uniquement impliqués en me donnant la possibilité d'observer leurs activités : ils m'ont aussi suggéré de réaliser des entretiens avec certains de leurs patients. Cela parfois en réponse à mes attentes et donc selon mes critères. Une infirmière me suggère par exemple de rencontrer M. Rossi, qui est en « rupture de soins » en protestation à l'incarcération, après que je lui ai dit vouloir conduire quelques entretiens avec des détenus ayant cessé de se soigner après le placement dans la prison : une population qu'il ne m'était pas possible d'atteindre, par définition, à partir des observations conduites dans les services médicaux. Mais des soignants m'ont aussi suggéré de réaliser un entretien avec tel ou tel autre de leurs patients sans sollicitation de ma part. J'ai alors pris soin d'enregistrer les motifs invoqués. Un infirmier me conseille de conduire un entretien avec l'un de ses patients, M. Maillard, parce qu'il est un « détenu modèle ». Un autre infirmier me remet une liste avec les noms de trois patients, dont M. Jarré et M. Delandre, qu'il me présente comme « des gens biens ». Ces motifs ne sont pas juste des aléas de l'enquête : ils ont été soumis à l'analyse au même titre que tout autre matériau.[282]

Des patients détenus interviewés m'ont également suggéré de proposer à quelqu'un de participer à son tour à un entretien, parce que cela lui ferait « du bien de parler ». Et quelques personnes détenues dans les prisons étudiées m'ont demandé à participer à un entretien, sans ou avant que je le leur propose, en m'écrivant une lettre ou en m'apostrophant dans un couloir à ce propos – tout en ignorant l'objet des entretiens. M. Toussaint m'a par exemple adressé une lettre afin d'être « convoqué » pour participer à un entretien après que nous nous soyons rencontrés à la « formation électricité » de la maison d'arrêt.[283] Prendre part à cette recherche est une « occupation » parmi d'autres :

282. Ils sont au centre de plusieurs des analyses développées. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 5.2.2. Le récit d'un "détenu modèle" », p. 332-342 ; « Chapitre 3, section 6. Les sens des activités médicales », p. 342-421.

283. Le surveillant pénitentiaire responsable de cette formation m'avait aperçue corrigeant des copies de partiels d'étudiants un midi, dans la salle de repos des surveillants, et il s'était approché en s'exclamant : « *Ah, toi tu es allocataire-monitrice !* », avant de me raconter que son épouse avait aussi débuté une thèse en sciences sociales, avant de l'interrompre à la suite de la naissance de leur enfant. Il avait alors tenu à s'impliquer dans l'enquête, me permettant de conduire des observations dans des espaces de la maison d'arrêt où le personnel médical ne se rend jamais, en l'accompagnant et en m'introduisant à ses collègues surveillants (ateliers, espaces de formation professionnelle, postes de contrôle, surveillance des cours de promenade...).

> « Pour moi c'était une occupation de venir au rendez-vous, sinon j'allais rester en cellule à regarder la télé. […] La plupart des gens à la formation [électricité], c'est des gens faibles psychologiquement. Ils demandent la formation pour ça. Ils peuvent pas tenir la détention. Ils ont besoin de s'évader. S'occuper, c'est pour moi. Eux, ils ont besoin de s'évader. Mais je vais vous dire, pour moi la détention, une fois que je sortirai, dix mois ici, c'est comme une journée. Parce que c'est tous les jours la même chose. Vous pouvez pas distinguer un jour d'un an. C'est tous les jours la même journée. » [M. Toussaint, détenu en maison d'arrêt.]

La participation à un entretien a été traduite dans le langage de l'institution et intégrée à son système de privilège (institutionnalisé ou non) : il s'agit d'une « occupation » ou d'une « activité », qui donne le droit de sortir un peu de sa cellule et de marcher jusqu'à l'infirmerie − où j'ai réalisé la plupart des entretiens − , voire d'obtenir − qui sait ? − quelques jours de « réductions de peine » de la part de juges d'application des peines. Quelques jours après l'entretien réalisé avec M. Darmane (détenu à Alauposo), j'ai ainsi reçu un courrier de sa part me demandant une « attestation » selon laquelle il avait bien pris part à cet entretien[284] ; les « attestations » renvoyant à l'attribution de « jours » de réduction de peine (RPS), c'est probablement en espérant être récompensé de sa participation à l'entretien qu'il a sollicité un document de ce type. Des normes et des règles de l'institution carcérale se sont ainsi diffusées dans mes pratiques d'enquête... au même titre qu'elles se diffusent dans celles étudiées : les pratiques médicales.

4.1.1.2. Des corps sous contrainte

Si les normes et les règles de l'institution carcérale se diffusent dans les activités médicales et conduisent les professionnels de santé exerçant en prison à (re)définir les modalités de réalisation de certaines de leurs pratiques (« convocations », usage de courriers...) ainsi que du sens qui leur est donné (dimension subjective de la poignée de main au patient, rejet des questions relatives à l'alimentation hors du domaine de la santé...), il est en donc de même pour une sociologue enquêtant sur la prison : les difficultés rencontrées permettent alors de saisir, selon un autre angle, certaines de celles éprouvées par les enquêtés (Le Renard, 2010). En fait, plus généralement et dans le prolongement d'autres réflexions (Schlosser, 2008), il me semble que la confrontation à un terrain tel que la prison peut « fonctionner comme un analyseur de nos pratiques professionnelles et de ce que sont nos

284. Le courrier est reproduit en annexe. Cf. *supra*, « Annexe K. Un courrier adressé par un interviewé détenu à la "sociologue de l'Usca" », p. 487.

métiers de chercheurs en sciences sociales » (Galembert *et al.*, 2017) : en imposant aux chercheurs un certain nombre d'ajustements de leurs méthodes pour se conformer, par exemple ici, aux règles d'un établissement pénitentiaire et aux normes de l'institution carcérale, ce type de terrains semble décupler la réflexivité – et cela explique pourquoi la réflexivité des professionnels de santé exerçant en prison est précisément intense. C'est donc ces interrogations auxquelles il ne semble pas possible d'échapper lorsque l'on enquête au sein d'établissements pénitentiaires que je vais tâcher de restituer. Dès la première matinée où je conduits des entretiens à la maison d'arrêt des hommes de Servoud, après deux semaines entièrement consacrée à conduire des observations, je décris mes doutes dans mon carnet de bord :

> Le surveillant a appelé en même temps tous les détenus avec qui j'avais prévu un entretien. Neuf heures : ils sont tous les trois à attendre leur tour dans la salle d'attente. […] [Durant le premier des entretiens] je vois passer le surveillant qui me montre sa montre à travers le hublot [fixé à la porte du bureau]. Il ne comprend pas la durée de mes entretiens. […] Je me sens écrasée par la situation, je ne parviens pas à m'en extraire. Je ne sais pas comment faire pour en sortir. […] ils [les interviewés] ont la chaise en plastique et mois le gros fauteuil. […] J'ai l'impression d'être une psy. [Extraits du carnet de terrain.]

Je dois faire en sorte de ne pas induire de travail supplémentaire pour les surveillants tout en étant dépendante de ce travail supplémentaire pour conduire mes entretiens. Je dois ensuite m'adapter à l'environnement dissymétrique où je les conduits – et sur lequel je reviens plus en détail par la suite –, mais aussi me soumettre à certaines normes formelles ou informelles, explicites ou implicites qui contribuent à instaurer une distance voire une forme de domination dans la relation d'enquête. Il m'a été difficile de dépasser ou de contourner plusieurs de ces normes, qui m'ont me semble-t-il amenée à reproduire certains schémas de l'institution. Citons-en quelques-unes. Donner les noms des détenus ayant accepté de participer à un entretien au surveillant de l'infirmerie pour permettre leurs déplacements jusqu'au secteur où je les ai conduits – et donc solliciter et autoriser l'attribution de formes de « liberté » aux interviewés par ma qualité de « chercheure ». Imposer et maintenir une « bonne distance » physique avec les interviewés : ne pas être assise « trop près », ne pas avoir d'autres contacts qu'une poignée de main... ; mais aussi une distance morale : employer le vouvoiement, ne pas trop rire ensemble, ne développer plus généralement aucune familiarité – et devoir par conséquent faire avec d'importantes contraintes dans l'établissement

d'une relation enquêtrice-enquêté.[285] Demander aux interviewés de sortir du bureau lorsque je m'en absentais un instant durant l'entretien, pour me rendre aux toilettes ou aller traduire les propos de quelqu'un par exemple, puis les autoriser à y entrer à nouveau à mon retour – et donc exercer une forme d'autorité sur eux :

> Interviewé : Et donc j'ai travaillé beaucoup en chambre blanche et beaucoup avec des produits toxiques, avec des produits formolés. Donc j'ai... *[interrompu par la dentiste, qui entrouvre la porte et entre dans le bureau, suivie par la surveillante de l'Ucsa.]*
> Dentiste : Tu parles un peu espagnol ?
> *L. M. [à la dentiste] : Euh, oui, vaguement...*
> Dentiste : Alors viens s'il te plaît.
> Surveillante *[à l'interviewé]* : Faut sortir. *[Nous sortons tous du bureau, l'interviewé, M. Caire, attend que je revienne, debout dans le couloir, devant la porte du bureau. À mon retour, je lui fais signe qu'il peut entrer à nouveau dans le bureau.]* [Interactions durant un entretien sociologique.]

J'ai néanmoins procédé à quelques ajustements de mes méthodes au fur et à mesure de l'enquête. Citons-en là aussi quelques-uns. Ne pas réaliser d'entretien juste après qu'un (futur) interviewé en a accepté le principe, afin qu'il ait la possibilité d'exprimer son refus d'y participer en refusant de quitter sa cellule plutôt qu'en me l'indiquant. Dans la même logique, marquer des « rendez-vous » en s'accordant sur un jour et une heure avec les interviewés, afin qu'ils sachent *qui* les attend à l'Ucsa lorsque les surveillants d'étage leur indiquent qu'ils y sont attendus. Permettre leur circulation jusqu'à l'infirmerie (où j'ai réalisé la plupart des entretiens) en inscrivant leurs noms sur la liste de l'un des soignants plutôt que sous le mien, afin que l'administration pénitentiaire ne dispose pas d'une liste des personnes détenues dans les prisons étudiées qui ont pris part à un entretien. Etc. Une dimension peut-être plus technique de l'enquête par entretien, mais non moins essentielle, a enfin dû être ajustée à défaut : tous les entretiens n'ont pu être enregistrés. Selon la prison étudiée, mais aussi selon l'espace de la prison au sein duquel l'entretien a été réalisé (Bâtiment A, B, quartier femmes...), les entretiens ont été soit : 1) enregistrés avec le dictaphone d'un médecin ou celui d'une travailleuse sociale puis retranscrits en intégralité ; 2) retranscrits simultanément dans des documents de traitement de texte informatique que je m'adressais ensuite

285. Après nous avoir entendu rire avec un interviewé depuis le couloir, des infirmières m'ont exclue pendant un temps en refusant notamment que je déjeune à leur table et en cessant de me saluer le matin. L'une d'elle m'a expliqué plus tard pourquoi cette mise à l'écart, qui ne s'explique pas seulement par cette « mauvaise distance ». Cf. *supra*, note de bas de page n°372, p. 363.

par mail (quand le bureau était équipé d'un ordinateur)[286] ; 3) retranscrits simultanément à la main dans des cahiers. Or, si ces deux premières méthodes d'enregistrement des discours m'ont permis de retranscrire intégralement et littéralement ce que disaient les interviewés, cela n'est pas le cas de la dernière. (La comparaison de la longueur de ces entretiens une fois tapés à l'ordinateur, avec celle des entretiens tapés simultanément ou enregistrés puis retranscrits, m'en a fait douter : je n'ai pas la certitude de les avoir retranscrits littéralement et intégralement.) Après la phase d'analyse, j'ai donc décidé de ne m'appuyer que sur les entretiens conduits avec l'une ou l'autre de ces deux premières méthodes d'enregistrement des discours. Les entretiens pris à la main dans des cahiers ont été exclus de la restitution des analyses – à l'exception de ceux réalisés avec des femmes détenues qui ont tous été pris à la main. Ils les confortaient sans apporter d'éléments autres ou nouveaux. Je ne m'appuie donc que sur des entretiens conduits avec 59 personnes (ayant été) détenues.[287]

4.1.2. Caractéristiques de la population enquêtée par entretien

Les interviewés sont principalement des hommes. Ils sont globalement plus âgés que la plupart des détenus. Et ils ne partagent pas, les uns et les autres, la même expérience de l'institution carcérale. Voilà les trois points que je développe ci-dessous, afin de rendre compte de quelques-unes des caractéristiques de la population enquêtée par entretien.

4.1.2.1. Une invisibilisation des femmes détenues

À l'exception de quatre interviewées (Mme Beaulieu, Mme Revel, Mme Lacombe et Mme Zaoui), tous les autres détenus ayant pris part à un entretien sont des hommes. Le ratio femmes/hommes de la population

286. La méthode peut sembler surprenante et cela d'autant plus qu'elle rappelle la posture d'un policier durant un interrogatoire, mais clavier disposé sur les genoux et écran éloigné du regard, je me suis efforcée d'être physiquement engagée dans l'interaction de l'entretien plutôt que dans sa retranscription. Cette méthode comporte par ailleurs quelques avantages non-négligeables : les interviewés prenant part à des activités réprimées sur le plan pénal les décrivent sans percevoir cela comme une prise de risque, dans la mesure où le document de traitement de texte ne prend pas valeur de « preuve » en matière judiciaire (contrairement à l'enregistrement sonore) ; elle offre la possibilité d'ajouter des notes descriptives de la situation d'interaction aussitôt l'entretien achevé (émotions, mise en scène du discours par la gestuelle...) et elle réduit par là les risques de déformation des discours recueillis (ironie, références à un élément de contexte...).

287. Précisons que deux interviewés ont été réunis sous le même nom (« M. Carmin ») à l'écriture de la thèse afin de protéger leur anonymat. Cf. *supra*, note de bas de page n°409, p. 386.

interviewée est donc assez proche de celui de la population carcérale : 96% des détenus sont des hommes (Combessie, 2009 [2001], p. 32) et, à moins de concentrer son attention sur l'expérience des femmes détenues,[288] celles-ci sont fréquemment invisibilisées dans les recherches portant sur l'institution carcérale. Leur invisibilisation résulte de l'application de protocoles d'enquêtes rarement symétriques entre établissements dédiés aux femmes et établissements dédiés aux hommes (Rostaing, 2017a) : les femmes détenues disparaissent des analyses, qui ne traitent généralement que des hommes détenus ou des prisons pour hommes. C'est, à regret, également le cas dans cette thèse.

Bien que des observations ont été menées dans le quartier femmes et la maison d'arrêt de femmes de deux centres pénitentiaires, et que des entretiens ont été réalisés avec des femmes détenues, je n'aborde ni la dimension genrée du rapport au corps et à la santé et des pratiques développées afin de les préserver (Courtenay, 2000 ; Aïach, 2001 ; Lupton 2003 [1994]), ni la dimension genrée des interactions médicales.[289] Cela parce que les données recueillies du « côté femmes » des prisons me sont apparues trop faibles. Entendons bien que ce n'est pas du fait du *nombre* d'entretiens ou de semaines ou mois d'observations conduits dans des prisons de femmes. Mais bien parce qu'à mon sens, une enquête ethnographique ne s'achève que lorsque plus rien de « nouveau » n'apparaît, durablement, au travers des observations et des entretiens conduits : tout ne fait que conforter les prémices des analyses se dessinant. Or, ce *sentiment* d' « épuisement » du terrain ou de saturation des données recueillies n'a pas été atteint en ce qui concerne l'expérience des femmes emprisonnées. Par conséquent, toute généralisation au prisme des constructions et des identités de genre aurait été fragile et quelque peu hâtive.

4.1.2.2. Des interviewés plus âgés que la plupart des détenus

Les interviewés sont globalement plus âgés que la majeure partie des détenus. En effet, si le plus jeune des patients détenus ayant pris part à un entretien (M. Messaoud) avait 20 ans lors de l'entretien tandis que le plus âgé (M. Boyer) en

288. Les recherches centrées sur les femmes détenues ou les établissements de femmes sont plus rares. Voir : Corinne Rostaing (1997), Coline Cardi (2007), Chloé Constant (2013) et Myriam Joël (2017). Il est à noter que les travaux s'appuyant sur des enquêtes menées dans des établissements pour hommes mettent rarement en évidence le fait qu'ils portent sur l'expérience d'hommes détenus, se présentant davantage (que les travaux menés à partir d'enquêtes conduites dans des prisons de femmes) comme des recherches généralistes sur l'institution carcérale.

289. Sur la dimension genrée des relations entre femmes soignantes et hommes soignés en prison, je renvoie aux Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2002).

avait 72, les interviewés sont dans l'ensemble plutôt plus âgés que la majeure partie des détenus au regard de la structure par âge de la population carcérale : un tiers seulement des détenus interviewés a moins d'une trentaine d'années, alors qu'il s'agit de l'âge médian de la population carcérale (Combessie, 2009 [2001], p. 32). Pourtant, l'enquête a notamment été conduite dans deux maisons d'arrêt pour hommes, où l'on sait que les plus jeunes détenus sont proportionnellement plus nombreux encore – que dans les établissements pour peine. Mais cet écart est sans surprise. Il s'explique par la construction de l'objet d'étude et les critères de recrutement des interviewés : les plus jeunes détenus ont un faible recours aux services médicaux des établissements pénitentiaires (Bessin, Lechien, 2000) les détenus les plus âgés sont sur-représentés parmi les patients des Ucsa (Touraut, 2015a ; 2015b) et ils le sont aussi, logiquement, parmi les interviewés.

4.1.2.3. Les trajectoires pénales et de santé des interviewés

Posant l'hypothèse que l'expérience de la pénalité et les conditions de santé influent sur l'expérience que les patients détenus ont du traitement institutionnel, j'ai fait en sorte de conduire des entretiens avec des patients détenus confrontés à des situations pénales et de santé diverses. Ainsi, parmi les interviewés, quelques-uns venaient tout juste d'être incarcérés : M. Otmane, M. Akkouche et M. Chaïbeddera étaient détenus depuis tout au plus deux semaines lors de leur participation à un entretien. Et, si la plupart des interviewés étaient détenus depuis quelques mois, à l'autre extrémité, d'autres étaient emprisonnés depuis plusieurs années : M. Chambert, M. Delandre et Mme Beaulieu. Certains des interviewés étaient ensuite « prévenus » : ils avaient été placés en maison d'arrêt dans le cadre d'une détention provisoire. Et si une partie d'entre eux attendait ou connaissait la date du procès, d'autres ignoraient quand il se tiendrait voire s'ils seraient un jour jugés. M. Sorel n'a par exemple jamais été jugé pénalement. Après neuf mois de détention provisoire, son mandat de dépôt a été levé du fait de ses conditions de santé, et il est décédé peu de temps après sa libération de prison sans avoir jamais été confronté à une audience de jugement. D'autres interviewés avaient quant à eux été « condamnés » : ils effectuaient une peine de prison ferme. Contrairement à ce que l'on pourrait en déduire pour peu que l'on ne soit pas familier de l'expérience carcérale, effectuer une peine de prison ferme ne signifie pas que l'on sait quand on sera libéré. M. Karadji pensait par exemple être libéré de la maison d'arrêt de Rodan un matin, mais la décision de libération conditionnelle prise à son encontre a été annulée et ses privations de libertés se sont de plus renforcées dans la mesure où il a aussi été placé au quartier disciplinaire – la prison de la prison :

> « Ça va faire six mois [que je suis détenu]. Presque six mois. Je suis condamné à... Je suis condamné justement à six mois, mais sans la récidive je dois sortir là [jour : dans cinq jours]. Mais ils m'ont fait tomber la récidive, donc ça me fait jusqu'au [jour : dans trois semaines]. J'aurais dû avoir un aménagement de peine. J'aurais dû avoir un bracelet le jour de ma sortie et j'ai demandé la douche. On a refusé de me donner la douche et j'ai demandé à voir un brigadier, et en fait on m'a sauté dessus. Un surveillant m'a sauté dessus et je me suis retrouvé au mitard. J'ai perdu le bracelet et tout ça. » [M. Karadji, condamné à une peine de six mois de prison ferme, détenu depuis six mois.]

En tous les cas, les interviewés détenus au centre de détention d'Alauposo effectuaient nécessairement une peine de prison ferme, s'agissant d'un établissement dit « pour peine », dédié à des personnes définitivement condamnées à effectuer une peine de prison ferme. Ils avaient également nécessairement été détenus dans une maison d'arrêt auparavant, dans la mesure où il n'est pas possible d'être directement emprisonné dans un établissement pour peine. M. Hochani a par exemple été détenu à la maison d'arrêt de Rodan avant d'être transféré au centre de détention d'Alauposo ; et M. Sodamba et M. Benchikh ont été emprisonnés à la maison d'arrêt de Servoud avant d'y être transférés. Ainsi, les patients détenus interviewés à Alauposo ont forcément fait l'expérience d'au moins un autre établissement pénitentiaire. Mais c'est aussi le cas de la plupart des personnes interviewées aux maisons d'arrêt de Servoud et de Rodan, et cela même s'ils sont « primaires ». Par exemple, M. Lemoine est « primaire »[290] tout en ayant connu trois établissements : il a été détenu durant plusieurs années à Nouméa, puis quelques semaines à Réaux, avant d'être transféré à Servoud (où il a participé à un entretien) en attendant qu'une place se libère dans un centre de détention. Les personnes « primaires » interviewées, qui n'avaient donc jamais été détenus auparavant, disent souvent avoir vécu l'annonce de leur condamnation avec « sidération ». Mme Revel confie ainsi : « *Je n'aurais jamais pensé me retrouver un jour en prison.* » Mais à l'opposé, pour d'autres détenus interviewés, le placement en prison semble davantage faire partie du quotidien. Il n'est d'ailleurs bien souvent pas question d'y « entrer », mais d'y « *r*entrer ». À force de n'avoir « fait que rentrer-sortir » depuis sa majorité, M. Toussaint raconte que son avocat le qualifie maintenant de « détenu ping-pong », et M. Haddad, plus âgé, considère lui qu'il a « toujours été en prison ». Incarcéré pour la première fois à l'âge de 13 ans et désormais âgé de 44 ans, il fait les comptes : il a passé plus d'années de vie dans que hors d'une prison. Pour ces interviewés, parler

290. Il n'avait jamais été incarcéré auparavant.

d'un nombre d'incarcérations n'a pas le moindre sens. Ils en ignorent la valeur.[291] Fréquemment (ré)incarcérés, généralement pour des « infractions à la législation sur les stupéfiants », ils sont pour la plupart pris en charge par les soignants pour le suivi d'une « toxicomanie ».[292] On en vient à travers là au second critère à partir duquel je me suis efforcée de faire varier autant que possible la population enquêtée par entretien : leurs conditions de santé. J'ai souhaité réaliser des entretiens avec des patients détenus confrontés à diverses situations de santé, pouvant ne pas avoir les mêmes influences sur leurs trajectoires pénales et leur expérience de l'enfermement carcéral, en m'appuyant sur les observations conduites dans les services médicaux. Si tous les interviewés (ou presque) ont en commun de se percevoir durablement comme « malade » et/ou d'être perçus ainsi par les équipes médicales, certains sont pris en charge pour le suivi d'un diabète, d'autres pour de l'asthme, une toxicomanie ou encore une infection par le virus de l'hépatite C. Les conditions de leur traitement médical les distingue enfin elles aussi les uns des autres, puisque certains ont été médicalisés lors du placement en prison, d'autres avaient déjà des pratiques routinières relatives à leur santé avant l'incarcération et quelques-un y ont mis fin à l'incarcération.

4.1.3. La réalisation des entretiens sociologiques

Les entretiens réalisés avec les patients détenus des prisons étudiées visaient à appréhender l'expérience de la maladie en prison dans une perspective compréhensive, au regard du parcours de vie. Avant d'expliquer pourquoi j'ai privilégié la réalisation d'entretiens de type « récit de vie » et comment j'ai conduit ces entretiens, il me faut commencer par décrire la position qui a été la mienne durant cette enquête ethnographique dans les services médicaux d'établissements pénitentiaires.

4.1.3.1. L'assimilation à une professionnelle de santé

Le personnel médical des établissements pénitentiaires étudiés a facilité la conduite de l'enquête : je suis entrée dans les prisons d'Alauposo, de Rodan et de Servoud par la porte de l'hôpital, j'ai été accueillie par les membres de leurs équipes médicales et j'ai conduit la majeure partie de mes observations à leurs côté – distributions de médicaments, soins infirmiers, tris du courrier reçu,

291. C'est pourquoi je n'ai pas indiqué cet indicateur dans le tableau présenté en annexe. Cf. *supra*, « Tableau des propriétés des patients détenus interviewés », p. 489-Erreur : source de la référence non trouvée.

292. Un ouvrage de Fabrice Fernandez (2010) est consacré à l'étude de leurs trajectoires.

consultations de médecine générale, consultations spécialisées... C'est donc assez logiquement que j'ai été assimilée à une membre du personnel médical dans l'environnement particulièrement cloisonné de cette institution, où chaque lieu est associé à une fonction, un statut ou un groupe d'individus : « le parloir » renvoie à « la famille » et parfois à « l'avocat », le « scolaire » est associé aux « profs », la « cellule » aux « détenus », le « SMPR » aux « psys », et l' « Ucsa » aux « médecins » et aux « infirmières ». Les premiers jours d'enquête, j'ai plus précisément été assimilée à une élève-infirmière, tant par les détenus que le personnel, dont médical, des établissements. Cela certainement du fait de mon genre et de mon âge,[293] mais aussi plus simplement parce que j'ai toujours commencé l'enquête en m'intégrant aux équipes infirmières ; elles se sont alors dans un premier temps appuyées sur le modèle de l'accueil d'élèves-infirmières, s'ajustant à ma présence en effectuant leurs activités en me formant d'une certaine manière à celles-ci, comme elles le font avec ces stagiaires, m'apprenant par exemple comment effectuer des tâches techniques (distinguer sa « première main » de sa « seconde main » lors de soins pour ne pas briser la chaîne de stérilité, veiller à jeter les matériaux « souillés » dans la poubelle jaune...) ou comment procéder à des tâches spécifiques aux établissements pénitentiaires (tri des courriers des détenus, distribution des médicaments en cellule...). Le fait que j'observe par la suite d'autres professionnels (médecins, gradés, juge de l'application des peines...), conduisant d'autres types d'activités (consultations médicales, entretiens arrivants, commission d'application des peines...), mais surtout que j'aie mon propre « planning » d'activités (observations de tels types d'interactions durant la matinée, puis aux côtés de tel autre professionnel l'après-midi, entretiens...) et que je rappelle régulièrement être une « sociologue » faisant « une recherche sur la santé en prison » ont atténué cette première association tout en ouvrant à d'autres.

Comme il n'y a habituellement pas de « sociologue » dans une prison, ma posture a parfois été associée à celle des internes en médecine, qui ont plus de libertés individuelles dans la conduite de leurs activités que les élèves-infirmières tout en étant eux aussi « stagiaires ». Selon une tradition des surveillants pénitentiaires d'une prison, je me suis ainsi trouvée soumise au même « bizutage » que celui qui leur est spécifiquement réservé à la fin de leur stage, le dernier jour de mon enquête − être jetée dans une grande bassine d'eau froide en dépit de mes protestations. Me présentant comme « sociologue », ma position a aussi parfois été

293. À titre de comparaison, dans le cadre d'une enquête ethnographique conduite dans une maison d'arrêt, Didier Fassin (2015) − un homme, plus âgé (et probablement pas vêtu en jeans-pull-basket) − écrit avoir quant à lui été identifié par les détenus comme le nouveau directeur de la prison.

associée à celles de professionnelles du « social ». On m'a par exemple demandé d'accepter la présence à mes côtés d'un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation, en stage dans la prison, pendant une demi-journée. La méconnaissance de ce qu'est la « sociologie » a enfin été le prétexte à quelques plaisanteries à mon égard. J'ai par exemple été surnommée « la sexologue » par des surveillants d'étage d'une prison, qui ont joué sur la proximité entre ce terme et celui de « sociologue » pour faire des sous-entendus sexuels, du type « Alors la sexologue, quand est-ce que je viens moi aussi dans le bureau ? », à partir du moment où j'ai commencé à réaliser des entretiens avec des détenus de la prison.[294] Quoi qu'il en soit, je suis toujours restée associée au secteur médical : j'étais au mieux une « sociologue de l'Ucsa » ou « *notre* sociologue », c'est-à-dire du groupe de l'Ucsa et non de l'Administration pénitentiaire,[295] sinon une « stagiaire de l'Ucsa », l' « assistante » d'un médecin, « la sexologue de l'Ucsa », etc. J'ai donc été assimilée au personnel médical des prisons tout en étant opposée à d'autres groupes de professionnels, et notamment au personnel pénitentiaire.

4.1.3.2. Des discours et des lieux : l'entretien comme situation d'observation

Les entretiens ont presque tous été conduits dans les locaux infirmiers des prisons. Un bureau m'a été attribué dans les Ucsa des bâtiments A des deux maisons d'arrêt pour hommes étudiées (Rodan et Servoud),[296] et j'ai utilisé

294. Toujours exprimés publiquement, mais au mess (un lieu auquel les détenus n'ont pas accès), à voix forte et suivis de rires collectifs, ces sous-entendus semblaient plus s'inscrire dans l'affirmation d'une identité virile entre surveillants que m'être véritablement destinés (et avoir pour finalité une interaction sexuelle). Concernant la sexualisation de l'enquête, je renvoie à l'article d'Isabelle Clair (2016), qui décrit bien le « script sexuel caché » dans le déroulement de toute enquête par entretien. Enfin, sur les effets du genre sur la conduite d'une enquête ethnographique en prison, je renvoie à Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2014) et à Yaëlle Amsellem-Mainguy, Benoît Coquart et Arthur Vuattoux (2017, p. 27-30), dont la mixité des binômes ou trinômes a permis de croiser leur expérience d'enquête au prisme de leur genre.

295. Pour la plupart des soignants rencontrés, l'enquête allait aboutir sur la mise en évidence des difficultés auxquelles ils sont confrontés en effectuant leurs activités dans le périmètre des prisons. Lors de mon arrivée dans l'une des prisons étudiées, alors que je me présentais aux infirmières réunies à l'office de l'Ucsa, une médecin est par exemple entrée dans la pièce en s'exclamant : « C'est toi la sociologue ?! », puis elle m'a serrée dans ses bras (avant que je n'ai eu le temps de répondre quoi que ce soit) et elle s'est mise à pleurer tout en me remerciant « d'être là ».

296. Avec des détenus n'étant pas autorisés à se déplacer jusqu'au Bâtiment A de Rodan ou de Servoud, j'ai également réalisé des entretiens dans d'autres espaces : un cabinet médical de la maison d'arrêt des femmes à Servoud, un bureau du SMPR au quartier femmes de Rodan, le

différents bureaux de l'Ucsa, alternativement et selon leur disponibilité, au centre de détention d'Alauposo. L'assimilation à une professionnelle de santé n'en a donc pu être que renforcée et j'ai débuté les entretiens en essayant de me détacher de cette étiquette. J'ai (re)décrit ma démarche aux patients détenus interviewés en mettant l'accent sur mon extériorité aux institutions médicales et carcérales à partir de trois éléments.[297] D'abord, mon statut : une « étudiante en sociologie », « ni du médical, ni de l'AP[298] », qui « fait une recherche sur la santé en prison ». Ensuite, ma ville de provenance (« l'université de Nanterre, vers Paris »), située à plusieurs centaines de kilomètres de chacune des prisons étudiées. Enfin, le temps limité de ma présence dans l'établissement (« jusqu'à » telle date). Mais c'est finalement plus la durée des entretiens qui les a distingués des autres types d'interactions en face-à-face prenant la forme d'entretiens que connaissent bien les interviewés que ces formules énoncées en introduction des entretiens conduits.

Après avoir introduit mon statut et mon rattachement institutionnel, j'ai précisé aux interviewés que je ne parlais à personne de la prison du contenu de mes entretiens et, comme il n'était pas évident pour une partie d'entre eux (ayant interrompu leur scolarité au primaire ou dans le secondaire et peu familiers des études universitaires) de comprendre ce que sont une « recherche »[299] ou une « thèse de sociologie », mais qu'il m'apparaissait indispensable qu'il soit entendu que l'entretien ne serait pas confidentiel pour autant, j'ai indiqué que cette enquête aboutirai sur l'écriture d'un document public (parlant de « thèse », puis de « rapport » d' « articles » ou de « livre »), puis j'ai expliqué comment je protégerai leur anonymat, en changeant leurs noms et ceux des prisons étudiées. J'ai enfin rappelé l'objet de l'entretien : « comprendre comment ça se passe, en prison, quand on a un problème de santé. »

Les conditions de réalisation des entretiens ont eu, de façon évidente, des incidences sur les discours recueillis. Par exemple, si les bureaux de l'Ucsa d'Alauposo où j'ai effectué des entretiens ne sont pas équipés d'un mobilier spécifique ou assignés à un professionnel de santé en particulier (hormis le cabinet de dentisterie), cela n'est pas le cas des bureaux mis à ma disposition à Rodan et

---

cabinet de dentisterie du Bâtiment B de Rodan, un bureau situé à proximité des ateliers de la maison d'arrêt des hommes de Servoud... Et un entretien a été mené dans la chambre-cellule d'un détenu de Servoud hospitalisé dans son UHSI de rattachement.

297. On pourra mettre en parallèle ces stratégies de distinction avec celles que le personnel médical met en place avec ses patients (vis-à-vis du personnel pénitentiaire). Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.1.1. Une main se tend », p. 139-142.

298. Administration pénitentiaire.

299. J'ai veillé à ne pas employer le terme d' « enquête », qui a une forte connotation inquisitrice.

Servoud : ces bureaux ont pour particularité d'être, dans les deux cas, ceux habituellement utilisés par l'assistante sociale hospitalière de l'équipe. Une partie des entretiens a donc été réalisée dans l'environnement où les interviewés avaient pu échanger avec des assistantes sociales hospitalières. Cela explique sans doute pourquoi il m'a si souvent été fait mention de courriers auxquels elles n'avaient pas donné suite.[300] Cela explique aussi sans doute pourquoi quelques interviewés de la maison d'arrêt de Servoud se sont décrit en mauvaise santé durant les entretiens tout en essayant de me convaincre de leur remettre une « plaque-médicale » : ces plaques permettant de cuisiner en cellule sont réservées aux « malades », délivrées sur présentation d'un certificat médical et stockées dans l'une des armoires du bureau où j'ai conduit mes entretiens. Après avoir mis en avant la dégradation de sa santé depuis l'incarcération et expliqué qu'il ne se sentait pas bien parce que tous ses repas étaient froids, M. Vernay (détenu à Servoud) m'a ainsi plus frontalement demandé de lui remettre une « plaque-médicale » puis, comprenant que je n'étais pas en mesure de faire cela, il s'est levé de la chaise et il a cherché à en récupérer une par lui-même, déballant les trois cartons présents dans le bureau (contenant des préservatifs) puis ouvrant une armoire (renfermant des produits de toilette de première nécessité), avant de se rassoir et de reprendre l'entretien. Malgré mes tentatives de me dégager de l'assimilation à une professionnelle de santé, je suis donc restée quelqu'un qui est de l' « autre côté des barreaux ». Mais plutôt que considérer cela comme une impasse, il m'a semblé que l' « instrumentalisation » des entretiens n'enlevait rien à leur intérêt. Elle pouvait au contraire apporter une meilleure compréhension de la situation sociale étudiée dès lors que je m'attachais à considérer *ces entretiens comme des situations d'observation* (Beaud, 1996) parmi d'autres : ils font apparaître les modalités d'interactions déployées face à quelqu'un qui n'est pas détenu, qui est associé à l'équipe médicale et qui est dans une démarche de publicisation : dénonciations, argumentations, revendications...

4.1.3.3. Parler de sa santé à une "sociologue de l'Ucsa"

Les questions traitées jusque là mettent en évidence les incidences des conditions de l'enquête et de ma posture sur le déroulement des entretiens, et pourquoi elles ont été traitées comme un matériau parmi d'autres et soumises à l'analyse. Il s'agit de réflexions assez classiques dès lors que le chercheur a une pratique directe du terrain, et cela quel que soit l'objet de sa recherche.[301] Mais à ces questions s'en ajoute une autre, qui est plus spécifique à la problématique de cette recherche : le

300. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3.3. Apprendre à être patient (II) », p. 273-278.

fait d'interroger des patients détenus à propos de leur santé et de leurs pratiques relatives à celle-ci n'a-t-il pas pu les conduire à insister sur des événements de santé et des pratiques associées, en leur donnant plus d'importance qu'ils n'en ont au fond, pour eux, par sympathie, politesse voire pour faire durer l'entretien et ne pas retourner trop vite en cellule ? Cette question a également déjà fait l'objet de quelques discussions : le titre de cette section est une allusion directe au titre d'un chapitre d'un ouvrage de Wilfried Lignier (2012), qui engage une réflexion à ce propos. Enquêtant par entretien auprès de parents d'enfants diagnostiqués « surdoués » par des psychologues, il souhaite mettre en évidence, par le biais de cette méthode, les modalités de l'appropriation de la dite catégorie par les familles ayant entrepris de faire « tester » leur enfant. Néanmoins, il relève un paradoxe découlant directement de l'articulation entre sa problématique de recherche et les méthodes employées pour la traiter : « interroger les parents sur la précocité de leur(s) enfant(s) les conduit inévitablement à insister sur les pratiques correspondant à une appropriation de consistance maximale – ne serait-ce, si l'on veut, que par politesse à l'égard du sociologue » (p. 215). Afin de ne pas enfermer les interviewés dans la situation sociale étudiée, c'est-à-dire le fait d'être un « patient détenu », et lui donner éventuellement plus d'importance qu'elle n'en a pour eux, j'ai de ce fait préféré conduire des entretiens de type « récit de vie » (Heinritz, Rammstedt, 1991 ; Bertaux, 2016 [1997]) : ils permettent de replacer l'expérience de la maladie en prison dans le parcours de vie des interviewés tout en offrant la possibilité d'observer comment ils se racontent. Les entretiens ont aussi été dirigés vers quelques thématiques en lien avec le présent, sur le quotidien depuis le placement en prison. Ces thématiques ont été affinées au fur et à mesure du recueil des données, selon les éléments ressortant dans les entretiens déjà menés. Durant les entretiens, j'ai enfin été particulièrement attentive à deux points. J'ai d'une part veillé à ne pas introduire d'éléments langagiers techniques (catégories médicales, sigles, termes de l'administration pénitentiaire). Je me suis d'autre part efforcée de relancer les enquêtés en leur posant des questions qui permettent de recueillir des discours concernant à la fois leurs représentations et leurs pratiques concrètes, et non des généralités, en leur demandant par exemple de raconter la journée de la veille ou le dernier parloir ou en me référant à des situations observées.

301. Je renvoie aux réflexions développées par Stéphane Beaud et Florence Weber (2010 [1997]), Daniel Bizeul (1998 ; 2007), Muriel Darmon (2005) et Pierre Fournier (2006) sur les effets des conditions de l'enquête sur le matériau recueilli et la constitution de ces incidences en « véritable matériau » de l'analyse.

Le corpus d'entretien permet finalement d'appréhender les parcours de patients détenus, leurs pratiques, croyances et systèmes de valeur en lien avec la santé, mais aussi le fait de parole lui-même, par l'analyse sémantique de leurs discours, et la façon dont ils racontent leur « histoire », par le recueil de récit de vie, ainsi que cette « improvisation réglée » (Bourdieu, 1980a) que constitue l'entretien sociologique : il s'agit d'une situation d'observation parmi d'autres, entre quelqu'un qui est emprisonné est quelqu'un qui est associé au secteur médical de la prison.

4.2. Apprendre le diagnostic mot-à-mot, par cœur, puis par corps

Comment les détenus qui ont reçu un diagnostic médical lors du placement en prison parlent-ils de leur santé ? Dans quelle mesure le traitement institutionnel participe-t-il à transformer leurs perception de leur situation ? Depuis leur passage par le dispositif d'annonce précédemment décrit, certains ont été à nouveau convoqués à l'infirmerie, et ils ont parfois débuté un traitement médicamenteux entre le moment où un médecin leur a posé un diagnostic et celui où ils ont participé à un entretien. D'autres n'ont plus jamais reparlé du diagnostic reçu en aucune occasion et, pour la première fois en entretien, ils sont incités à mettre des mots sur leur santé. À partir des entretiens réalisés avec des détenus ayant appris avoir un résultat « positif » aux tests de dépistage prescrits à l'entrée dans l'institution, on peut identifier trois niveaux de discours se distinguant selon leurs *mondes lexicaux* (Reinert, 1993). Comme nous allons le voir, ces trois niveaux de discours sont autant d'étapes à l'incorporation des diagnostics reçus, et le franchissement de chacune des étapes est intrinsèquement lié à l'accroissement et à la diversification des interactions avec les professionnels de santé de la prison.

4.2.1. Première étape : "Voilà, j'ai l'hépatite"

Le premier niveau de discours identifié s'observe parmi les patients détenus qui n'ont eu aucune interaction avec des membres de l'équipe médicale depuis l'annonce d'un résultat « positif » aux tests de dépistage prescrits à l'incarcération. J'en décrirai les principales caractéristiques en m'appuyant sur les propos recueillis auprès de trois enquêtés, M. Gargarov, M. N'diaye et M. Benchikh, qui ont participé à un entretien moins de six mois après l'incarcération pour l'un et plus d'un an après pour les deux autres.

Quatre jours après qu'une médecin-infectiologue lui a annoncé : « *Il y a deux virus qui sont sur le foie. L'hépatite B et une hépatite qu'on appelle Delta* », M. Gargarov, qui a été détenu à Rodan avant d'être transféré à Alauposo – où il participe à un entretien –, revient de la façon suivante sur le diagnostic reçu :

> « Je connais un peu la maladie hépatique, tu peux pas tout manger, tu dois faire attention à tout ce que tu manges. [...] Je peux pas travailler un travail lourd. Parce que je connais la maladie, je sais ce que ça veut dire. […] Parce que mon frère avant il avait l'hépatite, la A, et les docteurs ils ont dit qu'il pouvait pas porter des choses lourdes et [qu'il devait] faire attention à ce qu'il mange. » [M. Gargarov, détenu depuis deux ans, aucune interaction avec l'équipe médicale depuis l'annonce d'un diagnostic.]

Durant l'entretien, il explique avoir une « maladie », n'employant pas la catégorie de « virus » utilisée par la médecin, et il ne reprend pas non plus à son compte le travail de distinction opéré lors de la consultation.[302] Si la médecin-infectiologue a insisté sur la différenciation entre plusieurs catégories médicales (la « A », la « B », la « C », la « Delta »), M. Gargarov emploie une catégorie dont le niveau de synthèse est plus élevé, la « maladie hépatique », ce qui lui permet en même temps de faire appel à un socle de connaissances plus large : il s'appuie sur l'expérience de l'un de ses proches, son frère, qui a lui aussi eu l' « hépatite », et il reprend des conseils dont il se souvient qu'ils lui avaient été donnés. Le niveau de synthèse de la catégorie de « maladie hépatique » lui permet aussi de (s')expliquer comment il a « pris la maladie » :

> « Quand je suis arrivé ici, ils ont… comment dire… j'étais dans une cellule avec un gens qui, ici, était trop malade de l'hépatite et moi je pense que j'ai pris la maladie du collègue de cellule. Parce que lui, il était malade de l'hépatite, j'ai demandé à changer de cellule mais on m'a dit : "C'est pas possible." […] Donc j'ai été obligé de rester en cellule, de manger avec, de prendre le même truc. » [M. Gargarov, détenu depuis deux ans, aucune interaction avec l'équipe médicale depuis l'annonce d'un diagnostic.]

Il ne reprend pas les causes suggérées par la médecin, qui a sous-entendu qu'il avait dû s'infecter en Bulgarie, avant l'incarcération. Il lui semble que c'est son « collègue de cellule » qui a dû lui transmettre le virus. Car, comme il le précise : « *J'avais fait des tests à Rodan, mais j'étais pas malade.* » Les résultats des tests en question ne lui avaient en fait pas été annoncés, et il en avait déduit qu'ils devaient être « bons ». Ne comprenant pas ce résultat, M. Gargarov finit par mettre en doute le discours de la médecin : revenant sur une conversation qu'il a eue l'avant-veille avec son père, qui partage désormais sa cellule, il suggère que peut-être s'est-elle trompée. Elle a pu confondre son bilan sanguin avec celui d'un autre détenu qui porterait le même patronyme que lui :

302. Cette consultation d'annonce d'un diagnostic a été décrite plus tôt. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 2. L'annonce d'un résultat "positif" au test d'entrée », p. 213.

> « Avec mon père, j'ai pu en parler. Je suis en doublette avec lui. Bientôt il va travailler.[303] Je lui ai dit : "Papa, j'ai vu le docteur et il m'a dit que j'ai la maladie hépatite", et il m'a dit : "Comment ça ?!" Parce qu'il était avec moi à Rodan aussi et il savait que j'avais rien là-bas, tu vois. Et je lui ai expliqué : "Voilà, j'ai l'hépatite. Je pense que, voilà, ils se sont trompés dans les résultats." Parce qu'on est trois Gargarov aussi, donc peut-être ils se sont trompés de résultat, mais je sais pas. Je vais faire un autre test si je peux. Je sais pas... Je vais écrire ce soir au médecin pour faire un autre test, pour être sûr. » [M. Gargarov, détenu depuis deux ans, aucune interaction avec l'équipe médicale depuis l'annonce d'un diagnostic.]

Ce ne sont plus quatre jours, mais trois mois, qui ont passé depuis l'annonce d'un résultat « positif » au test d'entrée lorsque M. N'diaye (détenu à Servoud) participe à un entretien. Durant cet entretien, il ne reprend à son compte ni la catégorie utilisée par le médecin, ni ses prescriptions et proscriptions. Il parle du « sida » (et non du « VIH », comme le médecin) et il se réfère à l'expérience d'un proche et à ce qu'il regarde à la télévision pour construire du sens autour de cette information :

> « Il y a tout qui s'est détruit. Il y a tout qui s'est écroulé comme un château de cartes. C'est terrible mes journées, mes nuits, je fais des cauchemars que je suis dans un lit d'hôpital avec une mort atroce en train d'agoniser, à prier le bon dieu de mourir, alors qu'on m'a dit que c'était pas autorisé en France, qu'on n'a pas le droit de débrancher. Et avec ma mère, ma famille autour... Surtout je dis ça, parce que j'ai connu cette image avec un cousin à moi qui priait pour mourir. Il est mort du sida. Allongé avec sa famille autour, je le voyais se dégrader et tout ça... […] Par exemple dans les films, quand je vois dans un film quelqu'un dans un lit d'hôpital, eh ben j'arrive plus à regarder cette image. Je zappe vite, je tourne la tête. […] Je me dis qu'il y en a qui ont vécu longtemps. Donc c'est peut-être un miracle que je demande, mais je ne veux pas mourir de ça. […] À un moment, je me suis dit que c'est l'être humain qui l'a inventée cette maladie et que c'est pour éliminer la racaille. En général, le sida, c'est les homosexuels, les toxicomanes... donc c'est pas des grosses pertes pour la société. Peut-être que ça va sauver la société, comme les gens qui se tuent entre eux, les guerres de quartier, la police les laisse faire et comme ça, ils s'éliminent entre eux. Ça dégage de la racaille. » [M. N'diaye, détenu depuis quatre mois, aucune interaction avec l'équipe médicale depuis l'annonce d'un diagnostic.]

303. Une « doublette » est une cellule aménagée afin d'être occupée par deux détenus. Son père ayant obtenu un travail au sein de la prison, c'est pour cela qu'il a été affecté à son bâtiment (réservé aux « travailleurs »).

Il répète que c'est « le chaos total » dans sa tête, qu'il compare à une « cocotte-minute ». Il ne parvient plus à trouver le sommeil depuis l'annonce du médecin :

> « Je suis complètement perdu ici, comme vous avez pu le remarquer. Je suis au courant de rien. Parce que j'ai juste eu mon résultat mais après j'en ai parlé avec personne. » [M. N'diaye, détenu depuis quatre mois, aucune interaction avec l'équipe médicale depuis l'annonce d'un diagnostic.]

M. N'diaye n'est pas retourné à l'infirmerie depuis le rendez-vous avec le médecin-infectiologue, et il n'a plus jamais parlé du diagnostic reçu : c'est la première fois qu'il revient dans les locaux de l'Ucsa et qu'il produit un discours à son propos. En fait, bien qu'il a été reconvoqué à plusieurs reprises à l'infirmerie dans les semaines qui ont suivi ce rendez-vous, il ne s'est pas rendu aux convocations de l'équipe médicale : « trop fatigué » le matin, il n'a pas voulu quitter son lit quand le surveillant a déverrouillé sa porte pour lui faire part de sa convocation à l'infirmerie. Le personnel médical a ensuite cessé de le convoquer. Pourtant, M. N'diaye explique qu'il aimerait parler avec un soignant : le terme de « refus », inscrit dans son dossier médical, ne traduit, selon lui, pas sa position. C'est parce qu'il a été à chaque fois surpris par l'appel du surveillant qu'il a « refusé » d'aller à l'infirmerie : il n'a été convoqué qu'à sept heures du matin, quand il venait enfin de trouver le sommeil, après une nuit d'insomnie. Il a donc écrit plusieurs lettres à l'Ucsa afin d'être convoqué un peu plus tard dans la matinée. Mais ses lettres, conservées dans le dossier médical, sont restées sans réponse. Et il n'a plus jamais été reconvoqué. Peut-être, suppose-t-il durant l'entretien, l'équipe infirmière le punit-elle de cette façon pour avoir « refusé » d'aller à l'Ucsa les fois précédentes ? Il ne peut en fait pas le savoir, mais les soignants ne peuvent pas accéder à sa demande : les convocations visaient à effectuer de nouveaux prélèvements de son sang, or ces prélèvements sont toujours réalisés aux premières heures du matin, car un employé de l'hôpital-référent se rend à heure fixe à l'Ucsa pour les récupérer.

Détenu depuis un an, M. Benchikh n'a lui non plus revu aucun membre de l'équipe médicale depuis sa convocation par le médecin-infectiologue. (Il sera reconvoqué quelques jours après sa participation à notre entretien.) Il parle alors de ce que lui a appris le médecin en parlant d'une « maladie » (et non un « virus », comme dit le médecin) et en faisant appel au registre religieux[304] :

> « Moi, déjà, j'ai été condamné à des maladies. Déjà, les tox' comme moi, ils ont plus rien à perdre. Et plus rien à gagner. […] C'est la fin pour moi, il n'y a plus rien pour moi. Il y a rien. Ouais, je sais qu'il faut par exemple être

304. Sur l'imprégnation du registre religieux dans les représentations de sa santé et de l'autorité médicale, voir : Sylvie Fainzang (2001 ; 2002).

> sérieux avec la femme, mais si je couche avec elle, je vais lui donner. Je veux pas. Je peux pas la protéger de la maladie, c'est la vérité. Je veux pas lui donner la maladie. Parce que la maladie, c'est ma punition. C'est pas des gens qui donnent la maladie. C'est le bon Dieu qui donne la maladie.
> *L. M. : C'est votre punition ?*
> Oui, parce que moi j'ai pris la drogue, j'ai arrêté la prière, j'ai pris la coc'. Je bois et tout. » [M. Benchikh, détenu depuis un an, aucune interaction avec l'équipe médicale depuis l'annonce d'un diagnostic.]

Dans ce premier niveau de discours, le diagnostic médical reçu a été intégré, puisqu'il est mentionné en entretien, mais ce n'est pas le cas des catégories inculquées par les médecins-infectiologues durant cette première consultation. Il n'est pas question de « VIH », de « virus » ou d' « hépatite C », comme disent les médecins, mais de « sida », de « maladie » ou d' « hépatite ». Les savoirs biomédicaux énoncés durant la consultation ne sont pas non plus mentionnés. Les patients détenus interviewés s'appuient sur leurs connaissances profanes. L'événement de santé est quelques fois décrit à partir d'autres répertoires que celui biomédical, notamment religieux, et en faisant souvent appel à d'autres expériences que l'interaction médicale : expériences de proches, émissions regardées à la télévision... Le résultat reçu est enfin de temps en temps mis en doute : ne s'agit-il pas d'une erreur ?

4.2.2. Deuxième étape : "C'est tout dans la mémoire"

Le deuxième niveau de discours identifié s'observe parmi les patients détenus qui ont été une nouvelle fois reçus par les médecins-infectiologues depuis l'annonce du diagnostic. Il se distingue du précédent par l'abandon de références à des connaissances profanes et par l'absence de mise en doute des énoncés médicaux. Au contraire, les patients détenus interviewés tentent de restituer avec la plus grande précision possible les propos des médecins, et ils s'excusent de ne pas les avoir tous « retenus », comme on peut le voir à la façon dont M. Rahmani et M. Tourant parlent de leur santé :

> « Là je fais pas de sport parce que le médecin me l'a interdit. Je sais pas pourquoi. Il me l'a dit, mais j'ai pas enregistré. Donc je suis interdit de sport. C'est tout dans la mémoire, mais j'ai oublié. […] Je sais pas trop de choses. Je sais juste que si on soigne pas, après ça part en...*[soufflant]* au niveau du foie. […] Quand je l'ai appris [que j'avais une hépatite C], j'étais choqué. Franchement, j'étais sur le cul. Je me suis dit : "Ouah !" Je pensais pas... mais bon, c'est pas grave... Enfin si, c'est grave, mais comme on m'a dit : "Ça a été pris à temps" […] J'ai pété les scores : apparemment, il y a un nombre de je sais pas quoi pour le virus et moi, je suis au dessus du résultat. Elle est active,

> mais si on fait rien, elle va s'activer encore plus donc voilà. » [M. Tourant, détenu depuis un mois, après la première consultation de suivi en infectiologie.]
>
> « Depuis [l'annonce], ben rien... J'ai pas de traitement, je sais pas trop... Je suis pas trop au courant sur la maladie, comment ça se passe. Il m'a expliqué des choses, mais c'est pas enregistré, j'ai pas trop retenu. C'est le choc. Après, je l'ai revu une fois, et il m'a expliqué des choses... Que c'était pas dans l'urgence mais que quand même il fallait peut-être envisager un traitement. J'attends de savoir. J'ai une hépatite C aussi. J'ai appris ça en [année : trois ans plus tôt]... J'avais pris un risque, je croyais que j'avais le VIH...C'était un risque avec la seringue... Et j'avais pas le VIH mais j'avais l'hépatite. Après, j'ai laissé traîné, j'ai vu personne pour ça... » [M. Rahmani, détenu depuis cinq mois, après la première consultation de suivi en infectiologie.]

Durant cette première consultation de suivi, les médecins-infectiologues répètent les discours tenus à la consultation d'annonce. Ils énoncent la catégorie diagnostique. Ils conduisent un travail de socialisation aux normes biomédicales (introduction aux distinctions entre spécialités médicales et catégories diagnostiques, transmission de conceptions biomédicales, et prescription et proscription de certaines conduites). Et ils s'interrogent sur la pertinence de la prescription d'un traitement médicamenteux. Les patients détenus interviewés quelques jours ou semaines après cette deuxième interaction parlent de leur santé en mobilisant les mêmes catégories diagnostiques que les médecins (« le VIH », « virus », « une hépatite C »...), ainsi que les mêmes termes associés (« résultat », « active »....). Ils tentent de restituer les connaissances biomédicales transmises, ainsi que les prescriptions et proscriptions des médecins (« je suis interdit de sport », « un risque avec la seringue...). Et ils évoquent, enfin, la question de la prise d'un traitement médicamenteux (« envisager un traitement », « si on fait rien »...). Mais ce qui est avant tout spécifique à ce niveau de discours, c'est le sentiment de rupture (« C'est le choc », « j'étais choqué »...), qui s'accompagne d'un sentiment de faible maîtrise du discours tenu à l'enquêtrice (« rien retenu », « oublié », « un nombre de je sais pas quoi pour le virus »....) – ce que l'on ne retrouve pas dans les deux autres niveaux de discours identifiés. Si les énoncés des médecins ne sont plus mis en doute, c'est le cas en revanche pour leurs propres discours.

Ce deuxième niveau de discours suggère qu'un travail impliquant l'incorporation d'un langage et une rupture avec des conceptions profanes est train d'être opéré sur leurs catégories mentales. Les patients détenus sont dans un entre-deux : ils ont abandonné un langage et des références au profit d'autres, qu'ils n'ont néanmoins pas encore assimilés. Une formule employée par

M. Tourant traduit de façon édifiante ce travail, qui passe donc en premier lieu par l'incorporation d'un langage : « *C'est tout dans la mémoire.* »

4.2.3. Troisième étape : "Je fais attention à tout"

Le troisième niveau de discours identifié s'observe parmi les patients détenus qui ont eu des interactions plus nombreuses avec les membres de l'équipe médicale depuis leur passage par le dispositif d'annonce. Ils ont souvent commencé à prendre un traitement médicamenteux, parfois interrompu depuis, et plusieurs se sont vu ré-annoncé à plusieurs reprises le diagnostic reçu, lors de ré-incarcérations ou de transferts. Ce niveau de discours se distingue des précédents sous deux principaux aspects : l'expression d'une distance critique vis-à-vis de précédentes conceptions du diagnostic reçu (le premier niveau de discours), et une incorporation non plus mentale du diagnostic reçu et des normes biomédicales qui lui sont associées (le deuxième niveau de discours), mais impliquant des pratiques et sensations corporelles.

On observe d'abord une technicisation du vocabulaire utilisé pour parler de sa santé. Par exemple, M. Karadji, qui a appris être infecté par le virus de l'hépatite C lors d'une précédente incarcération, a été traité médicalement, et a appris « là quand [il est] tombé qu'en fait elle était toujours là » décrit ses conditions de santé en utilisant la notion de « génotype », une notion qui lui permet de soutenir qu'il a une « autre hépatite C » que celle dépistée lors de la précédente incarcération (il a été « re-contaminé ») :

> « On la voit à peine là. Elle est quasiment indétectable. Il a fallu que je fasse deux prises de sang pour qu'ils la voient. […] j'ai eu deux fois le traitement. J'ai eu le traitement une première fois et après j'ai été re-contaminé par une autre hépatite C. C'était pas le même génotype. Le traitement a marché mais après j'ai été re-contaminé. » [M. Karadji, diagnostic annoncé à trois reprises à l'entrée en prison, troisième traitement commencé en prison.]

La technicisation du langage ressort de l'usage de termes tels que « charge virale », « T4[305] », « génotype » ou « indétectable », qui sont utilisés pour

305. Les « T4 » sont un marqueur biologique. Les patients détenus utilisent fréquemment d'autres marqueurs ou nombres transmis par les médecins (ou le souvenir qu'ils en ont) quand ils tentent d'objectiver leur transformation depuis le placement dans l'institution. M. Darmane (détenu à Alauposo) explique : « *Quand je suis arrivé ici, j'étais à 20, j'étais vraiment en bas. [Mme Widerberg] m'a expliqué que "quand vous êtes arrivé à [ville : la maison d'arrêt], vous aviez un...des...des chiffres trop bas." […] Et elle m'a dit que bon c'était impeccable le mois dernier, mais qu'il faut continuer parce que "si vous arrêtez, le virus il va reprendre le dessus", elle m'a dit. Elle m'a dit : "Fini pour vous." Que ce serait bête quoi.* » Ils utilisent divers « instruments » (Darmon, 2003, 2008, pp. 154-160) afin d'objectiver leur transformation : les plus communément utilisés sont le pèse-

objectiver des conditions de santé – et que l'on n'observe pas dans les autres niveaux de discours :

> « Là je suis presque guéri. Le docteur il a regardé hier mes résultats et normalement elle [l'hépatite C] est indétectable. En fait, j'ai suivi un traitement, j'ai arrêté, j'ai suivi et j'ai arrêté, et là ça fait deux ans que je suis en train d'attaquer un traitement. […] J'ai commencé à l'hôpital [nom], et puis là je suis suivi par le docteur Faure, et là ça fait seize mois que je fais le traitement... Je le vois au moins une fois par mois, des fois plus. On fait des analyses, on regarde la charge virale... on fait l'échographie, tout ça. » [M. Guibert, diagnostic annoncé dehors, traitement commencé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement continué en prison.]

> « Je suis à 950 T4, là. […] J'ai 30 T4 de plus. Là, mon corps il a eu 30 T4 de plus. » [M. Katashev, diagnostic annoncé à l'entrée en prison une quinzaine d'année plus tôt, traitement commencé en prison, traitement interrompu dehors, puis recommencé en prison.]

Les patients détenus reprennent les termes utilisés par les médecins, en s'auto-corrigeant parfois. Par exemple, juste avant d'énoncer ces nombres, M. Katashev demande : « *Quand on me voit, on dirait pas que je suis malade, non ? On dirait pas ?* ». Et, aussitôt après, il se corrige en reprenant le discours du médecin : « *Et puis je suis pas malade, j'ai un virus.* » Les précédentes conceptions du diagnostic reçu sont mises à distance. M. Kasmi fait par exemple remarquer, sur un ton stupéfait, qu'il ne faisait pas la distinction entre « le sida » et « l'hépatite » avant sa médicalisation en prison :

> « Pour moi, j'avais attrapé le sida. Je me disais : "Je vais vivre avec ça toute ma vie." On m'a anéanti. […] Avec mon codétenu, c'était très difficile au début parce que je ne voulais pas qu'il sache que j'ai l'hépatite. Ici, ils croient

---

personne et la carte de détention. Ils comparent leur poids actuel avec celui au moment de l'incarcération (Mahi, 2017). M. Benchikh (détenu à Servoud) dit ainsi : « *Moi je suis rentré à quatre-vingt cinq kilos et maintenant je fais soixante dix kilos. J'ai perdu quinze kilos en un an.* » Et ils comparent leur apparence physique actuelle à celle lors du placement dans l'institution, en se référant à la photographie prise par le greffe et figurant sur la carte de détention. Après que j'ai demandé à M. Miller (détenu depuis un an) pourquoi un traitement médicamenteux lui a été prescrit il y a six mois, il répond par exemple en me montrant sa carte de détention : « *Parce que j'étais trop... j'avais trop... j'étais trop fatigué ! J'étais trop... Parce qu'elle s'est déclarée quand je suis rentré. Regardez comment je suis rentré. Regardez la tête que j'avais. Et encore, j'étais pas au pire.* » Les deux instruments peuvent être mobilisés simultanément. Par exemple, M. Katashev (détenu à Servoud) explique, tout en montrant la photographie figurant sur sa carte de détention : « *Maintenant, ça va. J'ai plus les effets secondaires, je grossis bien, je mange bien. Bon, j'ai perdu douze kilos. Bon, j'ai perdu douze kilos en un mois. Je mangeais pas. Leur gamelle, tout ça, j'aime pas. je préfère être maigre ici, bon je suis pas maigre non plus, je fais soixante dix-huit soixante dix-neuf kilos, je suis bien grâce à Dieu. Je fais mon sport tout le temps. Je regarde la télé. Impeccable. J'ai que ça à faire.* »

> que c'est contagieux. J'inventais tout le temps des histoires. J'ai demandé à être seul, puis je suis revenu en arrière : j'ai accepté d'être deux pour avoir un travail. Mais là, comme j'ai pas de travail de toute façon, je vais demander une ordonnance pour être seul. Voilà, comme ça, je serai seul jusqu'à ce que je sorte. […] Le problème c'est que l'hépatite, les gens ils pensent que c'est dans l'air, que c'est contagieux. Avant, moi je pensais par exemple qu'on pouvait l'attraper par la chicha *[riant]*. » [M. Kasmi, diagnostic annoncé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement commencé en prison.]

La prise d'un traitement médicamenteux concourt fortement à transformer la façon dont les patients détenus interviewés parlent de leur santé – et au passage du deuxième au troisième niveau de discours. Tandis que les interactions médicales s'intensifient, leurs propos ne sont plus focalisés sur des mots, mais sur des sensations physiques, des pratiques corporelles et des prescriptions médicales. Les « effets secondaires » des médicaments sont tout spécifiquement très présents dans leurs discours :

> « J'ai une piqûre et je dois manger des cachets. Je suis très fatigué avec le traitement. Et il faut pas s'énerver, surtout... » [M. Charrant, détenu depuis quatre mois, diagnostic annoncé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement commencé en prison.]
>
> « J'ai eu beaucoup d'effets secondaires : dessèchement de la peau, mauvaise humeur... Je supportais pas ma cohabitation [en cellule]. » [M. Kasmi, détenu depuis deux ans et trois mois, diagnostic annoncé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement commencé en prison.]
>
> « Chaque fois que je fais la piqûre, j'ai mal partout. C'est pas facile avec les autres. Je me sens un peu agressif, je sens que... je me sens triste... » [M. Benayoud, détenu depuis onze mois, diagnostic annoncé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement commencé en prison, « sept ou huit » rendez-vous avec le médecin-infectiologue depuis l'arrivée en prison.]
>
> « Je l'ai arrêté deux ou trois fois [le traitement] parce que c'est très très lourd. Ça donne de la fièvre, j'avais les cheveux qui tombaient, des diarrhées, des vertiges... C'est très lourd. Je suis anémié en plus. » [M. Guibert, détenu depuis sept mois, diagnostic annoncé en prison, traitements commencés « deux ou trois fois » en prison et interrompus à la libération, traitement recommencé en prison.]
>
> « Depuis que je suis ici, je vois les docteurs tous les mois. Il me donne de bonnes nouvelles. Je peux même avoir des enfants. Je peux faire du sport.... Je mange bien. Je perds un peu mes cheveux – ça c'est un problème –, mais ça va. » [M. Katashev, détenu depuis six mois, diagnostic annoncé en prison une quinzaine d'année plus tôt, traitement commencé en prison puis interrompu à la libération, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement recommencé en prison.]

Tout cela est en fait lié : « la capacité à percevoir la sensation morbide et à l'interpréter comme symptôme relève en partie de la pratique discursive : la sensation, pour être perçue, doit être verbalisée, au moins à soi-même » (Détrez, 2002, p. 103). À chaque consultation de suivi, les patients détenus sont examinés physiquement par les médecins-infectiologues (palpation du ventre, prise de la tension, mesure du poids...) et ils sont questionnés à propos des « effets secondaires » des médicaments. Ils apprennent alors à associer des sensations physiques (« dessèchement de la peau », « diarrhées », « fatigue »...) et psychiques (« mauvaise humeur », « agressif », « énervé »...) aux médicaments consommés :

> « Le médecin, il m'a demandé si je ressens la fatigue ou quelque chose et rien, rien. […] Et le médecin il m'a dit que j'allais avoir un peu de diarrhée les premiers jours – et ça c'est vrai –, et qu'après ce serait bon. Et moi, je prenais un cachet le matin et un autre le soir. […] Et bon l'autre jour, le médecin il m'a changé encore de médicament parce qu'il paraît qu'il va y en avoir un nouveau maintenant, et il m'a dit : "Peut-être que vous allez sentir quelque chose." » [M. Da Silva, détenu depuis deux ans et demi, diagnostic annoncé en prison, traitement débuté en prison, traitement poursuivi dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement poursuivi en prison.]

Les sensations éprouvées sont ensuite mises en parallèle à celles des « effets secondaires » décrits par les médecins. M. Maillard précise par exemple avoir « tous les effets indésirables » du traitement indiqués par la médecin-infectiologue. On peut analyser ces apprentissages des « effets » des médicaments en faisant un parallèle avec la façon dont les fumeurs de cannabis étudiés par Howard Becker (1985 [1963]) apprennent à « planer » : « pour que l'individu "plane", deux éléments doivent être réunis : la présence des symptômes produits par la consommation de marijuana d'une part ; la reconnaissance de ces symptômes et de leur relation avec le fait du fumer, d'autre part. Autrement dit, la présence des symptômes ne suffit pas, car ils n'impliquent pas par eux-mêmes l'impression de planer. Pour pouvoir faire cette expérience, il faut que le fumeur soit capable de prendre conscience de ces symptômes et de les relier clairement à la consommation de marijuana. Sinon, quels que soient les effets réellement produits, il considérera que la drogue n'a pas d'effet sur lui » (p. 71). En d'autres termes, la description par les médecins des « effets secondaires » des médicaments est une condition sine qua non pour que les patients soient attentifs à l'identification de telles sensations, d'une part, et qu'ils les perçoivent comme des *effets secondaires* du médicament, d'autre part.

L'attention aux prescriptions et proscription médicales semble enfin décuplée. Mentionnant tour-à-tour catégories diagnostiques, règles d'hygiène et modes de

transmission d'un virus M. Sodamba (détenu à Alauposo) répète faire maintenant « attention à tout » :

> « Parce que depuis que j'ai su que j'avais ça, je fais attention. Je me dis que je vais pas aller avec n'importe qui, j'utilise pas un rasoir avec quelqu'un d'autre, je me lave les mains. Je fais attention à tout. […] Je suis les conseils du docteur, je suis tous les conseils qu'il m'a dit. » [M. Sodamba, détenu depuis deux ans et demi, diagnostic annoncé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement commencé en prison.]

Ce décuplement de l'attention peut être une conséquence de la dimension totale de la prise en charge médicale.[306] Les interactions avec les professionnels de santé se diversifient et elles s'intensifient : les infirmières apportent aux patients des traitements à leur cellule ; les médecins-infectiologues transmettent leurs noms aux assistantes sociales hospitalières ; et ils consultent des médecins généralistes de l'équipe à propos des « effets secondaires » des médicaments. Comme on le voit dans l'extrait de consultation qui suit, un médecin généraliste répète à un patient le même discours que celui tenu quelques jours plus tôt par le médecin-infectiologue :

> M. Tadarev parle de « stress » et de « constipation ». M. Rigal (médecin généraliste) le questionne à propos de sa dernière consultation avec M. Ducoudray (médecin-infectiologue). Il répond : « J'ai peur du traitement [pour le VIH] parce que c'est très fort... pour le moment je me sens bien dans mon corps. *[sur un ton hésitant]* Vous pouvez me ré-expliquer pour les globules rouges et les globules blancs ? » M. Rigal lui répond que « le traitement c'est pour éviter que les globules blancs diminuent ». M. Tadarev hoche de la tête : « Docteur Ducoudray, il m'a expliqué pareil. » [Consultation de médecine générale.]

À travers ces interactions, les détenus médicalisés sont aussi soumis à l'incorporation d'autres normes. Par exemple : comment effectuer des gestes techniques. Ainsi, les infirmières enseignent aux patients traités par des injections de médicaments comment se les effectuer eux :

> M. Charrant a été appelé pour une injection de Teraflon. Mme Herst [infirmière] lui demande : « Vous le faites tout seul ? » Il répond en haussant des épaules. Elle en déduit : « Eh bien, il est temps d'apprendre ! » M. Charrant s'approche du matériel que l'infirmière a disposé devant lui (sur le lit d'auscultation), mais elle l'interrompt à l'instant où il s'apprêtait à le saisir, en lui demandant : « Vous vous êtes lavé les mains ? » Il se retourne, il se lève, il va vers le lavabo. Mme Herst me dit : « Ici, on fait aussi de la prévention. » M. Charrant se lave les mains, il les savonne, il ferme le

306. Cf. infra, « Chapitre 3, section 3. Une prise en charge totale », p. 230-282.

> robinet, puis il cherche du regard quelque chose (vraisemblablement pour les essuyer). L'infirmière observe qu'il n'y a rien pour cela, elle part lui chercher des feuilles de papier dans le bureau concomitant. En l'attendant, M. Charrant me dit (comme pour s'excuser de ne pas avoir pensé à se laver les mains) : « C'est seulement la deuxième fois que je le fais tout seul. » [Soins infirmiers.]

Si les équipes infirmières observent et corrigent leurs façons de procéder, leurs enseignements ne se réduisent pas à l'inculcation de gestes techniques. À travers l'inculcation de ces gestes techniques, ce sont d'autres normes qui sont en jeu : l' « autonomie », l' « hygiène », l' « observance »... Pour reprendre Pierre Bourdieu (2003 [1997], p. 204), « les injonctions sociales les plus sérieuses s'adressent non à l'intellect mais au corps, traité comme un pense-bête » : l'apprentissage de ces normes se fait *par corps*.

Par la suite, décrivant leur assimilation de ces gestes, les patients détenus insistent d'ailleurs sur ces autres normes qui sont inculquées (« tout seul », « moi-même », « je me lave les mains »...) :

> « Après, je le faisais moi-même dans le ventre quoi [l'injection d'interféron]. C'est elle [l'infirmière] qui m'a montré comment on faisait. » [M. Karadji, détenu depuis six mois, diagnostic annoncé à trois reprises à l'entrée en prison, troisième traitement commencé en prison.]

> « Je le fais tout seul [l'injection du traitement], je sais me le faire tout seul, je me lave les mains et tout. » [M. Maillard, détenu depuis sept mois, diagnostic annoncé dehors, diagnostic ré-annoncé en prison, traitement commencé en prison.]

En transposant la formule employée plus haut par M. Tourant, on pourrait dire que les diagnostics reçus ne sont plus « dans la mémoire », mais dans le corps : ils ont été incorporés.

* * *

Les trois niveaux de discours décrits sont autant d'étapes au cours desquelles les détenus médicalisés en prison abandonnent progressivement leurs catégories et représentations profanes tout en incorporant un autre système de croyances, constitué de catégories de pensées et de règles de conduite, tandis que s'accroissent et se diversifient leurs interactions avec le personnel médical de l'établissement pénitentiaire. Qu'en est-il de la façon dont les détenus médicalisés en prison perçoivent et parlent de leur trajectoire ?

5. La formation d'un discours sur soi

Le passage successif par des dispositifs tels que le procès pénal, l'entretien arrivant, la consultation entrant ou encore la consultation d'annonce, et donc la répétition d'interactions en face-à-face avec des policiers, des avocats, des juges, des psychologues, des brigadiers, des médecins ou encore des conseillères pénitentiaires qui imposent aux individus confrontés à ces dispositifs de répondre à des questions sur eux et leur vie, selon certains registres, ne participe-t-il pas à transformer la façon dont ils perçoivent leur « histoire » ? Cette section interroge la *formation* d'un discours sur soi en prison,[307] en étudiant d'abord comment les détenus médicalisés en établissement pénitentiaire situent le moment où ils ont reçu un diagnostic dans leur *ordre biographique*, puis en analysant la *forme* que prennent leurs récits et les *procédés interprétatifs* qu'ils emploient pour (s')expliquer leurs trajectoires.

5.1. Un pouvoir de mise en récit

Tous les détenus pris en charge sur le plan de leur santé en prison dans le cadre du suivi d'une infection par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et/ou du VIH se sont nécessairement vu prescrire un test de dépistage au sein de l'institution, puis annoncer un résultat « positif » par un médecin.[308] Certains racontent ensuite, dans la configuration d'un entretien sociologique, qu'ils avaient déjà connaissance du résultat annoncé avant le placement en prison : ils décrivent les circonstances dans lesquelles ils ont appris leur infection, en milieu hospitalier, lors d'une précédente incarcération, après avoir été effectuer un test dans un centre de dépistage ou encore lors d'un séjour en établissement psychiatrique. D'autres affirment que c'est lors de ce placement en prison, après leur visite médicale

307. Au *double*-sens par lequel Muriel Darmon emploie ce terme ; enquêtant sur la carrière d'anorexique, elle observe que les enquêtées ayant connu de longues (ou nombreuses) hospitalisations ont en commun d'être des « quasi-professionnelle du discours de soi » : elle en conclut que « l'entretien clinique constitue une façon de former – au double sens de modeler et d'enseigner le discours adéquat à tenir sur soi » (2008 [2003], pp. 46-47). Dans ses travaux suivants, elle prolonge cette analyse par l'observation du « travail de soi sur soi » auquel les élèves de classes préparatoires sont confrontés, « au sens où il s'agit d'acquérir les compétences à se dire, au cours d'une socialisation au discours sur soi censée transformer les individus qui passent par l'institution » (2015 [2013], p. 260).

308. Cela même s'ils étaient déjà en connaissance de cette information et l'ont eux-même transmise à l'équipe médicale à l'incarcération comme on l'a vu plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 2. L'annonce d'un résultat "positif" au test d'entrée », p. 213-230.

d'entrée, qu'ils ont appris leur infection. Néanmoins, les récits de plusieurs de ces détenus médicalisés en établissement pénitentiaire laissent penser que cette information sur leur santé leur avait en fait déjà été communiquée, par le passé, hors de l'institution carcérale.[309] Après avoir mis en évidence la répétition de ce qui, d'un point de vue extérieur, peut s'apparenter à des « oublis » ou des « incohérences », j'expliquerai pourquoi je suggère de les interpréter plutôt comme *des traces* d'une entreprise de ré-ordonnancement biographique, qui mettent en évidence le *pouvoir de mise en récit* des institutions judiciaire, médicale et carcérale.

5.1.1. "C'est ici que j'ai vraiment appris que je l'avais"

Le premier entretien réalisé faisant apparaître ce qui peut s'apparenter à une « incohérence » est celui que j'ai mené avec M. Hamidi. Cinq mois après son placement à la maison d'arrêt des hommes de Servoud, il décrit les suites de sa visite médicale d'entrée en ces mots :

> « On m'a fait une prise de sang et voilà, en [mois : il y a deux mois], j'ai su que c'était l'hépatite C. » [M. Hamidi, médicalisé en prison.]

Plus tard durant l'entretien, à la suite d'une relance, il revient sur les conditions de son placement en établissement pénitentiaire : interpellé par des policiers, il a été directement jugé dans le cadre d'une procédure en comparution immédiate et condamné à une peine de quinze mois d'emprisonnement ferme aussitôt mise à exécution. Par manque de concentration,[310] je lui demande alors s'il a parlé de son infection par le virus de l'hépatite C durant ce procès – cinq mois plus tôt donc – et, contre toute attente, il répond :

> « [les juges] savaient que j'avais l'hépatite C, parce que j'avais dit que j'avais un traitement qui allait commencer [mois : le mois du procès], mais ils m'ont quand même mis en prison. Donc là, je repars à zéro ! J'avais tout mis en place, j'allais être pris en charge, tout était prêt. » [M. Hamidi, médicalisé en prison.]

Exprimant un sentiment d'injustice vis-à-vis de la décision des juges de le condamner à une peine de prison ferme en dépit de leurs connaissances de ses

309. Il s'agit des patients détenus interviewés pour lesquels j'ai inscrit le libellé « Oui/Non » dans la colonne « Diagnostic(s) posé(s) à l'incarcération » du Tableau des propriétés des patients détenus interviewés, p. 489-Erreur : source de la référence non trouvée.

310. Cet entretien, le deuxième conduit dans le cadre de cette recherche, se déroule dans des conditions particulières : le surveillant de l'infirmerie assimile mes entretiens à ceux du personnel médical, et il me presse d'aller plus vite en me faisant des signes et en me montrant le cadran de sa montre à travers le hublot fixé à la porte du bureau où je réalise l'entretien. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 4.1.1.2. Des corps sous contrainte », p. 289-292.

problèmes de santé, M. Hamidi laisse ainsi entendre qu'il se savait déjà infecté par le virus de l'hépatite C lorsqu'il a reçu ce diagnostic, en prison, trois mois après le test de dépistage prescrit dans le cadre de son examen d'entrée. Le questionnant à propos de la première fois qu'un médecin lui a transmis cette information, il explique alors que sa santé a pris une autre dimension depuis le placement en prison : il peut se « concentrer là-dessus ». Cette situation d'entretien n'est pas isolée ; elle s'est répétée à plusieurs reprises durant l'enquête : lors d'entretiens, des patients détenus interviewés ont affirmé avoir appris leur infection par un virus en prison, avant de laisser entendre que ce diagnostic leur avait en fait déjà été posé par le passé, en dehors de l'institution carcérale. Afin de prendre la mesure de la répétition de ce qui peut s'apparenter à des « incohérences » ou des « oublis » dans les récits biographiques recueillis par entretien, donnons-en maintenant un second exemple : l'entretien réalisé avec M. Darmane.

5.1.1.1. Les deux diagnostics annoncés à M. Darmane

Je rencontre M. Darmane lors de l'une de ses séances de psychothérapie avec Mme Trapier, infirmière-psy au centre de détention d'Alauposo. Après avoir observé leurs échanges, je lui propose de participer à un entretien. M. Darmane accepte, et nous décidons de nous retrouver trois jours plus tard, en milieu d'après-midi, dans l'un des cabinets de l'Ucsa. Cela fait alors trois ans et demi qu'il est détenu. Né dans les années 1970, il se définit durant cet entretien comme un « enfant de la Ddass » ; il a été élevé au sein d'une famille d'accueil, jusqu'au moment où « la violence a commencé » :

> « On était trois garçons et on était habillés tous pareil. C'était comme les Dalton, elle nous habillait exactement pareil. Et moi, ça m'a pas plus, et c'est là que la violence a commencé. C'est comme ça que ça a commencé. Un jour, j'ai claqué la dame, et puis son fils m'a tapé, et ils m'ont mis dehors. Après j'ai été dans un foyer, et après j'ai été à la rue. » [M. Darmane, médicalisé en prison.]

Il a alors seize ans, il quitte la famille d'accueil ; il va de ville en ville, il commence à « toucher à la toxicomanie ». Après une année passée « à la rue », s'inquiétant de l'apparition d' « une boule » au niveau de son cou, il décide de retourner dans la ville où il a grandi. Il est alors « mis au centre Saint Vincent » : un foyer destiné à l'accueil de « gens qui sortaient de prison ». Contrairement aux autres pensionnaires, lui n'a jamais été ni détenu ni condamné par l'institution judiciaire. Il habite dans ce foyer pendant un an – jusqu'à sa majorité. Au cours de cette année, il entreprend de renouer contact avec ses parents biologiques. Avec l'aide d'assistantes sociales, il apprend que son père vit désormais en Martinique et que sa mère réside quant à elle en région parisienne. Après avoir retrouvé la trace

de chacun d'eux, il annonce à sa mère qu'il s'apprête à rejoindre son père en Martinique, où « du travail et un logement [l'] attendait ». Elle lui propose alors de « venir à la maison » d'abord. La mère et le fils se donnent rendez-vous sur le quai d'une gare parisienne puis, en arrivant au domicile de sa mère, M. Darmane découvre qu'elle vit maritalement avec un homme et qu'ils élèvent ensemble leurs deux jeunes enfants :

> « "Pourquoi elle avait élevé les deux filles ? Pourquoi ?" Mais j'aurais pas pu lui demander parce que sinon, elle aurait pleuré et je voulais pas qu'elle pleure. […] Et moi ce qui m'a pas plus, c'est que j'étais dans la cuisine, je regardais maman de la tête aux pieds et je me demandais : "Pourquoi j'ai pas grandi avec elle ?" Et bon, moi quand je me lève – tu vois la hauteur que je fais *[environ deux mètres]* – et il y avait son mari dans la cuisine qui me regardait lui tout petit en levant les yeux au ciel. Son mari, il a quitté la maison d'un coup et il est pas rentré de la nuit. Et moi, j'ai pas dormi de la nuit. J'ai regardé maman, on a parlé, je lui ai parlé un peu de ma vie et après le lendemain matin : boum ! Je prends l'avion directement. » [M. Darmane, médicalisé en prison.]

Le lendemain, il part retrouver son père en Martinique. Il passe « deux ou trois jours » chez son épouse et lui, qui – comme il le précise – habitent à proximité d'une prison, puis il habite quelques mois chez sa grand-mère paternelle :

> « On habitait à Ducos – pas la prison hein, parce que la prison elle est à Ducos aussi –, mais nous on était là-bas dans une petite cité, mais les HLM c'est pas comme vous ici, hein ! C'est comme vous voyez la façade de la prison, il y a toujours... C'est... *[dessinant avec son doigt un hexagone sur le bureau]* Alors que nous, notre cité elle est en forme de L. Alors qu'en France, c'est des barres. Et là, je suis resté deux ou trois jours chez la belle-mère et puis après six mois chez ma grand-mère du côté de mon père. » [M. Darmane, médicalisé en prison.]

Son père quitte la Martinique dans les mois qui suivent et M. Darmane perd dans la foulée le travail de docker que ses oncles lui avaient trouvé. À nouveau, il est « à la rue ». Il commence alors à « rendre service » à des commerçants de l'île en transportant divers objets d'un point à un autre dans un caddie. Il reçoit en échange de cela un peu d'argent avec lequel il s'achète du crack. Et puis après une vingtaine d'années passent ainsi en Martinique, une rencontre fortuite l'amène à retourner vivre en métropole en se faisant passer pour le fils d'un couple ayant disparu des années plus tôt. Il est incarcéré en maison d'arrêt quelques mois après son installation chez ce couple alors persuadé d'avoir retrouvé son fils ; accusé d'avoir battu « son » père et violé « sa » mère, il est condamné à une peine de sept ans de prison ferme et transféré au centre de détention d'Alauposo, d'où il me raconte son « histoire ».

Dès le début de notre entretien, avant de faire le récit des événements résumés ci-avant, M. Darmane affirme : « *C'est à la prison de [ville : en maison d'arrêt] que j'ai appris pour le VIH.* » Puis juste après, il ne revient pas sur les conditions de cette annonce ; il évoque sa méfiance vis-à-vis des surveillants, qui n'ont selon lui « qu'à taper sur les touches sur l'ordinateur, ils font leur code et ils ont accès au dossier médical ». Une quarantaine de minutes plus tard, après qu'il a décrit les événements précédemment résumés, je le relance en revenant sur sa première affirmation : « *Vous me disiez que vous l'aviez appris à [ville : la maison d'arrêt], pour le VIH ?* » Il confirme alors, répétant avoir « appris en maison d'arrêt » son infection par le VIH et suggérant des causes à cela :

> « Je l'ai appris en maison d'arrêt... parce que je vais vous dire une chose : j'étais aux Antilles et là-bas, on fume beaucoup le crack et je pense que ça vient de la pipe, je te la passe et tout et la personne qui était avec moi était peut-être malpropre, je sais pas. » [M. Darmane, médicalisé en prison.]

Mais il confie l'instant d'après qu'il s'en « doutai[t] un peu », en fait, quand le médecin de la maison d'arrêt lui a annoncé ce résultat, car des professionnels de santé lui avaient déjà transmis cette information une dizaine d'années plus tôt :

> « Je m'en doutais un peu parce que je vous l'ai pas dit en fait, mais en Martinique à [ville], il y a un petit bureau – je connais plus leurs noms –, et il y a que des filles dedans et les filles, elles, elles aident les SDF[311] sur [la ville]. C'est une association et toutes les rues les filles elles les connaissent. Et ils me voient faire la manche et tout. Et moi quand je fais ma vie en Martinique, je fais pas la manche en fait, je te rends service si tu viens. Je porte tes courses et tout et après tu me donnes ce que tu veux. Tu me dis "garde le caddie" et tout. Et les filles, elles, de l'association, au lever du soleil ils sont debout eux et t'es dans le coma toi. Tu dors quoi, et elles, elles arrivent et elles t'amènent le café. Bon t'as pas le croissant hein, c'est que le café. Et t'avais une fille, elle était plus petite en taille, et un jour elle m'a emmené à... elle m'a fait un suivi de santé, et elle m'a emmené [nom : à l'hôpital], et bon voilà ça a été le... ça a été le choc pour tous. J'ai fait mes prises de sang et... et elle était toujours à côté de moi, et quand j'ai vu l'infirmière générale, qui s'occupait de toutes les pipettes de sang qu'il y avait, et elle m'a donné rendez-vous pour la semaine d'après. La petite, elle était toujours avec moi. Et elle savait tout après. Et là, ils me l'ont annoncé. Mais moi, je me suis posé la question : "Mais comment ?" » [M. Darmane, médicalisé en prison.]

Un traitement médicamenteux lui avait ensuite été prescrit, et il avait cessé de le prendre quelques jours plus tard : « *J'avais beaucoup d'effets secondaires. J'ai fait ça une semaine et après j'ai arrêté. Après j'ai plus du tout repris... Pour moi, c'était fini, pour moi.* »

311. Sans domicile fixe.

5.1.1.2. Un "truc faux" qui devient "vrai"

Prenons plus brièvement un dernier exemple de la répétition de ce qui peut s'apparenter à des « incohérences » ou à des « oublis » avec le récit de M. Kasmi. Médicalisé en prison, lui aussi affirme d'abord avoir appris son infection par un virus lors de son placement en maison d'arrêt. Néanmoins, l'une des phrases qu'il prononce par la suite durant l'entretien m'amène à lui suggérer : « *Mais en fait, vous le saviez déjà avant d'arriver pour l'hépatite C, non ?* » Il confirme alors ma supposition et il explique pourquoi il considère quand même avoir « appris » son infection par le virus de l'hépatite C, plus récemment, en prison :

> « En fait, je m'étais déjà fait dépister à l'extérieur et ils m'avaient dit que je l'avais. *[hésitant]* C'était comme le sida pour moi... j'ai pris un coup sur la tête. J'avais eu un accident et j'ai été hospitalisé. C'est là qu'on me l'a annoncé. Après l'opération, on m'a dit ça. Mais moi j'y croyais pas. Pour moi, c'était un truc faux ! C'était un virus trop grave, ça pouvait pas être vrai. Et là j'ai été incarcéré. Quand je suis arrivé, on m'a proposé de faire le test, je l'ai fait, et j'en ai profité pour me guérir. *[hésitant]* Pour moi, c'est ici que j'ai vraiment appris que je l'avais. Parce qu'avant, j'y croyais tellement pas que j'ai fait comme si c'était pas arrivé. » [M. Kasmi, médicalisé en prion.]

Rétrospectivement, il lui semble que le diagnostic reçu était inassimilable lors de la première annonce (« j'y croyais pas », « c'était un truc faux », « ça pouvait pas être vrai », « J'y croyais tellement pas ») et, opposant les connaissances biomédicales qu'ils détenaient à celles acquises depuis le placement en établissement pénitentiaire (« c'était comme le sida pour moi »), il distingue le moment où *un médecin le lui a dit*, à l'hôpital, de celui où *il l'a appris*, en maison d'arrêt.

5.1.2. Les incohérences, des traces d'un ré-ordonnancement biographique

Comment expliquer que des détenus affirment avoir appris être « malade » en prison alors que le diagnostic reçu dans l'institution carcérale leur avait déjà été annoncé par le passé ? En prenant appui sur deux ensembles de travaux dont je décrirai d'abord les apports, je suggère d'interpréter ce que l'on peut assimiler, d'un point de vue extérieur, à des « oublis » ou des « incohérences » comme *des traces* d'une entreprise de ré-ordonnancement biographique, qui mettent au jour le pouvoir de mise en récit des institutions judiciaire, carcérale et médicale.

5.1.2.1. Des enquêtés "incohérents" ?

Les « incohérences » présentes dans le matériau d'enquêtes ont déjà fait l'objet de quelques recherches. En les plaçant au centre des analyses – plutôt que de feindre de les ignorer – il a ainsi été montré comment leur étude peut apporter un éclairage nouveau à la compréhension de certains phénomènes sociaux, comme par exemple le silence des femmes à propos de leurs pratiques de masturbation (Béjin, 1993) ou de leur recours à une interruption volontaire de grossesse (Moreau *et al.*, 2004). Concernant ces dernières, les auteurs suggèrent ainsi que la sous-déclaration de ces pratiques, dans les enquêtes par questionnaire, ne doit pas seulement être pensée « en termes de sous-déclaration d'événements sensibles [...] mais aussi en termes d'occultation d'événements médicaux en général, comme si déclarer un événement de santé participait à la construction d'une identité de "malade", peu valorisante » (p. 513). De même, mais à partir cette fois des données d'une étude longitudinale portant sur des pratiques culturelles, Pierre Mercklé et Sylvie Octobre (2015) ont montré comment l'étude des « incohérences » entre les déclarations faites par des enquêtés d'une enquête à la suivante permettait de mettre au jour des processus de construction biographique.

Dans les trois cas, que les « incohérences » étudiées concernent des pratiques sexuelles, des pratiques médicales ou des pratiques culturelles, elles ont en commun d'avoir été saisies par le biais d'études quantitatives : l'administration d'un questionnaire, suivie de l'analyse des réponses données par les enquêtées à des questions se faisant doublon l'une avec l'autre, mais posées différemment, pour les deux premiers exemples présentés, ou re-soumis plus tard dans le temps pour ce qui concerne le troisième exemple exposé. En fait, nettement plus rares sont les chercheurs qui ont étudié, en les plaçant au centre de l'analyse, les « oublis » ou les « incohérences » produits durant des entretiens sociologiques.

Ils constituent néanmoins le point de départ de quelques réflexions. Ainsi, partant des réponses données par des élèves en école élémentaire à une question « apparemment simple » posée en entretien, à savoir ce qu'ils font « le soir en rentrant de l'école »,[312] Bernard Lahire (2007 [2005]) observe que « certains élèves ne parviennent pas à "tenir" » le registre attendu : leurs récits, par ailleurs stigmatisés par l'institution scolaire, peuvent alors sembler « incohérents », « pauvres » voire « pathologiques ». Il soutient alors qu'il ne s'agit là que de la partie émergente d'un iceberg dont il convient d'interroger la partie immergée, en

312. La question pré-suppose néanmoins qu'ils « rentrent » le soir après l'école – une expérience étrangère à des enquêtés de cette recherche. Cf. supra, « Chapitre 3, section 6.2.2. Les "jeunes" : une transgression des ordres disciplinaires », p. 364-366.

s'attachant à saisir « la situation plus globale, le passé, l'expérience vécue » des individus (p. 149-151).

Les récits « incohérents », dans le regard de l'enquêteur tout du moins, ont également donné lieu quelques fois à des ouvertures, en conclusion de travaux. Ainsi, Livia Velpry (2008) conclue un ouvrage portant sur la prise en charge de patients en psychiatrie en revenant sur les incohérences d'un enquêté, suivi sur le plan psychiatrique, qui affirme avoir tué son père au cours d'un premier entretien, puis qui lui explique l'avoir aidé à déménager le week-end précédent lors d'un second entretien. Elle écrit alors que « ce qui peut être un objet d'étude intéressant pour le clinicien est plus gênant pour le sociologue qui veut accéder au récit d'un parcours. Il s'agit d'une incertitude de plus dans le processus de connaissance sociologique, qui porte sur la définition d'un espace d'échange commun. Or si l'incertitude n'empêche pas cet échange, elle oblige le sociologue à la prendre en considération » (pp. 305-306).

Si la gêne ressentie est ici analysée au prisme de la situation étudiée, et ouvre une réflexion sur l'interprétation clinique ou sociologique d'un discours, on peut se demander si les « incohérences » produites par des enquêtés ne sont pas de façon plus générale plus « gênantes » pour le sociologue – pour conserver son terme – quand elles sont saisies au travers d'entretiens de type « récit de vie », plutôt que *via* des études quantitatives, parce que la possibilité d'approcher une quelconque « vérité » à partir de ce type de matériau – des *histoires* de vie – a elle-même fait l'objet de vifs débats parmi les sociologues.

5.1.2.2. L'entretien biographique, une épreuve de mise en cohérence de soi

La participation à un entretien sociologique implique nécessairement de donner une certaine cohérence à sa trajectoire. L'enquêté laisse des événements de côté. Il en met d'autres en avant, au contraire, en les décrivant longuement à l'enquêteur ou en insistant sur leur importance. Et puis il établit des liens logiques entre les pratiques, les situations, les expériences, les émotions ou encore les événements décrits. Pour ne donner qu'un exemple de la construction de ces liens logiques, Baptiste Brossard (2014) montre bien dans ses travaux consacrés aux pratiques d'automutilation chez les adolescents comment les abus sexuels prennent la forme pour eux d'un « discours explicatif total » dans les entretiens réalisés ; un discours dont il relève qu'il est formé – au sens d'enseigné ou d'inculqué – à travers leurs entretiens avec des psy, mais aussi à travers leurs conversations sur des forums internet dédiés à ces pratiques, où ce « discours explicatif total » est repris et diffusé : le pratiquant qui ne se sent pas concerné par cette explication est incité

par les autres forumeurs à chercher dans ses souvenirs s'il n'a pas occulté un événement de ce type, qui aurait pu survenir durant son enfance.[313]

Ainsi le récit biographique, qu'il prenne la forme d'un entretien ou de toute autre forme de mise en récit de soi, est une construction de la façon dont les individus se racontent, à un moment donné, comme l'ont souligné Pierre Bourdieu (1986a) et Michaël Pollak (1986) dans des articles publiés dans une même livraison des *Actes de la recherche en sciences sociales*.[314] Le premier soutient que l' « on est sans doute en droit de supposer que le récit autobiographique s'inspire toujours, au moins pour une part, du souci de donner sens, de rendre raison, de dégager une logique à la fois rétrospective et prospective, une consistance et une constance, en établissant des relations intelligibles, comme celle de l'effet à la cause efficiente ou finale, entre les états successifs, ainsi constitués en étapes d'un développement nécessaire » (p. 69) ; et le second écrit qu' « en racontant notre vie, nous essayons généralement d'établir une certaine cohérence au moyen de liens logiques entre des événements-clés (qui apparaissent alors sous une forme de plus

313. On retrouve là, d'une certaine façon, ce que Bernard Lahire (2018a) a pu qualifier de « culte de l'événement déterminant » (p. 181-187), dans une critique de l'importance accordée par la psychanalyse aux primes socialisations – une critique aussi formulée par Howard Becker (1964).

314. Ce numéro des *Actes* a suscité (et suscite encore, dans une bien moindre mesure) de nombreux commentaires (Dubar, Nicourd, 2017, pp. 32-38). Revenant une vingtaine d'années plus tard sur la publication de l'article de Pierre Bourdieu et ce numéro spécial (qui portait le titre-même de l'article de Pierre Bourdieu, « l'illusion biographique », et dans lequel avaient notamment été intégrées ses analyses, développées avec Michaël Pollak à partir de matériau biographiques), Nathalie Heinich (2010) soutient qu'il eut mieux fallu mettre en exergue – « saluer », en fait – les conditions de production de ces récits et parler d'un « travail biographique » pour en rendre compte, plutôt qu'employer les termes d' « illusion biographique », qui disqualifient d'emblée tout discours sur soi (p. 428). La position de Pierre Bourdieu à l'égard de ce type de matériau ne fut en fait pas si radicale, comme en témoigne sa direction de *La misère de monde* (1993a) quelques années plus tard. Durant la décennie suivante, les débats au sein de la discipline sociologique se sont après cela déplacés vers une critique, portée notamment par Didier Demazière et Claude Dubar (1997), des usages des entretiens dans l'argumentation sociologique. Ainsi Claude Dubar les distingue-t-il par exemple en trois types, dans un commentaire critique d'un article de Janine Pierret (2001) : « Certains [sociologue] s'en servent pour illustrer des propositions explicatives de type causal, issues soit de théories préexistantes, soit d'interprétations de relations statistiques produites par ailleurs. Certains s'en servent pour restituer, de manière nécessairement sélective et partiellement reconstruite, des témoignages censés décrire des situations ou rendre compte d'expériences vécues. D'autres enfin tentent d'analyser, de condenser et de classer ces entretiens en dégageant des formes de récits servant de base à une interprétation des significations ainsi dégagées » (2001, pp. 35-36).

en plus solidifiée ou stéréotypée) et une continuité par la mise en ordre chronologique » (p. 52).

Leurs conclusions s'opposent néanmoins : si Pierre Bourdieu insiste sur la construction de ces récits biographiques, les qualifiant d' « illusion biographique », et interroge leurs conditions de production, Michaël Pollak met l'accent sur le fait qu'ils « doivent être considérés comme des instruments de reconstruction de l'identité et pas seulement comme des récits factuels » (p. 52). Analysant les propos recueillis auprès d'une survivante des camps de concentration, Ruth A., il avance ainsi que ses « blocages » et ses « silences » témoignent « d'une réflexion sur l'utilité même de parler et de transmettre son histoire » quand son emploi des termes d' « allemand » et « juif », auxquels elle s'intègre parfois et s'exclut d'autres fois, révèlent un « travail d'identification » au travers duquel le sujet « fait coïncider son propre sens de soi, son identité, avec ce qui est socialement considéré comme normal » (*ibid.*).

Revenons enfin sur un autre apport, en dehors de ce débat, fournit par Peter Berger dans son *Invitation à la sociologie* (2006 [1963]). Décrivant comment les personnes qui ont connu d'importantes mobilités, pouvant être par exemple géographiques et/ou sociales, transforment peu à peu la façon dont ils se racontent, en laissant de côté certains événements de leur vie et en donnant plus d'importance à d'autres, il conclut : « On ne rectifie le passé que là où c'est nécessaire, on laisse intact tout ce qui peut s'intégrer à notre image de soi du moment » (p. 96).

5.1.2.3. Une épreuve de cohérence dans une situation de ré-ordonnancement biographique

En reprenant des éléments de ces deux ensembles de travaux, on peut faire l'hypothèse logique que, lorsque les individus sont confrontés à une situation de ré-ordonnancement biographique intense, ils encourent un risque important d'énoncer ce qui peut s'apparenter à des « incohérences » ou à des « oublis », pour leur locuteur, qui ne sont ni plus ni moins que *des traces* d'un renouvellement en cours de la place qu'ils confèrent à des événements de leur vie, du sens qu'ils leur donnent et des liens logiques par lesquels ils interprètent leurs enchaînements. Poursuivant ce raisonnement, on pose donc l'hypothèque réciproque suivante : l'enregistrement *répété* de ce qui peut s'apparenter à des incohérences dans les propos d'enquêtés révèle des situations de ré-ordonnancement biographique dont il convient d'interroger les ressorts, à un niveau qui n'est pas individuel.[315]

315. Insistant sur la dimension non-individuelle de ces *traces*, je mets à distance des lectures individualisantes des incohérences du type de celles soumises à l'analyse, qui tendent à les

En prison, cette entreprise de ré-ordonnancement biographique est certainement favorisée par l'isolement et l'inactivité auxquels sont confrontés les détenus : la situation d'emprisonnement favorise l'introspection, le dialogue intérieur et la vie imaginaire (Chauvenet, Rostaing, Orlic, 2008, p. 55 ; Wiley, 2016). À cela s'ajoute le fait que le face-à-face avec soi et la sédentarité forcée peuvent décupler l'attention portée au corps et à sa santé.[316] Ce qui pouvait sembler « normal » ou ne pas exister peut alors devenir « anormal » voire accaparer les pensées, comme on le voit par exemple à la façon dont M. Toussaint, détenu depuis trois mois, décrit un « bouton » présent sur sa verge depuis plusieurs années et auquel il ne songe pas « à l'extérieur » mais qui l'inquiète depuis qu'il est en prison, comme cela fut déjà le cas lors d'une précédente incarcération (Encadré V). Ces éléments apportent déjà des clés permettant de comprendre ce qui, en prison, favorise la mise en œuvre d'une entreprise de ré-ordonnancement biographique et l'importance donnée à son corps et sa santé dans ce nouvel ordre biographique, mais centrons nous maintenant sur le ré-ordonnancement de l'événement nous intéressant plus spécifiquement : le moment où le diagnostic a été reçu.

Les détenus médicalisés en prison sont soumis à des dispositifs (procès pénal, consultation entrant, consultation d'annonce...) qui, successivement et par la répétition, les somment de se raconter tout en les problématisant à travers l'usage de certains registres, parmi lesquels celui de la santé. Leurs « incohérences » concernant le moment où le diagnostic a été « appris » peuvent ainsi trouver une explication dans le *pouvoir de mise en récit* des dispositifs de la pénalité qui, pour reprendre une formule de Patrick Boucheron (2016), ont la capacité de « réorienter les récits de vie de ceux qu'ils dirigent ».[317] Deux parallèles renforcent cette thèse. Alors que, d'un côté, les travaux décrivant des récits incohérents, décousus ou hésitant recueillis auprès de détenus interviewés portent sur un

présenter comme un « déni » ou, autrement dit, comme une réaction individuelle de négation d'une réalité objectivée pouvant constituer une étape dans l'incorporation d'un énoncé médical. Voir par exemple Nancy A. Brooks et Donald R. Matson (1982).

316. Comme l'écrit Luc Boltanski : « si les individus portent d'autant moins attention à leur corps et sont avec lui dans un rapport d'autant moins conscient qu'ils sont plus fortement tenus d'agir physiquement, c'est peut-être que l'établissement d'un rapport réflexif au corps est peu compatible avec une utilisation intense du corps » (1971, p. 122)

317. Je reprends ici un passage de sa leçon inaugurale au Collège de France, au cours de laquelle il observe que « tout pouvoir est pouvoir de mise en récit » : « Cela ne signifie pas seulement qu'il se donne à aimer et à comprendre par des fictions juridiques, des fables ou des intrigues ; cela veut dire plus profondément qu'il ne devient pleinement efficient qu'à partir du moment où il sait réorienter les récits de vie de ceux qu'il dirige. »

Encadré V. « À l'extérieur, même pas ça me traverse l'esprit ! » Une attention aux « anormalités » du corps décuplée en prison

« M. Toussaint : Je vais vous dire franchement, la dernière fois que j'ai été au docteur, c'était je crois [année : il y a trois ans].

L. M. : Vous vous souvenez pour quoi c'était ?

M. T. : *[long silence]* Ah, c'était pour l'ulcère ! Voilà ! C'était pour l'ulcère ! C'était [année : il y a trois ans] ou [année : il y a deux ans]... Non, [année : il y a deux ans], parce que je faisais la formation pour magasinier quand j'étais sorti... Et j'ai demandé un bilan... Comment ça s'appelle quand on fait le bilan, là ? Bref, j'ai demandé la complète ! J'ai demandé un bilan, la totale, pour savoir qu'est-ce que j'ai, qu'est-ce que j'ai pas, et en même temps pour me dire ce que j'avais pour l'ulcère. Et le docteur il m'a dit depuis [année : quatorze ans] j'étais pas venu le voir *[riant]* ! Et il m'a dit : "Y'a pas de problème, vous êtes en très bonne santé." Après, à l'Ucsa j'y suis allé une fois, mais ils m'ont pris pour un con. Ils [les gradés] m'avaient mis dans une cellule mais laissez-tomber : la fenêtre, c'était même pas une fenêtre ! Le vent, il passe déjà à travers, mais je sais pas comment ils arrivent à se démerder : au lieu de changer la vitre – parce que moi on me dit tu changes la vitre, je la change entière –, mais eux qu'est-ce qu'ils font ? Ils voient le niveau où c'est cassé, ils le coupent, il calculent ce qui manque, et ils rajoutent un morceau. Alors le vent, il passe, mais multiplié par mille ! Et ça c'était dans ma cellule, et on n'a pas le chauffage, ça marche pas. Et on est en décembre ! Moi j'avais trop froid, je suis tombé malade ! [...] J'ai écrit [à l'Ucsa], ils m'ont même pas répondu. Et un jour, j'en profitais que j'allais chercher des médicaments à [nom : l'antenne du centre de dépistage anonyme et gratuit, située au quartier arrivant].

L. M. : Mais pourquoi vous alliez chercher des médicaments là-bas ?

M. T. : C'est gênant... Je peux pas vous parler de ça *[riant]*. Ben j'avais une verrue, voilà... un bouton quoi...

L. M. : Ok, un bouton sur le sexe quoi !

M. T. : Ouais ! *[riant]* Voilà c'est un truc... *[riant]* Mais même à des détenus, même à eux j'en parle pas ! Et l'Ucsa, ils s'occupent pas de ça. L'Ucsa, ils ont trois médicaments. On voit les armoires, on croit qu'il y a plein de trucs dedans, mais ils ont trois médicaments : Smecta, Doliprane et je sais pas quoi. Alors qu' [nom : au centre de dépistage], ils ont un laboratoire et tout alors je suis allé les voir. Et je lui ai demandé [à l'infirmier] pour pas faire compliqué, qu'il reprenne la dernière fois que j'étais venu [en prison], et il m'a dit : "C'est le même problème que la dernière fois." En plus, c'est un problème... euh... Quand j'étais parti [de prison] on m'a dit : "Ouais, c'est..." J'ai rien compris, on m'a dit que c'est les nerfs qui me fait ce bouton. Depuis [année : sept ans] ! Depuis [année : sept ans], j'ai ce bouton !

L. M. : Et avant, vous vouliez pas savoir ce que c'était ?

M. T. : Après quand je suis chez moi – vraiment – je m'en fous ! *[riant]* À l'extérieur je m'en fous ! À l'extérieur, même pas ça me traverse l'esprit... On dirait qu'à l'extérieur... je sais pas... Je sais même pas comment dire. C'est un truc de malade ! On dirait que j'ai la tête en l'air quand je suis dehors. Même pour un rendez-vous, vous savez que la prison, elle tape beaucoup sur le système mental ! Vous imaginez qu'à cause de la prison, j'ai même pas la notion du temps ! Je respecte même pas le temps ! »

[Entretien avec M. Toussaint, détenu depuis trois mois en maison d'arrêt.]

registre central de ce travail de mise en récit, à savoir les infractions pénales justifiant légalement l'incarcération (Auburn, 2005 ; McKendy, 2006), et que, d'un autre côté, le sur-investissement dans des pratiques religieuses durant une incarcération peut se rapprocher de celui observé en ce qui concerne la santé – ces pratiques ont de fait été analysées comme « un outil de ré-ordonnancement de soi » (Galembert et *al.*, 2016) –, les sociologues ayant étudié ce sur-investissement n'ont semble-t-il pas enregistré ce qui pourrait s'apparenter à des incohérences dans les récits recueillis auprès de détenus concernés. Or, on relèvera que contrairement au registre de la santé ou de l'infraction pénale, le registre de la religion n'est pas mobilisé par les institutions judiciaire et carcérale ; les prévenus ne sont pas systématiquement incités à parler de leurs pratiques religieuses lors du procès pénal – la religion n'est pas, à ce jour, un registre investigué dans la construction de la « personnalité » –, les arrivants en prison ne passent pas non plus d'examen religieux systématique et, s'ils sont questionnés sur leurs pratiques religieuses par le personnel pénitentiaire dans le cadre des entretiens arrivants lorsque sont abordés leurs éventuels interdits alimentaires, ils ne sont de même jamais incités par l'administration pénitentiaire à s'investir dans de telles pratiques ou à « profiter » de l'incarcération pour rencontrer un religieux intervenant dans l'établissement : leur ordre biographique n'est pas mis à l'épreuve, en ce qui concerne ce registre, par les dispositifs de la pénalité.

5.2. L'interprétation de sa trajectoire

Les entretiens réalisés permettent d'observer comment les patients détenus interviewés racontent leur parcours, sur quels types d'événements ils s'attardent et comment ils les interprètent.[318] « *C'est comme ça que ça a commencé* », soutient par exemple M. Darmane, tandis qu'il décrit son parcours d' « enfant de la Ddass » à la manière d'un « effet de destin » (Bourdieu, 1993a), associant son placement et un événement, avoir « claqué la dame » de sa famille d'accueil, à un autre : le début de « la violence ».[319] « *J'ai perdu ma mère en 95 et c'est à partir de 95 où j'ai*

318. Ce que Claude Dubar (1998) a pu appeler des « trajectoires subjectives », en opposition à des « trajectoires objectives » : « On appellera "trajectoire objective" la suite des positions sociales occupées par un individu ou sa lignée. […] On appellera "trajectoire subjective" cette intrigue mise en mots par l'entretien biographique et formalisée par le schème logique, reconstruit par le chercheur grâce à l'analyse sémantique » (p. 77-78).

319. Pierre Bourdieu décrit cet « effet de destin » en ces mots dans *La misère du monde* : « les confrontations avec le préjugé raciste ou avec les jugements classificatoires, souvent stigmatisants, des personnels d'encadrement, scolaire, social ou policier, qui, à travers l'effet de destin qu'ils exercent, contribuent très puissamment à produire les destinées énoncées et

commencé à faire un peu de... à tomber un p'tit peu dans... dans la délinquance », observe de son côté M. Kasmi, qui lie son entrée « dans la délinquance » au décès de sa mère, survenu à la même période. On retrouve une même association dans le récit de M. El Kaouha, qui raconte : « *J'ai perdu un frère, en 1994* » et c'est ce « *qui a déclenché tout ça* » ; de « travailleur » et « bosseur » il serait alors devenu « très nerveux » et « très bagarreur ». Dans quelle mesure leurs récits ont-ils été *formés* par le traitement institutionnel ? Après avoir décrit comment cette question s'est imposée à moi durant l'enquête, je m'attacherai à restituer les *procédés interprétatifs* mobilisés par un patient détenu (s')expliquant sa trajectoire lors d'un entretien : celui-ci a la particularité d'être qualifié de « détenu modèle » par l'ensemble des professionnels de la prison ; son adhésion au projet de l'institution est ainsi perçue comme étant précisément intense : qu'est-ce que son récit nous dit de ce projet ?

5.2.1. Une psychologisation de soi

Durant les entretiens réalisés en prison avec des détenus, j'ai souvent eu le sentiment de ne pas parvenir à adopter le « bon positionnement ». À divers endroits de mes carnets de terrain, les mêmes quelques mots griffonnés : « *J'ai l'impression d'être une psy.* » Cette sensation me semble dans un premier temps imputable à ma façon de procéder et, en d'autres termes, je mets globalement en doute mes compétences de sociologue. Mais je m'interroge toujours quand même : pourquoi n'ai-je jamais connu pareil sentiment, dans le cadre d'autres mini-recherches, en réalisant par exemple des entretiens avec des joueurs de *World of Warcraft* conduisant leurs « raids » depuis un cybercafé parisien (Mahi, Noble, 2008) ou avec des journalistes demandant l'asile en France et hébergés par une association (Mahi, 2009) ?[320] Est-ce seulement une question de compétence et de maîtrise des méthodes d'enquête employées ? Cette sensation de malaise ne résulte-t-elle pas plus du fait que *j'oblige* aussi, d'une certaine façon, les patients détenus interviewés à se soumettre à l'injonction observée, en leur demandant de se raconter, prolongeant de fait le « travail biographique » (Chantraine, 2003 ; 2004) qui est attendu d'eux. Mais dans ce cas, pourquoi m'assimilé-je à une psy et pas, par exemple, à une assistante sociale, une conseillère pénitentiaire ou une juge ? Je poursuis alors les entretiens en me demandant si ce n'est pas *à qui* je pense que les enquêtés m'assimilent dans la configuration de l'entretien qui expliquent ce sentiment – où *je* est notamment une femme, non détenue et

annoncées » (p. 132).

320. Ces enquêtes ont été conduites par entretien auprès d'une population dont le ratio femmes/hommes est de plus assez similaire à celui de cette recherche.

s'efforçant de faire parler. Je serais une « psy », parce que je pense que les enquêtés me perçoivent ainsi – ce que Charles H. Cooley (1902) a théorisé avec la notion de *looking-glass self*, dont l'idée principale peut être traduite comme suit : je suis ce que je pense que les autres pensent que je suis.[321] Après la phase d'enquête cependant, en conduisant une analyse transversale de l'ensemble des entretiens réalisés, il m'apparaît finalement que les récits recueillis semblent plus simplement avoir été travaillés, répétés et formés, et cela tout spécifiquement par la discipline psychologique – mais pas uniquement comme on le verra ensuite.

5.2.1.1. "Moi Madame, mon histoire elle est simple"

Les premières minutes de l'entretien réalisé à la maison d'arrêt des hommes de Servoud avec M. Belhadj, dont je reproduis un large extrait parce qu'il me semble que ce n'est qu'ainsi que je peux restituer la sensation éprouvée d'être « une psy » – car la capacité des enquêtés à parler longuement de soi sans relance de ma part l'explique en partie – témoignent me semble-t-il de façon édifiante de la formation de son récit. Après que je lui ai représenté le cadre de cette recherche, je dis « donc vous avez des problèmes de santé » et, avant que je poursuive en lui posant une première question, M. Belhadj raconte aussitôt :

> « Moi Madame, mon histoire elle est simple. Quand je suis venu de l'Algérie en 93, ma mère elle avait pas dit à mon beau-père qu'elle était mariée et divorcée. Qu'elle avait d'autres enfants. Lui, il a ses propres fils qui sont ici ; vous devez les connaître : c'est la famille [nom : Haddad/Otmane].[322] Ils sont connus. Lui [M. Haddad], c'est ses enfants à lui [mon beau-père]. Et ses propres enfants il les a jetés dehors. Moi je me suis retrouvé, moi, dehors. C'était pas ma faute après. Les gens ils m'attrapaient la nuit, à trois heures du matin, à cinq heures du matin. Des fois, j'étais allongé sur un banc ou sur des cartons. Et les gens ils se posaient des questions : "Comment ça se fait, un enfant de neuf ans dehors, à trois heures du matin ?" Et moi, les personnes m'ont attrapé, ils m'ont emmené au commissariat et les policiers m'ont emmené à la maison. Mais moi, pendant qu'ils partaient la police, je me retrouvais quoi ? Séquestré dans une chambre dans le noir, attaché avec les

321. Pour une introduction à la sociologie de Charles H. Cooley, voir Baptiste Brossard (2016).

322. Il s'agit de la famille de M. Haddad et M. Otmane, qui ont aussi participé à un entretien et portent en réalité le même nom. Les noms de famille ayant pour seule fonction dans cette thèse de permettre de suivre les interviewés et d'effectuer des recoupements entre les chapitres – il me semble plus aisé de mémoriser un nom qu'une lettre ou un nombre –, ils ont été anonymisés avec deux noms différents. Précisons aussi que c'est de M. Haddad qu'il est question juste après dans cet extrait d'entretien, car M. Otmane n'a pas encore été réincarcéré au moment où il se déroule.

> mains et les pieds sur une échelle à être frappé. J'étais battu. Le manche à balais éclaté sur les pieds, le couteau il me l'a mis là *[montrant sa gorge]* et tout. Et... ma mère, elle avait peur de lui. Parce que mon beau-père, il est né en 1932. Quatre-vingt huit ans il a. Ma mère, quarante-cinq. Et lui, c'est un ancien combattant, un ancien harki et tout. Et il est... Moi je me suis retrouvé battu et tout. Et [année : il y a dix ans], je me suis échappé et c'était l'hiver, il faisait froid. Je me suis réfugié dans un train. Un train garé à la gare. Et le train je sais pas, il a pris feu : il a explosé. Je me suis retrouvé un mois dans le coma. J'ai eu une intoxication pulmonaire. Au début, quand je me suis réveillé, j'ai passé des examens et tout, et on m'a donné un truc comme ça, avec un truc en mousse dedans, et je devais le faire monter au maximum. Je devais cracher. Mais tellement je faisais ça, je crachais tout noir et tout. Donc ils ont décidé cette opération, l'intubation, pour m'aider à respirer, pour nettoyer mes poumons. Mais moi j'ai pris peur, j'ai arraché la perfusion, le truc du cardio' et tout, et je me suis échappé. Et.... Et de là, ça s'est aggravé. Jusqu'à maintenant. Des fois, j'ai la respiration qui me bloque et j'arrête pas de cracher du sang, de vomir du sang, ça bloque. J'ai fait des examens [année : il y a trois ans]... » [M. Belhadj, détenu depuis trois mois.]

M. Belhadj fait successivement et sans interruption ou relance de ma part référence à son parcours migratoire, à l'union de ses parents, à l'histoire coloniale de l'Algérie et à la violence de son père pour (s')expliquer comment il a eu une intoxication pulmonaire. Il énumère ces événements les uns après les autres de façon chronologique, il livre quelques informations sur les protagonistes en jeu et il précise à chaque fois des dates, me permettant ainsi de situer ces événements dans le temps tandis qu'il les énonce : la naissance de son père en 1932, leur arrivée en France en 1993, l'explosion du train en 2001, les examens médicaux en 2008. Ce récit enfin, il le présente comme son « histoire ».

5.2.1.2. "J'ai pas réussi à régler le problème, interne comme externe"

Avant de poursuivre, prenons un second exemple permettant d'étayer la sensation éprouvée d'être une « psy » avec le discours produit par un autre enquêté, M. Stocovic, détenu au centre de détention d'Alauposo. À la suite de l'une de mes relances, concernant sa libération de prison, il raconte :

> « *L. M. : Et vous savez quand vous sortez ?*
> Sans compter les RPS[323], en [mois/année : dans un an]. Mais les RPS, c'est incompréhensible. La première année de prison, à [ville : une maison d'arrêt], ils m'ont donné quinze jours de RPS alors que j'avais eu aucun rapport. La deuxième année, je suis passé trente fois au moins au prétoire et

323. Réductions de peine supplémentaires.

ils m'ont donné cinquante-cinq jours. Ça a été calculé à l'arrache : je foutais le bordel, je travaillais pas, je foutais vraiment le bordel, je faisais entrer du LSD[324], du haschisch, de la came. Les premières années que j'ai passées ici, c'était n'importe quoi. Ils sont venus plein de fois me chercher en brancard : je prenais des médocs, des psychotropes, des neuroleptiques. Dehors, c'était des soirées, de l'électro, du rock'n roll. C'était plus cocaïne, seulement de la pasta – c'est de la pure, de la 100% –, et puis un peu de came. De nature, je suis misanthrope. Moi j'ai été violé à huit ans et j'ai effectué un espèce de pétage de plomb avec moi-même et je me suis reculé vis-à-vis de tout le monde : je fréquentais plus personne, je parlais plus aux gens. Et quand j'ai pris de la drogue, je me suis mis à retourner vers les gens. J'étais à nouveau sociable. À titre personnel, je suis un enculé. Je le dis : j'aime pas les gens et il suffit qu'il y ait un peu de drogues et je vais vers les gens. J'ai pas réussi à régler le problème, interne comme externe : j'ai arrêté les drogues, j'ai vu un grand nombre de psychologues et psychiatres depuis que je suis petit... J'ai remarqué que tous les psychiatres et les psychologues me disaient : "Ça va s'arranger, bien sûr" et en fait je voyais que ça repartait plus vers le bas que ça pouvait remonter. Ils me disaient : "Vous allez apprendre à vivre avec." Est-ce que c'est ça qui me bloque, aujourd'hui ? Je sais pas. J'ai fait le point, je crois. Il a pris cher vous savez. Mon père, c'était un légionnaire à l'époque... donc il lui a fait du mal, il l'a... il l'a séquestré. J'étais trop petit donc je m'y intéressais pas. Moi, perso, je voulais pas en parler. J'avais huit ans, il en avait seize... on était partis dans la forêt pour faire un cours sur les champignons, sur ceux qui sont comestibles, ceux qui le sont pas et tout, et il a réussi à m'écarter un peu du groupe jusqu'à m'écarter complètement. Et sur le coup, j'étais trop choqué, mais il y avait Loïc – un bon copain – qui était là. Il pouvait rien faire lui non plus, il avait douze ans et l'autre seize, grand black super baraque. Et c'est lui qui est allé dire ça, il en a parlé... Ça a créé un nombre de problèmes... S'il en avait pas parlé, si ça se trouve, il y aurait pas eu de problèmes. De [ville] à [autre ville], le trajet, je me souviens qu'on le faisait en cinquante minutes aller et cinquante minutes retour. Et quand mon père a été appelé, il a fait le trajet en quinze minutes. Il avait un flingue. Heureusement, ma mère l'avait déchargé. Elle a bien fait. Je me dis que par rapport à l'antérieur, j'ai grave évolué. Au fur et à mesure, j'ai été obligé d'apprendre à vivre avec ça. Après, j'aurais pu me mettre une balle dans la tête, mais j'ai pas le courage. Et pourtant, mon passe-temps c'était l'auto-destruction. Je tournais tout à l'auto-dérision avec auto-destruction. Je prenais que de la came, de la coc'. J'ai fait trois mois en Thaïlande, et puis en

324. Lysergsäurediethylamid.

> rentrant j'ai fait six mois de détox' tout seul chez moi, en mode *no life* : *Counter-Strike*-shit-alcool enfermé chez moi. » [M. Stocovic, détenu depuis trois ans.]

Il mentionne d'abord le nombre de jours de réduction de peine attribué par la juge de l'application des peines et son calcul « incompréhensible », ce qui l'amène à revenir sur des rapports rédigés par la direction de l'établissement à propos de ses consommations de drogues en prison, puis à décrire ce qu'il consommait hors de prison ; des pratiques qu'il explique en revenant sur un viol subi durant son enfance et dont il interprète les effets sur lui en rapportant des souvenirs de discours psychologiques tenus à son propos durant son adolescence.

5.2.1.3. Une prime socialisation à la discipline psychologique

Sur la forme, les récits de M. Stocovic et M. Belhadj montrent d'abord une capacité à parler longuement de soi, sans questions ou relances de ma part – autres qu'un langage corporel qu'il m'est difficile de restituer. Leurs récits montrent ensuite que leur réflexivité est importante[325] et, sur le fond, ils comportent quelques similitudes en ce qui concerne les types d'événements énoncés et les procédés interprétatifs mobilisés. M. Belhadj et M. Stocovic parlent – sans incitation de ma part – d'événements vécus durant leur enfance, présentés sur un versant traumatique : « j'étais battu », « j'ai été violé ». Ils associent leurs pères à ces événements, tout en les décrivant selon des figures d'autorité : « un ancien harki » ou « un ancien légionnaire ». Et ils expliquent la survenue d'autres événements par ces traumatismes : l'accident de train et l'infection pulmonaire ; l'autodestruction et la consommation de drogues. De même qu'ils s'expliquent à partir d'eux : « Je suis misanthrope », « j'étais à nouveau sociable », « je suis un enculé », dit M. Stocovic ; « Il m'a fait du mal, mais moi je suis quelqu'un qui a un bon cœur, moi », soutient plus tard durant l'entretien M. Belhadj. Enfin, M. Stocovic et M. Belhadj précisent l'un comme l'autre avoir eu de nombreuses interactions avec des psychologues et psychiatres depuis leur enfance, le premier ayant vu un « grand nombre de psychologues et psychiatres » et le second ayant « connu plusieurs associations qui [l']aidaient, qui aident les mineurs en difficulté » avant de consulter ensuite des psychologues. N'ont-ils pas appris à énoncer *ces* événements, à construire ces liens logiques entre eux et à s'expliquer à

325. Cette observation est à rapprocher d'autres ; étudiant des processus de conversion de « jeunes délinquants » formés au métier d'éducateur, Isabelle Coutant (2008) observe ainsi : « Le récit de soi, sollicité à différentes occasions par les agents institutionnels, encourage la disposition à la réflexivité : il s'agit de mettre en cohérence sa biographie, de fournir *a posteriori* des éléments explicatifs à ses comportements » (p. 138).

partir d'eux en écho aux questions auxquelles ils ont déjà eu à répondre, régulièrement, et cela depuis leur enfance, ainsi qu'aux principes à partir desquels leurs réponses ont été alors interprétées par ces professionnels ?

5.2.2. Le récit d'un "détenu modèle"

Quelles formes les « histoires » des patients détenus prennent-elles lorsque leur adhésion aux projets de l'institution carcérale, judiciaire et médicale est précisément intense ? Poursuivons l'analyse de la formation d'un discours sur soi à travers le traitement institutionnel en nous intéressant au récit d'un patient détenu qui a la particularité d'être qualifié de « détenu modèle » par l'ensemble des professionnels engagés dans son traitement.

Je rencontre M. Maillard au centre de détention d'Alauposo, après qu'un infirmier, M. Martin, m'a suggéré de réaliser un entretien avec lui : l'engagement de son patient dans des soins depuis l'incarcération le conforte dans le bien-fondé de sa mission en prison. M. Maillard accepte de prendre part à un entretien aussitôt après que je le lui ai proposé, tout en me prévenant que son emploi du temps est chargé : il travaille tous les jours de la semaine au « sas-livraison » du centre de détention depuis trois mois, et cela jusqu'à 16 heures. Compte tenu de cela et du fait que les locaux de l'infirmerie, où je réalise les entretiens, sont fermés à partir de 17 heures, l'entretien se déroule en deux temps : M. Maillard me retrouve une première fois dans l'un des bureaux de l'infirmerie juste après avoir fini son travail – il arrive essoufflé vers 16h10, encore vêtu de son uniforme, s'excusant : « *Je viens de finir le travail, j'ai fait au plus vite !* » ; nous reprenons l'entretien quelques jours plus tard, au même endroit et à la même heure.

Le premier entretien porte sur son quotidien depuis le placement en prison ; le second retrace son parcours jusqu'à l'incarcération. Entre les deux entretiens se déroule un événement qui a de l'importance pour M. Maillard : il reçoit un courrier d'une juge de l'application des peines. Le courrier l'informe que sa demande de « permission de sortir » a été rejetée et que des jours de « réduction de peine supplémentaires » lui ont été attribués. Il connaît donc désormais la date de sa libération de prison. Par la description de ces entretiens – et en commençant par revenir sur le second des deux entretiens –, je propose de poursuivre l'analyse de la formation d'un discours sur soi en interrogeant la présence de concordances entre les procédés interprétatifs mobilisés par ce « détenu modèle » et les principes guidant les actions des groupes de professionnels qui l'ont « pris en charge » aux différentes étapes – qu'il identifie – de sa trajectoire.

5.2.2.1. L'entrée dans la toxicomanie

M. Maillard est le benjamin et unique garçon d'une fratrie de trois enfants. À ses onze ans, après la mort de son beau-père, il est placé dans un foyer : « *De la mort de... de 1991... de la mort de mon beau-père – mais bon c'était pareil. De 1991 à 1995, j'ai été en foyer. De onze à quinze ans. Ma mère voulait plus s'occuper de moi. Je faisais que des conneries, j'étais livré à moi-même, elle avait pas la force, enfin l'autorité quoi.* » Il se « fait virer » du foyer peu de temps après ce placement, et il retourne finalement vivre avec sa mère et ses deux sœurs aînées quelques années plus tard, parce qu'il était « racketté par les gars » dans le second foyer où il avait été placés. À son retour au domicile familial, un conflit l'oppose néanmoins rapidement au nouveau compagnon de sa mère : il « ne voulait pas que je sois à la maison ». Au cours des mois qui suivent, il cesse d'aller au collège, il intègre brièvement une formation professionnalisante dont il dit peu se souvenir et il tente d'intégrer les rangs de l'armée, sans succès. Il se retrouve alors « à la rue » et c'est là, soutient-il, que « ça a commencé ».

M. Maillard identifie trois conditions l'ayant conduit à devenir « toxicomane ». D'abord, le fait d'être « tombé SDF » : « *C'est la rue qui m'a fait tout déclencher : la drogue, l'alcool.* » Ensuite, sa fréquentation régulière de *rave party* auxquelles un ami « teuffeur », qu'il appelle « mon frère », l'a initié : « *Après, quand on est dans les raves, ceux qui disent : "je suis ici pour la musique", c'est pas vrai... Le boum-boum-boum, ça éclate personne... Souvent, si on fait des raves party c'est parce qu'il y a de la drogue à ne plus savoir qu'en faire.* » Enfin, le fait d'avoir été entouré de « toxico » avant de lui-même « tomber dedans » : « *Tous les gens autour de moi étaient des toxico, alors c'était sûr que j'allais tomber dedans.* » La consommation de drogues est ensuite, de façon similaire, décrite à la manière d'un processus : c'est « un engrenage ».

M. Maillard décrit sa « toxicomanie » par la mise en évidence du pouvoir – tel qu'il est du moins présenté par les agences sanitaires – de plus en plus addictif des produits consommés et par l'évolution progressive de ses modes de consommation. C'est avant tout l'acceptabilité sociale des produits consommés et des modes de consommation qui structurent l'ordonnancement de l'« engrenage ». Il dit ainsi qu'il y a eu d'abord « la bière depuis gamin ». Puis du « shit et de l'alcool » lorsqu'il est « tombé SDF ». Ensuite « la coke, le LSD » quand il a vécu chez son « frère ». Après « l'héro' », dans laquelle il ne voulait pas « tomber » précise-t-il, mais que quelqu'un lui a appris à goûter, à sniffer, puis à fumer. Ensuite les « shoot » d'héroïne à son arrivée à Paris où, explique-t-il : « *Je suis parti comme ça, de moi-même, tout seul.* » Enfin, le crack et les « shoot de Skénan[326] » : « *Mon dealer est*

326. Le Skénan est un médicament à base de morphine classé « stupéfiant ».

tombé en prison, alors je suis tombé dans le médoc. […] J'étais skenan-crack-skenan-crack. J'ai fait ça non-stop, à faire la manche et à me piquer. » Il se consacre à chercher des médecins acceptant de prescrire à ses amis et à lui le médicament morphinique lorsque sa copine lui apprend être enceinte. Ces dix années d' « engrenage » prennent alors fin subitement : à cette annonce, « d'un coup », il a « tout arrêté ».

Dans cette partie de son récit, M. Maillard livre une interprétation de la façon dont il est devenu « toxicomane », l'expliquant par trois conditions, la rue, le milieu festif et le cercle amical. Je le relance peu : il énonce ces événements les uns à la suite des autres, les décrivant et les situant dans le temps – ce qui traduit une capacité à parler de soi et à constituer des événements en récit. Les événements mentionnés, les liens qu'il établit entre eux et la façon dont il les interprète relève une interprétation essentiellement psychologique de cette période de sa vie, ce qui se traduit par un haut niveau de responsabilisation individuelle quant à l'enchaînement des événements énoncés. Pour reprendre une formule de François Sicot (2008 [2006], p. 621) : M. Maillard se tient pour responsable de ce qu'il devient. L'hypothèse d'une formation psychologique de son discours est renforcée par un élément : l'enquêté fait un parallèle entre ce qu'il me dit et ce qu'il a déjà raconté à des psychothérapeutes : « *J'ai vu des tonnes de psy dans ma vie et j'ai jamais autant parlé de moi à quelqu'un*. » Aussi son récit tient-il ainsi, et c'est sur cette ultime phrase que s'achève le second de nos deux entretiens : il se met à pleurer et il demande à mettre fin à l'entretien. Il avait indiqué juste avant que « ça a rien à voir » (l'une de mes relances), et confié : « *Je me sens pas bien là* » ; l'entretien « *remue trop de choses* ».[327] Revenons à présent en arrière, et poursuivons avec une autre étape de son récit, qui décrit une tentative de normalisation de son quotidien.

327. La relance concernait ses sœurs aînées. Il avait rapidement mentionné le fait qu'elles avaient aussi consommé des drogues lors du premier entretien (comme on le verra ensuite). Et, alors qu'il venait de préciser que c'étaient elles, surtout, qui l'avaient élevé, je lui avais demandé : « *Et elles, comment elles se sont retrouvées dans le produit ?* » Il répond : « *Eux [mes sœurs], c'était les années 60, ça a rien à voir, je sais pas trop leur histoire, c'était la mode, ils ont toujours traîné... avec des bikers et tout, ça a rien à voir, c'est les années 70, ça a rien à voir. Ça a rien à voir, je sais pas trop comment ils sont tombés dedans, je sais juste qu'ils ont toutes les deux été toxico. Après, ma grande-sœur, elle a remplacé un peu ma mère quand ma mère m'a mis à la porte. Mais on se parlait, on se disait plein de choses, mais j'aime pas en parler. J'aime pas du tout en parler... Ça me dérange pas de parler de moi, mais là, je ne peux pas. Je me sens pas bien là* [se mettant à pleurer]. » Peut-être, mais il ne s'agit là que d'une supposition voire d'une lecture au sens propre de l'usage de ce verbe de « remuer », la relance suggérait-elle implicitement une autre lecture des conditions l'ayant conduit à devenir « toxicomane », moins individualisante, et son rejet témoigne de son adhésion à l'interprétation psychologisante de sa trajectoire.

5.2.2.2. À la recherche d'une autonomie perdue

M. Maillard et sa compagne, alors enceinte, quittent ensemble la région parisienne. Ils rejoignent une ville bourgeoise du sud de la France où la grand-mère de son amie possède « une grande maison, [et] plein d'appartements ». Mais alors que le couple pensait habiter quelques temps dans l'un de ses appartements, la parente leur met seulement à disposition la « cabane de jardin » de sa maison. Ils ne se voient pas donner là naissance à leur enfant. Ils cherchent donc un endroit où s'établir : leurs difficultés pour accéder à un logement occupent une place centrale dans cette partie de son récit.[328] Les ressources financières du couple rendent ardues la location d'un appartement dans la région ; ils ne vivent qu' « avec le RSA[329] » et cela ne leur permet pas d'y payer un loyer. Après la naissance de leur fille, ils obtiennent néanmoins un logement « en CHRS[330] ». Puis ils renoncent assez rapidement à cet appartement, car ils se sentent « épiés » par « les assistants sociaux qui v[ienne]nt tout le temps » et leur imposent « plein de contraintes ». Ils décident donc de « faire le dossier APL[331] » et de quitter le sud de la France. La famille s'installe dans une région située plus à l'intérieur des terres et où « les loyers sont beaucoup moins chers » : la région d'Alauposo. M. Maillard précise alors : « *Même si on allait aux "Resto du cœur" et tout, je me sentais plus autonome qu'avec les assistantes sociales dans le Sud.* »

Dans cette partie de son récit, M. Maillard recourt à de multiples sigles institutionnels (« CHRS », « RSA », « APL »...), qui sont vraisemblablement une manifestation de l'intensité de ses interactions avec des professionnels de l'assistance sociale durant cette période de sa vie. L'importance allouée à la notion d' « autonomie », de même que le fait qu'il précise faire un grand nombre de choses « tout seul » tout au long de l'entretien, montrent finalement que, tout en prenant ses distances physiquement avec les services sociaux, il a en fait parfaitement intégré le principe central auquel les professionnels du secteur se réfèrent[332] : l' « autonomie ».

328. Les inégalités devant le poids de la contrainte budgétaire du logement se sont continuellement accentuées, en France, au cours des dernières décennies, comme l'a montré Fanny Bugeja-Bloch (2013) à partir d'une comparaison entre la France et le Royaume-Uni : « aujourd'hui, et c'est un phénomène récent, plus le ménage est pauvre, plus le logement exerce une pression élevée dans son budget » (p. 133).

329. Revenu de solidarité active.

330. Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

331. Aide personnalisée au logement.

332. Voir à ce titre Nicolas Duvoux (2009b).

5.2.2.3. L'homme assis dans le box

Peu de temps après l'installation de la famille dans la région d'Alauposo, M. Maillard est condamné pénalement à une peine de prison avec sursis et mise à l'épreuve pour des violences sur sa compagne. Dans le cadre de cette mise à l'épreuve, il est « suivi par le Spip » et il a une « obligation de travailler ». Mais il ne parvient pas à répondre cette obligation car il ne trouve que « du taf au black », « pour des courtes périodes ». Le couple ne parvenant plus à payer le loyer de leur logement, la famille déménage dans une autre ville de la région d'Alauposo, qui est « moins chère » que la précédente – leur nouveau lieu de résidence est aussi plus proche de la prison.[333] Puis juste après leur emménagement dans cette ville, M. Maillard « atterri[t] direct en prison ». Condamné à dix mois de prison ferme directement mis à exécution pour avoir conduit sa voiture après avoir bu de l'alcool, il est d'abord détenu durant trois semaines dans une petite maison d'arrêt de la région, construite sur le site d'un ancien abattoir et comptant une quarantaine de places, et il est ensuite transféré au centre de détention d'Alauposo.

Dans cette partie de son récit, M. Maillard interprète la succession de ses arrestations policières et de ses condamnations pénales par une consommation d'alcool qui lui « pose des problèmes ». Il explique : « *Je suis là pour l'alcool au volant. J'ai pris un an, parce que je sortais d'une mise à l'épreuve pour ça. J'avais 2,64 grammes dans le sang, j'avais pris quatre mois, puis une peine pour violences conjugales, mais c'était pas vraiment des violences, on s'était disputés et je l'avais giflée, puis encore conduite en état d'ivresse et sans permis. C'est surtout l'alcool qui me pose des problèmes* » – un discours dont on a vu comme il est formé par les professionnels de justice, qui incitent les prévenus poursuivis pour ce type de délits à « reconnaître » à l'audience avoir un « problème avec l'alcool » et à construire un lien de cause-à-effet entre « problématique alcoolique » et « conduite délictuelle ».[334] Ces quelques mots sont

333. La recherche d'un logement moins cher rapproche progressivement la famille de la prison de la région. Sur les liens entre la présence d'un établissement pénitentiaire sur un territoire et la valeur des patrimoines fonciers alentours, je renvoie aux travaux de Philippe Combessie (1993).

334. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3.2. Créditer la maladie, discréditer des prévenus », p. 68 ; « Chapitre 3, section 5. La santé dans la rhétorique judiciaire », p. 105-113. Je renvoie également aux travaux de Mathieu Grossetête (2010) qui, interrogeant la mortalité routière, met en évidence la dimension sociale de la consommation d'alcool au volant – en opposition à sa perception individuelle ou « psychologique »–, soulignant qu' « affirmer sa virilité par la vitesse ou une consommation excessive d'alcool renvoie, comme bien d'autres dispositions trop exclusivement dites « psychologiques », à des conditions sociales de possibilité. » (p. 57).

en fait les premiers prononcés par M. Maillard au début du premier des deux entretiens, qui porte sur son quotidien en prison et que je vais à présent décrire.

5.2.2.4. La seconde annonce

Quatre mois après sa deuxième visite médicale d'entrée – il a été examiné lors du placement en maison d'arrêt puis après le transfert en centre de détention –, M. Maillard est reconvoqué à l'infirmerie d'Alauposo. Une médecin-infectiologue recrutée il y a peu le reçoit pour lui annoncer que son bilan sanguin fait état d'un résultat positif au virus de l'hépatite C. M. Maillard n'apprend rien de nouveau ce jour là : cette information lui avait déjà été communiquée une dizaine d'années plus tôt, quand il était « passé au Skénan », après l'incarcération de son dealer.[335] Admis aux urgence à la suite d'une « overdose », des médecins le lui avaient « dit » : « *J'ai fait le début d'overdose, je suis parti à l'hôpital, là-bas ils m'ont dépisté. Ils m'ont dit que j'avais rien à part l'hépatite C, mais en fait je me doutais que ce serait positif : ma copine l'avait, tous mes potes l'avaient.* » Cette information n'en était alors pas une en soi – il avait appris n'avoir « rien à part l'hépatite C ». Rétrospectivement, il indique alors que soigner cette hépatite n'était « pas une priorité » : il n'avait pas « la volonté » pour cela car, s'appuiant sur l'expérience de ses sœurs aînées et de « tous [ses] potes », il savait qu' « il fallait arrêter de boire » pour prendre les médicaments. En prison, les choses changent. L'incarcération lui fait l'effet d'un « électrochoc » : « *En étant ici, autant faire le traitement [de l'hépatite C] comme je suis enfermé. […] Il a fallu que j'arrive ici pour avoir la volonté. […] l'alcool, il a fallu la prison pour que j'arrête. Ici, ça m'a fait un électrochoc. C'est la première fois que je suis en prison et je reviendrai jamais.* » La médecin-infectiologue du centre de détention d'Alauposo lui prescrit un traitement médicamenteux.

Avec ce traitement, les interactions de M. Maillard avec les professionnels de santé du centre de détention s'accroissent et se diversifient : sa prise en charge est totale. Une infirmière lui apporte chaque jour des médicaments à sa cellule et il se rend quant à lui une fois par semaine à l'infirmerie pour l'injection qui complète son traitement – et qu'il précise avoir appris à se la « faire tout seul », en se « lav[ant] les mains et tout »[336] : « *C'est trois cachets le matin, deux cachets le soir et une injection par semaine.* » En plus du traitement de l'hépatite C, deux autres produits pharmaceutiques lui ont été prescrits. L'un en prévention de sensations qu'il pourrait ressentir après l'injection d'interféron : « *Avant d'aller à l'Ucsa [pour l'injection], je prends deux Dafalgan et après aussi pour avoir moins de douleurs.* » L'autre pour

335. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 5.2.2.1. L'entrée dans la toxicomanie », p. 333-335.

336. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 4.2.3. Troisième étape : "Je fais attention à tout" », p. 308-314.

traiter une maladie dont il explique les causes et les effets en reprenant le discours tenu quelques jours plus tôt par le médecin généraliste prescripteur : « *Normalement je peux pas être au soleil j'ai attrapé la porphyrie, ça me fait la cloque sur les mains quand je vais au soleil. C'est à cause de l'hépatite C. C'est les gens qui ont l'hépatite C qui ont ça. Ça fait des plaques, ça démange en plus. C'est pour ça que je prends de l'Atarax, c'est pour ne pas me gratter... C'est pour ça que je garde mon écharpe, parce que sinon ça fait des plaques dans le cou.* » M. Maillard a également été conduit à plusieurs reprises à l'hôpital depuis l'incarcération et il souligne avoir désormais une paire de lunettes à sa vue : « *Je suis content parce qu'ici, j'ai fait les lunettes [il les montre, posées sur le bureau], là je vais me faire enlever le kyste [il montre le haut de sa joue]. J'ai été à l'hôpital hier pour me faire enlever le kyste. Normalement je devais le faire enlever hier, mais ils l'ont pas fait. Je ne sais pas trop pourquoi. Ils m'ont dit que ce serait au moins dans un mois, donc je pense que je serai sorti d'ici là. Bon c'est pas grave, tant pis, j'ai déjà fait les lunettes.* »

Néanmoins, le traitement de l'hépatite C ne « marche pas » pour le moment : « *Ils continuent pour voir si on va pas me passer en trithérapie.* » Il ne comprend pas pourquoi il n'a pas été convoqué plus tôt pour le prendre, c'est-à-dire dès l'incarcération, car il aurait pu « *le faire en prison et sortir guéri* ». Là, la médecin-infectiologue envisage de lui prescrire un autre traitement dont les effets décrits lui semblent peu compatibles avec le travail de bûcheron que le maire de la ville lui a proposé d'effectuer à sa libération de prison : « *Comme moi je suis un type A, on l'a commencé trop tard [le traitement]. J'aurais pu le faire en prison et sortir guéri, mais là, si ça marche, ça se finira [date : dans quatre mois]... mais je serai sorti d'ici là. Mais si ça marche pas, ce sera une trithérapie et là, ce sera très lourd et je pourrai pas travailler, et comme je suis bûcheron au débroussaillage, ce sera compliqué.* » Il envisage de renoncer à l'offre d'emploi du maire, considérant maintenant le traitement de son hépatite C comme plus prioritaire que l'obtention de cet emploi. Sa santé occupe une nouvelle place dans son ordre biographique.

5.2.2.5. La prison, modes d'emploi

Au-delà de sa santé, M. Maillard se dit à plusieurs reprises « content » de son incarcération et cela bien que sa fille lui manque – ce sur quoi il insiste tout autant.[337] Son enthousiasme est tel, qu'il va jusqu'à exprimer de la reconnaissance

337. En comparaison à la plupart des autres détenus du centre pénitentiaire d'Alauposo, le soutien social dont bénéficie M. Maillard est élevé : sa compagne lui envoie des lettres, elle lui fait parvenir des mandats et elle se rend une fois par mois à la prison pour des parloirs. Le nouveau compagnon de sa mère a quant à lui prévu de le conduire à un entretien d'embauche si la juge de l'application des peines lui accordait une permission de sortir – elle ne lui sera pas accordée. Il bénéficie en fait des quatre formes de soutien mis en évidence par

vis-à-vis de la juge l'ayant condamné à une peine de prison ferme : « *Merci la juge, je demandais pas mieux.* » Car « *la prison, c'est un mal pour un bien.* » L'adhésion de M. Maillard au système de privilèges institutionnalisé de l'institution est en fait particulièrement forte. Il s'y conforme (soins médicaux entrepris, obtention d'un diplôme pour conduire des chariots-élévateurs, emploi régulier au « sas-livraison »...) et il espère être récompensé pour cela.

À diverses reprises, il met en parallèle ces « activités » aux « réductions de peine supplémentaires » (RPS) pouvant être octroyées par les juges d'application des peines en récompense d'un comportement jugé « bon ». Lors du premier des entretiens, il suppose que tout ce qu'il « fait » lui permettra d'obtenir quelques « jours » : « *C'est la première fois que je fais de la prison et je travaille, je paye la partie civile, je me soigne et tout ça donc je devrais avoir tous les jours [de RPS]. J'ai un rendez-vous avec un employeur en plus, donc j'aurai un travail dehors, j'ai demandé une permission [de sortir], ça va se décider [date : dans cinq jours] aussi. […] Je fais pas de conneries.* » Puis lors du second entretien, il affirme ne pas comprendre pourquoi il a obtenu si peu de « jours ». Il en conclut qu' « ils nous gardent jusqu'au bout », au centre de détention d'Alauposo, même si l'on a « tout fait » : « *J'aurai fait ma peine jusqu'au bout pratiquement. J'ai pris dix mois et j'aurai fait neuf mois et demi. Pourtant j'ai tout fait : travail, suivi, formation, tout ce qu'ils demandent, j'ai tout fait. Dans n'importe quelle prison, ils donnent des grâces, des perm', mais Alauposo, tout le monde me dit qu'ils nous gardent jusqu'au bout.* »

Le récit de M. Maillard sur son quotidien depuis le placement dans l'institution carcérale est donc structuré autour de la notion d'opportunité tant lorsqu'il parle de sa médicalisation que d'autres aspects de sa vie quotidienne en prison (« en étant ici, autant le faire » ; « j'aurai pu le faire en prison et sortir guéri » ; « merci la juge »...) : un discours dont on a vu comment il est formé par les magistrats lors du procès pénal ainsi que par le personnel pénitentiaire et les équipes médicales lors du placement dans l'institution carcérale.[338] Il a en fait parfaitement intégré les

---

Caroline Touraut (2012, p. 154-167) : un soutien pratique (mandat, lessives...), un soutien moral (lettres, colis de noël...), un soutien identitaire (demeurer un « père », un « époux », un « fils »...) et un soutien substitutif (assurer un rôle de relais à l'extérieur pour les démarches administratives, judiciaires...). Son récit montre également que l'incarcération d'un proche met aussi à l'épreuve sa famille, ce que Megan Comfort (2008) analyse comme une « prisonisation secondaire », prolongeant le concept de *prisonniérisation* développé par Donald Clemmer (1958 [1940]), qui entend par là « l'adoption plus ou moins importante des manières de faire, des habitudes et de la culture de l'établissement pénitentiaire » (p. 299).

338. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3. La maladie en débat », p. 57 ; « Chapitre 1, section 5. La santé dans la rhétorique judiciaire », p. 105 ; « Chapitre 2, section 2. La construction d'une "opportunité" », p. 128 ; « Chapitre 2, section 5. La prison dans la rhétorique médicale », p. 178.

trois injonctions pesant sur lui, c'est-à-dire se raconter, faire « quelque chose » et se soumettre à des formes de contrôle institutionnalisées, de même que le système de privilèges associé.

5.2.2.6. Soi-même comme une "autre personne"

Aujourd'hui, M. Maillard se juge transformé : la prison l'a « calmé ».[339] Il donne des exemples, à plusieurs reprises, de ce qui lui semble avoir changé chez lui. Ses exemples concernent d'abord des *manières de faire*. Ainsi, depuis l'incarcération, il estime mieux gérer l'argent dont il dispose (les sommes perçues pour son travail au sas-livraison du centre de détention et les mandats reçus de sa compagne), parvenant à faire des économies : « *D'avoir une paye pour l'autonomie c'est pas mal, sinon on est indigent*[340]*, on demande tout le temps. Après, pour ça [cantiner], il y a pas de problèmes, ma femme m'envoie cent ou cent-cinquante euros par mois, même quand elle a fait un écart, elle m'a toujours aidé : j'ai toujours mon tabac. Je suis même plus économe en prison que dehors. Je deviens plus économe qu'elle. Normalement avec deux cent euros, je tenais le mois, maintenant non parce qu'il y a les frais de partie civile, tout ça : je donne trente euros par mois. Le mois dernier sur cent trente-six euros, il me restait quatre vingt neuf euros après les virements pour les frais de procédures et les parties civiles. Mes parties civiles j'ai demandé depuis [mois : cinq mois] à les payer. Mais en [mois : trois mois plus tôt] j'ai pas versé, ça a joué sur ma perm', ils ont dit "payements irréguliers".* »[341]

Ces nouvelles manières de faire le conduisent à s'attribuer des qualités dont il aurait été autrefois dépourvu : sa transformation concerne aussi de nouvelles *manières d'être*. Ainsi, pour rester sur la même illustration, il se perçoit « plus économe » depuis le placement en prison ou, pour en prendre une autre, il se juge « plus posé » : « *Maintenant, comme je vois comme je suis depuis sept mois, je réagis pas pareil. Ma femme elle m'aurait fait un écart dehors, je l'aurais tuée alors que là je l'ai excusée. J'arrive à parler plus calmement, plus posé. Et quand je suis ici, je parle pas du tout pareil que quand je suis rentré, ça m'a calmé... à trente-quatre ans. J'ai pas envie de revenir. Je veux pas.* » Ces nouvelles manières d'être traduisent aussi bien l'incorporation – ou,

339. On retrouve des discours similaire parmi les « jeunes délinquants » adhérant à un projet institutionnel de normalisation et confronté à une socialisation de conversion (Coutant, 2005).

340. Les « indigents » sont une catégorie administrative utilisée en prison afin de désigner des détenus n'ayant aucune ressource financière : ils n'ont pas de travail et ils ne reçoivent pas de mandat. L'administration pénitentiaire leur verse une vingtaine d'euros par mois et elle ne leur prélève pas d'argent pour la location du frigo et de la télévision de la cellule.

341. Les comptes des détenus (leur « pécule ») sont contrôlées par l'administration pénitentiaire. Les mouvements de compte à compte sont également scrutés par les juges d'application des peines dès lors qu'ils sont saisis pour formuler une décision, telles que l'octroi d'une permission de sortir, de jours de réductions de peine supplémentaires, etc.

autrement dit, la « consolidation » (Durkheim, 1988 [1894], pp. 105-106) – de *manières de faire* qu'une capacité à se mettre en abîme : il s'observe faisant.

Le troisième type de transformation décrit par M. Maillard surplombe enfin les deux précédents, puisqu'il concerne l'édification de nouvelles *catégories de jugement*, qui conditionnent l'identification et la mise en exergue des transformations décrites. L'expression du dégoût ressenti vis-à-vis des seringues et de l' « autre personne » sans « honte ni rien » qu'il aurait été constitue sans doute l'exemple le plus explicite de cela : « *J'ai plus jamais de ma vie envie de toucher une seringue. Même les prises de sang, je regarde plus, je tourne la tête et j'aime pas en parler. Enfin, ça me dérange pas là, mais avec tout ce que j'ai fait... Les gens... on était tous shootés, les gens rentraient du travail à sept heures trente, le train il était blindé, je me faisais mon shoot devant tout le monde – dans le train – j'avais pas de honte ni rien. Quand je repense à ça maintenant, je me dis... On est une autre personne quand on se shoote.* »

Il juge par contre avec tendresse ce qu'il appelle ses « moments de faiblesse » depuis le placement en prison. Il rit de lui-même et il qualifie de « connerie » le fait d'avoir pris plus que la quantité prescrite d'un médicament lorsque sa compagne lui a annoncé l'avoir « trompé » avec un ami : « *J'ai eu des moments de faiblesses aussi... quand elle m'a écrit qu'elle m'avait trompé, j'ai pris tout l'Atarax que j'avais, tout le Xanax et j'ai taxé un sub' à quelqu'un, mais ça m'a rien fait [riant]. Je suis trop habitué à prendre des drogues donc ça m'a rien fait, c'était juste une connerie.* »

* * *

Bientôt, M. Maillard sera libéré de prison et, en attendant, il n'a qu'un seul mot d'ordre : se « tenir à carreau ». Le récit de ce « détenu modèle » suggère qu'il a finalement intériorisé les principes des groupes professionnels l'ayant soumis à un traitement ou, en d'autres termes, « pris en charge » ; entre responsabilisation individuelle quant à sa « toxicomanie », poursuite d'une « autonomie » sans cesse contrariée, justification de ses sanctions pénales par un « problème avec l'alcool » et perception de l'enfermement carcéral à la manière d'une « opportunité », les points de vue de ces professionnels structurent le regard qu'il porte sur sa trajectoire, et sur lui-même.

6. Les sens des activités médicales

En étudiant les modalités et les effets d'une socialisation à la santé en établissement pénitentiaire par l'analyse de l'expérience et du traitement réservé à des détenus recevant *certains* diagnostics lors du placement en prison, depuis la mise en évidence de la prescription généralisée de tests permettant de dépister des infections par le VIH, le virus de l'hépatite B et de l'hépatite C dans le cadre du dispositif médical d'entrée en maison d'arrêt, jusqu'à l'exploration de la formation d'un discours sur soi, en passant par la description de l'instauration d'une prise en charge totale en prison et des étapes selon lesquelles les diagnostics reçus à l'incarcération sont progressivement incorporés au fur-et-à-mesure que s'accroissent les interactions médicales, une question qui s'avère centrale a pourtant jusque là été laissée de côté. Qui sont ces détenus dont le quotidien est médicalisé une fois franchies les portes d'une prison ? Ont-ils pour seul point commun d'avoir été caractérisés par un voire par *ces* diagnostic(s) lors du placement en établissement pénitentiaire ? Les trois sous-sections qui suivent apportent des éléments de réponse à ces questions en élargissant le regard à l'ensemble des détenus faisant l'objet d'une surveillance médicale en prison, et elles ouvrent sur une interrogation plus générale sur les sens donnés aux activités médicales développées en milieu carcéral.

6.1. L'espace social du travail médical en milieu carcéral

Les détenus pris en charge sur le plan de leur santé ne forment pas un groupe homogène mais plutôt fragmenté, comme je propose de le montrer en empruntant deux voix, complémentaires. Je décrirai d'abord comment les détenus et les professionnels de santé perçoivent les (autres) détenus régulièrement pris en charge sur le plan de leur santé en prison, en m'appuyant sur leurs *descriptions émiques* (Olivier de Sardan, 2003). En changeant d'angle ensuite, j'objectiverai les oppositions théoriques structurant *l'espace social du travail médical* en milieu carcéral, en m'appuyant cette fois sur une analyse géométrique d'informations recueillies par entretien auprès de la soixantaine de patients détenus interviewés.

6.1.1. Des principes de division : catégorisations émiques

Il n'est pas rare que le personnel médical des établissements pénitentiaires décrive les personnes pour lesquelles ils sont tenus d'assurer la possibilité d'une prise en charge sanitaire en prison, que ce soit pour des soins occasionnels ou pour

des soins réguliers, en les assignant à des catégories ordonnées en typologies.[342] On a déjà entraperçu cela plus tôt en s'intéressant à l'organisation de la prise en charge médicale : on a vu que les soignants perçoivent les femmes détenues à part, les qualifiant de « très demandeuses » de soins médicaux.[343] Si les « femmes » sont identifiées selon leur genre, auquel est associé l'adoption d'une posture spécifique vis-à-vis de l'offre de soins, elles ne sont pas pour autant opposées à d'autres détenus qui seraient les « hommes ». Les soignants les distinguent en deux catégories : les « condamnés » et les « prévenus ». D'après leurs observations, le volume des besoins médicaux exprimés par les « condamnés » est faible comparativement à celui des « prévenus », qui se situent ainsi à mi-chemin entre les « femmes » et les « condamnés » en ce qui concerne le volume de leurs sollicitations.[344] Les professionnels de santé emploient donc là trois catégories pour distinguer leurs patients, des catégories construites en portant attention à deux propriétés : le genre et le statut pénal.

Le recours à des typologies se poursuit lorsqu'il s'agit de décrire les personnes que j'ai proposé de désigner par les termes de « patients détenus ». La plus commune des typologies employées découle de la socialisation professionnelle des soignants ; elle consiste à associer les patients à une pathologie justifiant l'intervention de la juridiction médicale : il y a les « diabétiques », les « toxicomanes », le « chronique[345] », etc. Mais il ne s'agit pas du seul principe de division utilisé par les professionnels de santé. Illustrons-en un autre, plus diffus, en partant d'une situation concrète – un événement survenu deux semaines après le début de l'enquête à la maison d'arrêt des hommes de Servoud. Un infirmier ayant observé *qui* parmi les détenus pris en charge par les soignants de l'Ucsa avait déjà participé à un entretien sociologique me suggère un matin d'en rencontrer d'autres, en les opposant aux premiers :

> M. Giraud est venu me donner une liste de patients avec lesquels il me conseille de faire des entretiens. Il me dit : « Tiens, eux c'est des gens biens. »

342. Précisons qu'ils ne sont pas les seuls : le recours à des catégories et à des typologies est courant en milieu carcéral, comme l'ont aussi souligné Léonore Le Caisne (2004) et Yasmine Bouagga (2010). Les sections précédentes ont de plus décrit les usages d'un certain nombre de catégories (les « cachetonnés », les « pointeurs », etc.). Le personnel pénitentiaire assigne les détenus à des catégories, dès l'incarcération. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.3. Orienter », p. 132-138.

343. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.1.3. Une "activité" comme une autre », p. 241-245.

344. D'après mes observations de rencontres scientifiques réunissant des professionnels de santé exerçant en prison, cette typologie n'est pas propre aux prisons étudiées.

345. Ce terme est utilisé par les soignants pour désigner les patients suivis pour une infection par une hépatite B, une hépatite C ou le VIH.

> Leurs prénoms ne sont plus d'origine maghrébine et ils semblent moins jeunes [que ceux des trois premiers enquêtés] : il ne s'agit plus de Mohammed, Yacine et Kamel, mais de Jean-Paul, Daniel et Bernard.[346] Avant de me dire quelques mots sur chacun d'eux, il précise : « Ils sont plus âgés que les tox', tu verras. » Il ajoute : « Ils ont pas le même type de pathologies. » [Ucsa de Servoud.]

Pour l'infirmier, les trois premiers patients interviewés partagent une condition commune, puisque ce sont des « tox' », mais il les oppose de plus à d'autres patients, qui sont quant à eux des « gens biens », « plus âgés » et n'ayant « pas le même type de pathologies ». Le surlendemain, après que j'ai réalisé des entretiens avec deux de ces autres patients, une infirmière ajoute à leur propos tandis que nous déjeunons : « *Tu as vu, avec eux on peut parler.* » Cette situation d'observation met en évidence un autre type de classement opéré par le personnel médical, qui distingue les détenus selon leur âge et l'événement de santé justifiant un suivi, auxquels sont en fait associés des compétences et des qualités : savoir (ou non) « discuter » ; être (ou non) quelqu'un de « bien » ; etc.

Les soignants ne sont pas le seuls à élaborer des classements de ce type. Les patients détenus (s')identifient eux-mêmes (à) des catégories. Dans leurs discours, il est notamment fréquemment question des « jeunes », des « vieux » et des « tox' ». On entrevoit l'usage de ces catégories lorsqu'ils passent du « je » au « on »/« nous », c'est-à-dire d'un discours individuel à un discours – se voulant tout du moins – collectif, et lorsqu'ils opposent un « moi »/« nous » à un « eux », c'est-à-dire pour affirmer leur distinction vis-à-vis de détenus identifiés comme partageant une condition commune. Par exemple, M. Chambert s'identifie aux « vieux » quand il compare le traitement qui leur est réservé dans une maison de retraite et une prison ; M. Guillaud dénonce le comportement des « jeunes » qui « crient tout le temps » ; M. Benchikh généralise son expérience à celle des autres « tox' » qui n'ont comme lui « plus rien à perdre » ; et M. Cadet observe être tout autant respecté par les « jeunes » que par les « vieux » au sein de la maison d'arrêt :

> « Aussi bien les jeunes que les vieux, j'ai aucun problème. Bien au contraire. Je suis respecté, ils m'aiment bien, aussi bien les jeunes que les vieux. Bon, je discute bien avec les jeunes, je vais à l'école, il y a des petits jeunes, bon, moi j'ai de problème avec personne. Même avec les surveillants, j'ai pas de problème hein, logiquement, parce que c'est pas mon style de faire trop la grande gueule. Surtout ici, hein : je suis chez eux, je suis pas chez moi. » [M. Cadet, 47 ans, détenu en maison d'arrêt.]

346. Mon attention à ce que disent d'eux leurs prénoms découle de ma propre socialisation professionnelle : il s'agit d'une marque qui n'est pas neutre socialement (Coulmont, 2011).

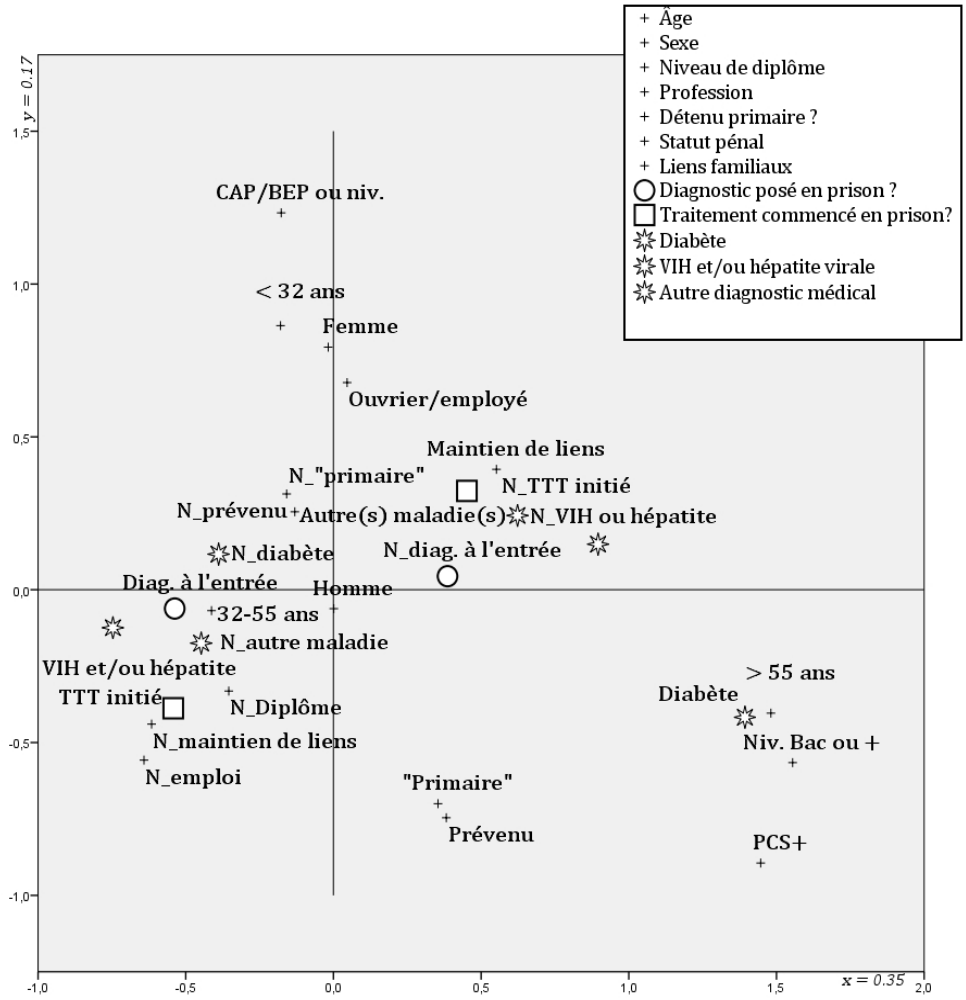
Ces typologies, qu'elles soient développées par le personnel médical ou les détenus, prennent ainsi appui sur diverses propriétés − sociales, de genre, d'âge, pénales ou encore de santé − et elles traduisent une perception, partagée par les uns et les autres, selon laquelle ces propriétés sont intrinsèquement liées à des compétences et à des postures, telles que se montrer (ou non) « en demande » de soins, savoir (ou non) « discuter » avec des professionnels de santé, être en capacité (ou non) de « se faire respecter » des autres détenus, avoir ou non un « bon » comportement, savoir (ou non) comment « gérer » sa maladie en milieu carcéral...

6.1.2. Les patients détenus : une représentation graphique

Afin d'observer ces clivages selon un autre angle, non plus tiré d'une analyse de discours mais plus analytique, j'ai étudié les informations recueillies par entretien avec les patients détenus des trois prisons étudiées et j'en ai codées certaines dans une base de données. De ces entretiens, j'ai ainsi extrait des thèmes qui traduisent les positions sociales des patients détenus (sexe, âge, profession avant l'incarcération, diplôme le plus élevé), leur parcours pénal (est-ce une première incarcération et sont-ils « prévenu » ou « condamné » ?), leur parcours de santé (pour quels types d'événement de santé sont-ils suivis et ont-ils reçu un diagnostic et/ou commencé à prendre un traitement médicamenteux régulier après le placement en établissement pénitentiaire ?) et leurs liens avec des personnes à l'extérieur de la prison (quelqu'un leur écrit-il, leur envoie-t-il des mandats ou vient-il les voir au parloir ?). À partir de ces quelques variables, j'ai alors procédé à une analyse des correspondances multiples (ACM), qui met au jour des oppositions théoriques structurant *l'espace social du travail médical* en milieu carcéral (Graphique II) : intéressons-nous aux deux premières dimensions structurant cet espace, qui synthétisent 52% de la variance totale.[347]

347. Pour une épistémologie des usages de l'analyse géométrique des données en sociologie, voir Julien Duval (2013) ; voir également Julie Pagis (2011), pour le recours à l'ACM lorsqu'il s'agit d'appréhender des processus de socialisation, et donc d'interroger des pratiques s'inscrivant dans des temporalités plus ou moins courtes ou longues pour les enquêtés. Le recours à l'analyse statistique peut enfin être critiqué (bricolage méthodologique, *quid* de la représentativité, intérêt ?...), cela d'autant plus qu'il ne s'avère pas nécessaire : les oppositions auraient très bien pu être décrites sans. Mais l'ACM, parce qu'elle est visuelle et synthétise de nombreuses informations, m'a semblé constituer un bon moyen d'introduire les analyses développées ensuite.

Graphique II. L'espace social du travail médical en milieu carcéral



Champ : Patients détenus interviewés dans les trois prisons étudiées.

Notes : (1) Le graphique est issu d'une analyse des correspondances multiples (ACM) construite à partir d'informations recueillies par entretiens et présentées dans un tableau en annexe (Cf. *supra*, p. 489-Erreur : source de la référence non trouvée). L'échantillon (N=55) dépend ainsi directement du « recrutement » des patients détenus interviewés, décrit plus tôt dans ce chapitre (Cf. *infra*, p. 286-289). (2) Trois enquêtés qui ne sont pas pris en charge de façon continue par les équipes médicales ont été exclus de cette analyse statistique – M. Saadi, M. Stocovic et M. Toussaint. (3) Compte tenu du faible effectif de femmes dans la population étudiée, la variable « Sexe » a été ajoutée en variable supplémentaire. (4) Le préfixe « N_ » dans les étiquettes des modalités indique la privation de la propriété.

6.1.2.1. Une médicalisation des plus pauvres et désaffiliés des détenus

La première dimension de l'ACM oppose les patients détenus dont les positions sociales sont les plus élevées (« PCS+ », « Niv. Bac ou + »)[348] à ceux qui disposent des plus faibles ressources économiques et culturelles (« N_Diplôme », « N_emploi »). Les premiers ont généralement été au moins jusqu'à la classe de terminale et ils sont pour certains diplômés du supérieur ; les seconds ont quant à eux fréquemment quitté les bancs de l'école quand ils étaient au primaire ou dans le secondaire, sans obtenir de diplôme ; alors que les premiers étaient chefs d'entreprise, commerçants ou encore chefs cuisinier avant l'incarcération, les seconds n'occupaient plus souvent aucun emploi. En prison, les ressources de ces derniers sont d'autant plus faibles qu'ils ne peuvent pour la plupart pas non plus compter sur l'aide de proches ; plus souvent que les autres patients détenus, ils ne reçoivent ni visites aux parloirs, ni lettres, ni mandats (« N_maintien de liens »).[349] Ils sont en fait couramment reconnus comme « indigent » par l'administration pénitentiaire.[350] Ces patients, qui sont de fait parmi les plus pauvres et les plus désaffiliés des détenus, sont plus souvent pris en charge par le personnel médical pour la surveillance d'une infection virale diagnostiquée en prison (« VIH et/ou hépatite » ; « Diag. à l'entrée ») : ils sont devenus patients en même tant que détenus (« TTT initié »). C'est sur ces patients détenus que s'est donc concentré mon propos tout au long de ce chapitre : les pratiques de médicalisation en établissement pénitentiaire se concentrent sur des individus dont les ressources globales sont faibles.

6.1.2.2. La socialisation carcérale tardive de patients détenus

La deuxième dimension de l'ACM met en évidence des patients détenus qui se distinguent très sensiblement d'autres. Cette dimension oppose d'abord plus généralement les patients détenus selon leur âge : on retrouve les plus jeunes (« < 32 ans »), souvent un peu plus diplômés (« CAP/BEP ou niv. ») que la

348. Je précise les étiquettes des modalités telles qu'elles figurent sur le graphique.

349. C'est plus exactement leur soutien social institutionnalisé qui est faible. La variable revêt en effet un caractère normatif discutable : elle ne tient compte que des interactions valorisées par l'institution et cela au détriment de toutes celles qui ne le sont pas, comme les relations sociales entre détenus, les « parloirs sauvages » ou la réception de colis jetés par dessus un mur de la prison. La standardisation de cette variable s'explique néanmoins par la démarche dans laquelle s'inscrit le recours à la quantification, que l'on comprend mieux à la lecture des analyses qui suivent. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.2. Des perceptions selon l'âge et l'intensité de la socialisation carcérale », p. 349-385 ; « Chapitre 3, section 6.3. Des perceptions selon la position sociale et les conditions de la médicalisation », p. 385-421.

350. Cf. *infra*, note de bas de page n°340, p. 340.

génération précédente (« 32-55 ans » ; « N_diplôme »),[351] à une extrémité de l'axe factoriel et ils s'opposent aux plus âgés (« > 55 ans »), qui sont fréquemment pris en charge sur le plan de leur santé pour des affections apparaissant étroitement corrélés avec l'avancée en âge (« Diabète »). Mais cette dimension semble également traduire une opposition entre les patients détenus selon leur familiarité avec le milieu carcéral, qui est pour certains relativement faible, ou tout du moins unique et probablement récente, car c'est la première fois qu'ils sont incarcérés et ils effectuent de la détention provisoire (« Primaire » ; « Prévenu »). L'axe distingue en fait des patients détenus dont la familiarité avec l'institution est non seulement faible, mais qu'ils découvrent en plus à un âge avancé : les plus âgés des patients détenus n'avaient bien souvent jamais été incarcérés auparavant. Ces patients s'opposent à d'autres, plus jeunes, dont on va voir en revenant aux entretiens ayant permis de dresser ces oppositions qu'ils ont souvent connu leurs premières expériences directes de l'institution carcérale à l'adolescence ou pendant l'enfance, c'est-à-dire durant leur socialisation primaire, à travers l'expérience de tiers.

* * *

L'analyse géométrique des informations recueillies par entretien avec les patients détenus interviewés dans les trois prisons étudiées met au jour deux principales oppositions théoriques clivant cette population : les détenus pris en charge sur le plan de leur santé, de façon régulière, s'opposent selon leur position sociale et leur âge, et à ces oppositions en correspondent d'autres ; les conditions de leur médicalisation sont intrinsèquement liées à leur position sociale et l'intensité de leur socialisation à l'institution carcérale apparaît corrélée à leur âge. Partant de là et des typologies développées par les professionnels de santé et les détenus, décrites juste avant, je propose de rendre compte, dans les deux sous-sections qui suivent, des effets de ces *positions relatives* et des *postures* qui leur sont associées sur les sens donnés aux activités médicales développées en établissement pénitentiaire, en étudiant d'abord le pouvoir performatif de trois *catégories indigènes* déployées en prison : les « jeunes », les « vieux » et les « anciens » ; puis en interrogeant ce qui sous-tend l'émergence de deux autres catégories : les « gens biens » et les « tox' ».

351. Le niveau de diplôme traduit vraisemblablement là un marquage générationnel, produit de la politique de « démocratisation scolaire » et de la massification de l'école (Beaud, 2003 [2002] ; Chauvel, 2010 [1998]) ; Cayouette-Remblière, 2016).

6.2. Des perceptions selon l'âge et l'intensité de la socialisation carcérale

Les détenus ne sont pas soumis au même traitement par les professionnels impliqués dans le fonctionnement général de l'institution, dont le personnel médical, selon qu'ils sont identifiés comme des « vieux », des « jeunes » ou des « anciens ». Interactivement, les détenus ne posent pas non plus le même regard sur le traitement qui leur est réservé au sein de l'institution selon leur âge et leur appartenance générationnelle, qui s'avèrent souvent – mais pas nécessairement – étroitement corrélé au degré d'intensité de leur socialisation carcérale. Face aux ordres disciplinaires[352] traversant l'institution, trois postures se détachent : la soumission, la transgression et la promotion. Bien qu'elles ne sont pas majoritaires, la forte visibilité de ces trois postures au sein de l'institution carcérale et le fait qu'elles se trouvent chacune associées aux « vieux », aux « jeunes » ou aux « anciens » renforce la mise en œuvre d'un traitement socialement différencié des détenus selon leur âge et leur passé pénal, mais aussi l'adoption par ces derniers de la posture qui leur est associée. Ces trois points constituent la conclusion des développements suivants, qui décrivent pas-à-pas cet « effet de boucle » (Hacking, 2002) à partir de l'étude des relations entre détenus et personnel médical.

6.2.1. Les "vieux" : une soumission aux ordres disciplinaires

Les détenus les plus âgés n'ont bien souvent jamais été incarcérés auparavant. Ainsi, M. El Salski (45 ans), M. Delandre (46 ans), M. Sorel (58 ans), M. Caire (66 ans), M. Lemoine (69 ans), M. Maréchal (70 ans) et M. Boyer (72 ans) sont parmi les plus âgés des patients détenus interviewés et, outre leur âge bien supérieur à l'âge médian de la population carcérale, ils ont aussi en commun de n'avoir jamais été détenus par le passé.[353] Ils sont « primaires », dans le langage de l'institution, et surtout ils le revendiquent :

> « J'ai jamais été condamné de toute ma vie, moi, Madame ! Ça m'a... À 65 ans, vous imaginez... À 64 ans vous vous retrouvez là-dedans, dans une machine comme ça, c'est terrible hein. » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

352. Par *ordre disciplinaire*, j'entends un ensemble de normes et de règles instituées prenant appui sur des principes et des méthodes légitimées par des savoirs instituants. Deux ordres disciplinaires sont au centre de mon propos : la discipline carcérale et la discipline médicale.

353. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 6.1.2.2. La socialisation carcérale tardive de patients détenus », p. 347-349.

> « C'est la première fois que je suis là et ce sera la dernière, croyez-moi ! » [M. Boyer, 72 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 70 ans.]

Ils insistent sur le fait qu'ils n'ont jamais été (définitivement) condamnés à effectuer une peine de prison ferme, lorsqu'ils ont été placés en détention provisoire ou fait appel de leur condamnation pénale ; et ils soulignent n'avoir jamais eu affaire à l'institution judiciaire, lorsqu'ils exécutent une peine de prison ferme. M. El Salski (45 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 42 ans) se défend par exemple de n'avoir « jamais [été] connu des services de police » avant son interpellation et il explique cela par le fait d'avoir « toujours travaillé » et « payé [ses] impôts », contrairement aux « gratteurs de RMIste » de la prison. Les détenus plus âgés et « primaires » tendent en fait à marquer leur distinction vis-à-vis d'autres détenus, qui ont quant à eux déjà emprisonnés à plusieurs reprises, tout en se rapprochant de tous ceux qui leur semblent du « bon côté » des barreaux de la prison : les professionnels rencontrés dans l'institution. L'étude de leurs relations avec les membres des équipes médicales montre, comme nous allons le voir, qu'ils leur reconnaissent une légitimité : les soignants sont considérés comme des alliés pouvant leur apporter des formes de soutien. Mais du côté des professionnels de santé, ce soutien est toutefois conditionné par l'application d'une règle morale dont dépend tout spécifiquement leurs relations avec ces patients âgés, qu'ils identifient comme des « vieux ».

6.2.1.1. M. Boyer : "C'est pas un univers que je connais, croyez moi"

Les détenus qui ont été incarcérés pour la première fois à un âge avancé mettent fréquemment en avant leur sentiment d'étrangeté. Ils rappellent ainsi que, s'ils découvrent progressivement le fonctionnement de l'institution carcérale, celle-ci ne leur est pas familière. « *C'est pas un univers que je connais, croyez moi, et l'univers carcéral me débecte !* », poursuit par exemple M. Boyer, avant de dénoncer des techniques de surveillance et de contrôle employées par les surveillants pénitentiaires – techniques auxquelles il se soumet néanmoins :

> « Quand on va au parloir on nous déshabille, on nous fout à poil et on nous fouille. Et ça moi c'est difficile, ça je supporte pas. Vous croyez que je vais me foutre un truc dans le trou du cul, moi ? Non, je suis pas comme ça moi. Je me drogue pas, je bois pas... Bon, j'ai des défauts, mais pas ceux-là. » [M. Boyer, 72 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 70 ans.]

Ils essaient de plus de se distinguer des détenus déjà incarcérés à plusieurs reprises par le passé, en dénigrant ou en dénonçant leurs façons de penser et d'agir. Ainsi, à la fin de cet entretien – après qu'il a décrit ses cours de yoga et sa découverte de l'acupuncture, précisé n'avoir « jamais autant lu » que depuis son incarcération et n'avoir de même « jamais manqué un dimanche de messe » au

foyer de la prison –, M. Boyer met par exemple en avant sa distance aux autres détenus de la prison, qu'ils qualifie alors de « cons » :

> « Je trouve que vous avez du courage, mesdames, pour venir dans un truc comme ça. Vous savez que vous avez affaire à des cons ! » [M. Boyer, 72 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 70 ans.]

Ces réprobations sont courantes. Les détenus âgés affirment que les autres détenus de la prison ne sont pas « intelligent », qu'ils n'ont pas de « sujets » de conversation, qu'ils font toujours des « coups bas » ou encore qu'ils n'ont pas une bonne « mentalité » :

> « Merci à vous, surtout. C'est rare de pouvoir parler ici. Les seuls sujets qu'ils ont c'est la drogue et le sexe, alors ça change un peu de pouvoir parler avec quelqu'un d'intelligent. » [M. Maréchal, 70 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 69 ans.]

> « Pour moi, le plus important c'est de passer en appel le plus vite possible et de sortir de prison. La mentalité, je peux pas la supporter. Les jeunes, ici... les coups bas, se mettre à dix pour frapper tout le monde... […] Ça me casse les pieds et le moral. C'est la prison, c'est l'enfermement. S'ils ont pas leur shit, ils font n'importe quoi. » [M. El Salski, 45 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 42 ans.]

Les détenus dont ils essaient de se démarquer ne sont en fait pas seulement ceux leur semblant avoir une plus grande familiarité avec l'institution carcérale : ce sont aussi des détenus qu'ils identifient comme des « jeunes ». Or, ces « jeunes », ils en sont en fait tenus à distance au sein de l'institution : le personnel pénitentiaire s'appuie notamment sur le registre de l'âge et du passé pénal pour décider l'affectation des arrivants à telle ou telle autre cellule ordinaire, quartier ou bâtiment de la prison à l'incarcération. L'âge est un déterminant majeur de l'organisation de l'institution carcérale.[354] Les détenus plus âgés partagent de fait généralement leur cellule avec quelqu'un dont les propriétés sociales et le parcours pénal sont proches des leurs :

> « Là on est à deux. Ca va, ça se passe bien avec l'autre. Bon, j'y suis depuis hier ou avant-hier parce que là on nous a changé de cellule, mais ça va. Moi j'étais seul dans une cellule et puis là je suis avec un monsieur qui a 74 ans et qui était seul aussi, donc du coup là on nous a regroupé parce qu'il y a des cellules qui sont tellement esquintées qu'ils doivent les refaire. Ça se passe bien avec lui. Bon c'est un papi de 74 ans, donc je pense pas qu'il... il a l'air d'être assez droit et tout. » [M. Delandre, 46 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 41 ans.]

354. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.3. Orienter », p. 132-138.

> « C'est un commercial aussi [celui qui partage ma cellule]. Bon, on arrive à... Y'a un quotient intellectuel qui est bon, alors. C'est aussi un préparateur [en pharmacie], alors on peut discuter. On est disons du genre patient. On n'est pas là pour tout casser. On a fait une bêtise déjà, donc on a déjà tout cassé, c'est pas la peine de remettre le couvert quoi. » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

Les pratiques divisantes (Foucault, 1994) de l'administration pénitentiaire, à l'incarcération, contribuent donc à forger une distance entre des groupes de détenus identifiés puis s'identifiant selon leur groupe d'âge d'appartenance : il y a des « vieux » d'un côté et des « jeunes » de l'autre : ils ne cohabitent pas ensemble en cellule et ils peuvent être de plus séparés par des frontières matérielles (bâtiments, quartiers, étages...).[355]

6.2.1.2. L'activation d'une disposition élitiste

Les détenus incarcérés pour la première fois à un âge avancé mettent donc en avant leur faible connaissance des institutions judiciaire et carcérale et, par là, une forme de désajustement vis-à-vis de la situation d'emprisonnement, impliquant la mise en œuvre de techniques d'adaptation. Pour une partie d'entre eux, dont la posture connaît la plus forte visibilité parce qu'elle est revendiquée, cette adaptation passe par une entière soumission aux ordres disciplinaires traversant l'institution :

> « La prison, elle m'a tellement détruit que je dis "oui" à tout. Plus rien ne me dérange. Si vous me demandez là de me mettre tout nu et d'aller courir dans les coursives, je le ferai. » [M. Lemoine, 69 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 66 ans.]

355. Il importe de souligner que, loin d'être un phénomène naturel, la conscience de l'âge s'est en fait considérablement accrue depuis le XIXème siècle (Chudacoff, 1989) et c'est bien au-delà des seuls établissements pénitentiaires que ce registre détermine aujourd'hui l'organisation des rôles sociaux, des pratiques ou encore des institutions. Insistons également sur le fait que les usages et les appropriations de ces catégories de « jeune » et de « vieux » ne sont pas absolues, mais bien relatives à la situation d'emprisonnement carcéral et intrinsèquement liées à la structure de la population de cette institution : elles sont en partie instituées (« majeur », « mineur ») et elles peuvent n'être des marques de distinction qu'en prison. Pour le dire autrement, un individu détenu pourra s'assimiler aux « vieux » lorsqu'il est en prison sans pour autant s'associer à cette catégorie hors de l'institution, de la même façon que, pour faire un parallèle, un « grand » élève en dernière section de maternelle n'est désigné ainsi et ne s'approprie cette catégorie que lorsqu'il est au sein de l'établissement scolaire, opposé et s'opposant aux « petits » et aux « moyens », mais il ne se perçoit pas ainsi et il n'est pas perçu selon cette catégorie lorsqu'il est confronté à d'autres environnements ou groupes sociaux, comme sa famille ou un centre de loisir.

> « Je suis pas là pour... pour perturber la prison. Je suis là pour faire ma peine, point à la ligne. Si j'ai une peine à faire, bon, je vais la faire et c'est tout. J'ai fait une bêtise, j'ai fait une bêtise. C'est comme un enfant : il a fait une bêtise, bon, ben il sait très bien qu'il va pas avoir des bonbons. » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

Ils essaient de renvoyer l'image qu'ils pensent devoir donner d'eux-mêmes aux professionnels impliqués dans leur traitement (soignants, magistrats, gradés, surveillants...). Et pour ce faire, ils puisent dans des compétences acquises à travers d'autres expériences sociales. Par exemple, M. Caire soutient avoir progressivement compris comment obtenir quelques privilèges de la part du personnel de surveillance : il lui faut énoncer des formules de politesse et user d'un langage policé – ce qu'il met aussi en pratique durant notre entretien, où il choisit ses mots avec soin tout en se corrigeant parfois ; « gratter » devient ainsi « avoir une entente intelligente » dans l'extrait qui suit :

> « Petit-à-petit, j'arrive un peu à... – pas à gratter, hein ! –, mais... – ni à avoir de considération, car je tiens pas à en avoir non plus ! –, mais disons que j'arrive à avoir une entente intelligente. Et puis du moment qu'on est poli : "Bonjour", "au revoir", ça demande pas grand chose. » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

Cette posture de soumission n'est pas nécessairement orientée vers l'obtention de privilèges, contrairement à ce que peut laisser penser ce premier exemple, et elle implique que soient identifiées les attentes des divers professionnels, pour pouvoir s'y ajuster, comme on le voit aux difficultés rencontrées par M. Caire pour se conformer aux attentes de sa nouvelle psychologue :

> « J'ai pas de bons contacts avec ma psy. J'arrive pas à comprendre la façon dont elle agit cette femme. […] Je sais pas ce que je vais lui dire, parce qu'elle prend tout au tragique. Et bien souvent, moi je veux... Je lui mens ! Bien souvent je lui dis : "Est-ce que vous pourriez m'aider à comprendre pourquoi j'en suis arrivé là un jour ?" Et elle donne pas de réponse. Je sais très bien que c'est à moi de penser la réponse, enfin je crois... » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

Il ne s'agit donc pas d'une posture unifiée pouvant être décrite à partir de ses traits les plus saillants, mais bien d'une posture qui a pour principale caractéristique d'être constamment réajustée et adaptée selon l'environnement et les attentes des professionnels. Donnons-en un dernier exemple, qui illustre l'identification progressive de ces attentes et l'ajustement de sa posture selon celles-ci : la confrontation à un procès pénal. Alors que M. Caire affirmait avoir été « dans un nuage » lors de son premier procès et que la date du procès en appel approche, il soutient se sentir désormais mieux armé pour renvoyer l'image qu'il pense devoir donner de lui devant la cour d'assises. Rétrospectivement, il juge ne

pas avoir énoncé certaines formules qu'il sait maintenant attendues et ne pas avoir non plus « montré » ce que les jurés attendaient de voir[356] :

> « J'ai pas reconnu forcément ma culpabilité. J'ai pas montré... euh... une certaine... des remords, quoi. Alors que c'était plus explicatif, parce qu'on m'avait pas expliqué, moi je savais pas ce que c'était un jugement dans ce domaine là ! » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

Après deux années passées en maison d'arrêt, il a appris de ses rendez-vous avec ses précédentes psychologues et des psychiatres qu' « il faut marcher avec des oeufs » à l'audience. Les règles et le vocabulaire inculqués émaillent son discours. Ne pas minimiser les faits reprochés. Reconnaître sa culpabilité. Ne pas faire de reproches à la partie civile. Montrer des remords. Les membres de l'équipe psy ne sont d'ailleurs pas les seuls à lui avoir inculqué le « bon » discours à tenir, puisque des détenus de sa coursive lui ont aussi aussi enseigné quelle posture adopter :

> « C'était une petite assises parce que bon... *[se reprenant]* C'était pas minime, on peut pas dire ça non plus, parce que c'est grave ce que j'avais fait. […] L'avocat général il avait demandé douze ans et ils [les jurés] m'en ont mis quinze. […] Alors j'ai fait appel et j'ai eu par... par d'autres collègues qui ont eu ces problèmes là, ils m'ont... ils m'ont dit comment je devais parler. […] j'ai appris que dans ce domaine là, avec les psychologues et les psychiatres, qu'il faut avoir un ou une avocate qui euh... qui ait l'habitude de gérer ces affaires là, parce qu'il faut marcher avec des œufs. C'est normal quoi, hein. Alors que moi, bon... Je donnais plutôt des implications de reproches vis-à-vis de la tierce personne que de la mienne, voilà. […] Alors que c'était moi le responsable en toute évidence. » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

Les détenus adoptant une posture de soumission s'adaptent donc en anticipant et en se conformant aux attentes normatives des professionnels impliqués dans leur surveillance et dans leur traitement : ils ajustent leur présentation de soi et leurs discours selon ces attentes, tout en veillant à marquer leur distinction vis-à-vis d'autres détenus, qui leur semblent résister à ces attentes. Leur conformisme peut s'expliquer par l'intériorisation d'une *disposition élitiste* qui est activée par la situation d'enfermement en prison. On observe en effet qu'ils accordent une grande légitimité aux normes sociales dominantes. Ils décrivent par exemple – à une sociologue – leur quotidien en prison par l'énumération des activités classantes effectuées, telles que lire, faire du yoga, écouter quelqu'un jouer du

356. On en revient par là aux positionnements et aux stratégies adoptées par les prévenus dans une affaire pénale, selon leur expérience de l'institution judiciaire, afin d'écoper d'une peine minorée. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3.2.2. Des "malades" ou des "consommateurs" ? », p. 70-74.

piano ou pratiquer l'acupuncture, ils attribuent des qualités à des personnes selon leurs positions sociales, ainsi le commercial a « un quotient intellectuel qui est bon », la sociologue est « quelqu'un d'intelligent », les détenus sont pour la plupart « des cons » et les « RMIste » sont des « gratteurs », et ils accordent enfin de l'importance aux marques d'une position sociale élevée, telles que le niveau de salaire, les voyages effectués ou le parcours scolaire (sauts de classe, intégration d'une grande école, diplômes...) :

> « Ma fille, elle est grand reporter. Elle a couvert les événements du 11 novembre[357] à New-York et elle a fait toute l'Amérique du Sud. Elle a fait l'Afrique du Sud aussi, Johannesburg, l'Angleterre, et maintenant elle est à [capitale européenne], à [organe de presse à dimension internationale]. Elle gagne 5 ou 6 000 euros par mois. Et son mari est un grand fainéant, parce que depuis... Il a travaillé un an dans sa vie. Il aurait fait des tableaux, de la peinture, j'aurais compris. Mais là, rien.
>
> *L. M. : Elle a des enfants ?*
>
> Oui. Elle a deux petits enfants, Louis et Raphaëlle. Très brillants à l'école, très brillants. Lui il a 16 ans, le bac avec mention, il a sauté deux classes. Et Raphaëlle, elle vient d'avoir 12 ans. […] Je lui ai dit [à ma fille] : "Ma pauvre fille, t'as un mari depuis vingt ans, s'il avait travaillé ne serait ce qu'au smic pendant vingt ans, calcule combien tu aurais aujourd'hui !" Quand elle l'a connu, il était agent de change à la banque. Après il a passé un brevet de pilote mais c'est tout. En tout il a travaillé un an. Alors j'ai dit à ma fille : "Tu as un manque à gagner de 300 000 euros." Et puis je me demande : comment peut-on rester à ne rien faire ? Comment peut-on vivre comme il le fait ? Parce qu'au début, il faisait la nounou pour ses enfants, mais une fois que les enfants ils vont à l'école, la nounou elle sert à quoi ? » [M. Maréchal, 70 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 69 ans.]

Sans pouvoir véritablement observer comment les détenus adoptant cette posture de soumission ont intériorisé une *disposition élitiste* activée par la situation d'enfermement en prison, car comme le souligne Bernard Lahire (2018a) « ce qui est observable, ce sont les effets qu' [une disposition] produit dans les pratiques et les représentations » (p. 154), il semble que, tout en étant issus de milieux sociaux plutôt populaires,[358] ils ont souvent été durablement confrontés à des environnements sociaux plus bourgeois, soit parce qu'ils ont connu une ascension

357. Il parle en fait du 11-septembre.

358. M. El Salski est le seul des patients détenus interviewés s'assimilant aux « vieux » qui se dit « issu d'un milieu aisé ». Fils d'une professeure de français et d'un haut-fonctionnaire diplômé de l'École nationale d'administration, il a été pilote de chasse dans l'armée française avant de partir en pré-retraite, à la suite d'un accident, et de créer une entreprise spécialisée dans l'import-export.

sociale, soit parce qu'une ou plusieurs personne(s) issue(s) d'un milieu plus privilégié a joué un rôle important dans leurs parcours de vie[359] – et parfois les deux à la fois. Illustrons cela à partir des trajectoires sociales des deux patients détenus dont j'ai décrit les manifestations d'une *disposition élitiste* : M. Maréchal et M. Caire.

M. Maréchal, se décrit comme un « autodidacte ». Fils d'un mineur de fond qui « n'avait pas les moyens de [lui] payer l'école », il a essayé d'intégrer une grande école mais, bien que « classé 2e sur 5000 » à son concours d'entrée, il n'a pas pu en financer le coût. Il a alors intégré une formation à la fois moins prestigieuse et plus courte, dans le secteur bancaire, et il a travaillé dans une agence les années suivantes tout en suivant des cours du soir en parallèle dans une école d'architecture, « par passion ». Accumulant au fil des années un important capital économique, il a par la suite changé de voie professionnelle et ouvert une brasserie de centre-ville. C'est dans cette brasserie qu'il a fait la connaissance de « la fille de […] la famille la plus riche » de la région, avec laquelle il s'est marié. Le couple a ensuite ouvert un « restaurant gastronomique » sur les hauteurs de la ville, puis une seconde table gastronomique, située « dans [son] triangle d'or ». M. Maréchal a donc connu une trajectoire d'ascension sociale – suivie d'un déclassement comme on le verra par la suite.[360]

En ce qui concerne M. Caire, il a grandi dans un immeuble des beaux-quartiers ouest-parisiens où sa grand-mère, qui l'a élevé, tenait la loge comme concierge. Il se décrit comme un « enfant caché » : le « fils d'une fille-mère ». Les propriétaires de l'immeuble où travaillait sa grand-mère semblent avoir alors eu de l'influence sur son parcours, puisque ce couple de riches industriels a d'abord encouragé sa parente à le placer dans une institution dont ils étaient de « grands bienfaiteurs » (« il fallait pas qu'on me voit »), puis il l'a incité à passer le certificat d'étude, le bac, puis des concours de la fonction publique. M. Caire a ensuite exercé pendant vingt-sept ans son métier de préparateur en pharmacie dans la chambres blanche d'un hôpital parisien – une activité prenant fin dans les années 1980, quand ses collègues et lui développent d'importants problèmes de santé liés à une intoxication au formol : il est le seul à ne pas décéder en quelques mois des suites d'un cancer.

Les similitudes dans leurs trajectoires pourraient éclairer les conditions sociales de l'intériorisation d'une *disposition élitiste*. Néanmoins, ces éléments d'analyse demeurent fragiles car cette disposition se manifeste aussi à la façon dont ces

359. Ce que George Herbert Mead (2006 [1963]) a conceptualisé par les termes d' « autrui significatif ».

360. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.3.1. Les "gens biens" : des marges de liberté », p. 386-399.

détenus âgés et « primaires » présentent leur « histoire » à une sociologue, c'est-à-dire anticipent ses attentes et en essayent de s'y conformer. Sans pouvoir donc véritablement expliquer comment est intériorisée cette disposition, à partir du matériau dont on dispose – des entretiens exclusivement réalisés en situation d'emprisonnement –, on peut ainsi faire l'hypothèse que c'est vraisemblablement leur position relative au sein de l'espace social de la prison qui convertit leurs dispositions antérieures en *disposition élitiste* : cette disposition est *activée* en prison.

L'une des manifestations d'une *disposition élitiste* nous intéressant tout spécifiquement, pour comprendre leur adoption d'une posture de soumission vis-à-vis des ordres disciplinaires traversant l'institution, est la grande légitimité qui est accordée aux personnes occupant des positions valorisées ou supérieures – selon les normes dominantes. En effet, si les détenus âgés et « primaires » essaient de se distinguer des autres détenus de la prison et de se rapprocher des professionnels qu'ils ont l'occasion de côtoyer, en dénigrant les premiers et en anticipant et en se conformant aux attentes des seconds, c'est d'abord parce qu'ils leur reconnaissent la détention de deux types de pouvoir.

Leur pouvoir est, d'une part, un *pouvoir symbolique*.[361] Par exemple, ces professionnels, qu'il s'agisse de conseillers pénitentiaires, de surveillants, d'infirmiers, de médecins ou encore d'une sociologue, pourraient les ramener à l' « humain » par de simples mots ou gestes prenant une valeur symbolique, quand l'institution tendrait elle à les tirer continuellement vers l' « inhumain ». Il s'agit de qualificatifs très présents dans leurs discours. Sans distinguer leurs usages selon les propriétés sociales et le parcours pénal des détenus, Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2002) le relèvent également : « Cette humanité renvoie au "sourire" et à la "disponibilité" des infirmières qui s'inquiètent de l'état de santé des patients, de leur sommeil, de leur passage en jugement, de leur dossier de libération conditionnelle... […]. Dans cet espace, les sourires, les questions à la fois privées et anodines que les infirmières posent aux détenus sur leur sommeil prennent un tout autre relief » (p. 74). Les détenus âgés et « primaires » accordent donc de la valeur au sourire de l'infirmière et à la poignée de main du médecin à l'entrée dans le cabinet. On se souvient par exemple comment M. Boyer (72 ans, « primaire ») décrivait ses interactions avec le personnel médical de la prison : « *les gens vous*

361. Le concept de *pouvoir symbolique* a été développé par Pierre Bourdieu (1993b), qui entend par là « n'importe quelle propriété (n'importe quelle espèce de capital, physique, économique, culturel, social) lorsqu'elle est perçue par des agents sociaux dont les catégories de perception sont telles qu'ils sont en mesure de la connaître (de l'apercevoir) et de la reconnaître, de lui accorder valeur » (p. 55).

serrent la main, c'est humain. »[362] De même, M. Caire, qui a été transféré à deux reprises depuis son incarcération, assimile les salutations des surveillants à un traitement « humain » :

> « [Dans l'autre prison] on nous traitait humainement : on nous disait "Bonjour monsieur", "Au revoir monsieur". » [M. Caire, 66 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 64 ans.]

En posant ce regard sur leurs interactions avec les professionnels rencontrés en prison, ils ne leur reconnaissent pas seulement une légitimité : ils partagent aussi leurs représentations. Car les médecins, les infirmiers, les surveillants, etc., s'attribuent eux-mêmes ce pouvoir symbolique. Ils estiment avoir le pouvoir d' « humaniser » les détenus en leur serrant la main, en les vouvoyant ou en les appeler « Monsieur » ou « Madame »[363]. Et ils anticipent le partagent de ce sens subjectif par les détenus ou leurs patients :

> « On oublie ce que c'est la prison, mais ici il y a aucun rapport physique. Et je parle pas de sexe, là ! C'est qu'entre détenus, ils se touchent pas et avec les surveillants il y a pas de contact. C'est une aliénation. C'est ça, l'aliénation ; c'est pas que l'enfermement : c'est l'enfermement à l'intérieur de ce corps que personne ne touche et qui ne vit plus. C'est pour ça qu'ils se coupent, c'est pour ça qu'ils viennent souvent nous voir à l'Ucsa. Moi je sais que ce qu'il attend le patient, c'est pas juste que je soigne ses blessures, mais c'est que je le touche. Eux-mêmes, souvent, ils ne se touchent plus leur propre corps. » [M. Tricaud, médecin généraliste.]

Les détenus âgés et « primaires » reconnaissent, d'autre part, le pouvoir matériel détenu par les professionnels qu'ils ont l'occasion de côtoyer en prison : ces derniers sont perçus comme étant les seuls à être légitimement en mesure de leur donner accès à des biens ou à des conditions dont ils sont normalement privés, en contournant éventuellement le règlement de l'établissement ou de l'institution pour cela – ce qu'eux ne feraient pas, puisqu'ils se conforment aux normes édictées. Ils insistent, en les décrivant longuement, sur des événements au cours desquels un surveillant pénitentiaire, un gradé ou encore un médecin a dérogé à des règles instituées pour leur apporter un soutien matériel.[364] M. Lemoine raconte

362. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.1.1. Une main se tend », p. 139-142.

363. Bruno Milly (2001) les analyse comme des « symboles d'authenticité », qui visent à instaurer « une relation thérapeutique authentique, comme elle pourrait l'être en milieu hospitalier » (p. 139).

364. Me concentrant sur les interactions entre les équipes médicales et leurs patients, je développe moins le soutien symbolique et matériel apporté par le personnel de surveillance. On en trouve cependant divers exemples dans la littérature consacrée à la prison. Antoinette Chauvenet (1996) écrit ainsi : « Le surveillant par exemple, effectuera une démarche pour un

par exemple sur un ton reconnaissant qu'un surveillant pénitentiaire s'est affranchi des règles fixées par le code de procédure pénale en lui offrant de discuter avec son épouse en l'appelant avec le téléphone du personnel pénitentiaire[365] :

> « Quand j'ai voulu téléphoner dans la cour, il y a trois téléphones, mais il y en a qu'un qui fonctionne. Il y avait quatre personnes qui attendaient alors j'ai pas pu téléphoner. Je déprimais dans le couloir et il y a un surveillant qui m'a demandé si j'allais mieux. Mais ça peut pas aller mieux. Il a su je ne sais comment que j'étais de Nouvelle-Calédonie et il m'a dit : "Ça te change de chez toi." […] Le surveillant [un autre] m'a laissé téléphoner avec le téléphone des gardiens. C'était gentil. J'ai pu appeler ma famille. » [M. Lemoine, 69 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 66 ans.]

M. Maréchal décrit quant à lui comment un médecin et la cadre de santé de l'équipe médicale de la prison lui ont d'abord permis des pantoufles, dont le port est interdit selon le règlement de l'établissement, en le légitimant par la rédaction d'un « certificat médical », puis il ajoute qu'ils ont aussi « passé un savon » à l'entreprise gérant la « cantine », parce qu'elle tardait à lui commander des nus-pieds – eux aussi prescrits médicalement :

---

détenu, au greffe, à la lingerie, à l'infirmerie […] pour lui éviter d'attendre […]. Il encouragera l'un dans son travail, ira appuyer une demande de permission de sortie auprès d'une assistante sociale, informera celle-ci qu'un détenu se soucie pour ses enfants. […] Il discutera avec lui de son avenir, l'écoutera le conseillera, etc. » (p. 58). Dans ce même ouvrage, Corinne Rostaing (1996b, pp. 119-123) présente d'autres interactions de ce type, observées dans des prisons de femmes : le tutoiement entre détenues et surveillantes, l'attribution de surnoms...

365. Quelques précisions peuvent s'avérer nécessaires pour comprendre la situation décrite par M. Lemoine. Il pensait en fait être transféré dans un centre de détention, mais il a découvert à sa sortie du bus pénitentiaire, quelques jours plus tôt, qu'il était désormais détenu à la maison d'arrêt des hommes de Servoud, c'est-à-dire à quelques deux cents kilomètres du centre de détention où il pensait être conduit. Pendant sa période de transit depuis Nouméa, où il a été détenu pendant trois ans, puis la prison de Réaux, où il est resté quelques semaines en « observation », et enfin Servoud, où il arrive seulement, son épouse a vendu la maison qu'ils possédaient en Nouvelle-Calédonie et elle en a acheté une nouvelle, située juste à côté de la prison où il devait être détenu jusqu'à la fin de sa peine, où elle a alors déménagé. Durant son entretien arrivant, M. Gaspert (capitaine à Servoud) l'informe qu'il devra rester plusieurs mois à Servoud en attendant qu'une place se libère dans le centre de détention. Il lui apprend aussi que la valise contenant toutes ses affaires a été égarée au cours de son transfert depuis Réaux. Redoutant qu'il se suicide – intention sous-entendue par M. Lemoine, qui répète en pleurant ne voir « plus qu'une seule solution » pour se tirer cette situation –, le capitaine note qu'il faudra le placer en « doublette » et sous « surveillance spéciale », puis il décrit le déroulement de cet entretien arrivant et la situation de M. Lemoine aux membres du personnel pénitentiaire, lors de la commission pluridisciplinaire de mi-journée du jour.

> « Quand je suis arrivé ici [au centre de détention, après le transfert depuis une maison d'arrêt], j'ai vu un médecin parce que c'est systématique. J'avais du diabète et je souffrais d'un pied... d'un orteil. Le médecin m'a prescrit, le jour-même, le port de pantoufles. Je pouvais plus mettre mes souliers. J'ai automatiquement donné... Il m'a fait un certificat médical, je l'ai donné à Sodexo[366] – qui est un commercial –, j'ai commandé les pantoufles à Sodexo à la cantine, et m'a blessure s'est aggravée. On m'a emmené en urgence à l'UHSI, à [ville], vu l'état de ma blessure parce que mon orteil a éclaté d'un coup. […] Alors quand je suis revenu de l'UHSI, on m'a annoncé fièrement qu'on avait reçu mes pantoufles ! Il y a plus grave encore : je reviens amputé, je pouvais pas mettre de chaussures fermées, et le médecin donne un certificat médical au surveillant en disant : "Surtout il faut commander à Sodexo, des nus-pieds", et je les ai eus un mois après. Parce que le cadre médical a piqué une colère noire, est allé voir la gérante de Sodexo et lui a passé un savon monumental ! Le lendemain, j'avais mes nus-pieds. » [M. Maréchal, 70 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 69 ans.]

À la croisée du soutien matériel apporté par le personnel pénitentiaire d'un côté et par le personnel médical de l'autre, M. El Salski estime enfin qu'il aurait tout de même obtenu la délivrance d'une plaque-chauffante par le chef de détention, si le médecin ne lui avait par rédigé une ordonnance médicale, au motif qu'il n'est pas « un jeune »[367] :

> « Après, même sans ma maladie, vu mon âge, le chef de détention il me l'aurait donnée ma plaque. Il l'aurait même déclarée "autorisée" sur l'ordinateur. Mon codétenu il est pas malade, mais il a eu sa plaque par le chef. Si ça avait été un jeune, il lui aurait pas donnée. » [M. El Salski, 45 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 42 ans.]

Le personnel médical semble effectivement apporter plus souvent des formes de soutien aux patients âgés et « primaires », qu'ils identifient comme des « vieux » – en comparaison au soutien apporté aux patients identifiés comme des « jeunes » comme je le montre ensuite. Cela d'abord parce que dans la mesure où ils revendiquent une posture de soumission, les soignants ne les soupçonnent pas de

366. L'entreprise est en charge de la « cantine » et de la « gamelle » dans le centre de détention.

367. Cet objet, permettant de cuisiner dans sa cellule, n'est pas « cantinable » : il est réservé aux « malades chroniques » et prescrit médicalement dans cet établissement. Cette restriction de sa délivrance est justifiée par l'état du réseau électrique de la prison. Déléguer le pouvoir d'attribution de plaques-chauffantes aux médecins permet finalement à la direction de la prison de contrôler leur nombre et leur circulation tout en s'abstenant de formuler des décisions à propos de leur attribution : qui n'a pas d' « ordonnance médicale » n'a pas droit à une plaque-chauffante. Cet objet est en revanche cantinable dans les deux autres prisons étudiées, dont la période de construction est plus récente.

vouloir « détourner » l'aide apportée, c'est-à-dire en avoir un usage autre que celui invoqué et/ou autorisé. Ensuite parce qu'en anticipant leurs attentes, ces patients se conforment à l'une de celles leur apparaissant parmi les plus fondamentales : faire comme s'ils étaient à l'hôpital.[368] Ensemble, ils peuvent reproduire sans fausse note une relation soignant-soigné sur le modèle de ce que les professionnels de santé se représentent être une telle relation ; ils déploient conjointement des efforts visant à transformer le cadre dans lequel s'inscrivent leurs interactions : ils mettent à distance la prison.

6.2.1.3. L'application d'une règle morale

Le personnel médical des établissements pénitentiaires apporte donc des formes de soutien aux détenus, ponctuellement, en donnant un sens symbolique à certaines de leurs manières de faire, comme serrer leur main, ou en usant de leur pouvoir matériel et en leur attribuant des « privilèges » (Goffman, 1968 [1961]), tels que posséder des pantoufles, une plaque-chauffante en cellule, etc. Ces formes de soutien sont néanmoins conditionné par l'application d'une règle que les soignants s'imposent à eux-mêmes et qu'ils font peser sur les autres membres de l'équipe. Cette règle consiste à « ne pas savoir » le motif légal de l'incarcération de leurs patients[369] :

> « On cherche un nouveau dentiste, là. Il y a eu un incident... surtout n'en parle à personne. Monsieur Sidibe [chirurgien-dentiste] examinait la bouche d'un patient – c'était un arabe et tu sais comment ils sont les arabes : des grandes gueules à toujours l'ouvrir. Donc il regardait sa bouche et le patient n'arrêtait pas de lui dire qu'il faisait du mauvais boulot, qu'il fallait qu'il repasse derrière une dent et tout. Monsieur Sidibe s'est énervé, et le patient s'est levé d'un coup et il est parti en courant en l'insultant. Avec du recul, je me dis que j'aurais dû appuyer sur l'API [l'alarme de sécurité], parce que ça aurait pu dégénérer avec tous les instruments qu'on a là. Donc le patient est parti en courant et Monsieur Sidibe était hors de lui, et il lui a craché dessus.

368. Les stratégies du personnel médical pour *ne pas voir* la prison ont été décrites plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.1.1. Une main se tend », p. 139-142 ; « Chapitre 3, section 3.2.1. Un sale boulot », p. 245-249.

369. Trois médecins, parmi lesquels le chirurgien-dentiste dont il est question dans l'extrait d'entretien suivant, ne respectaient pas cette règle informelle dans les établissements étudiés, et ils avaient en commun de faire aussi tous trois l'objet de procédures légales de renvoi. Ces procédures, soutenues par les autres membres de l'équipe – et dissimulées à ces trois médecins –, étaient justifiées par d'autres motifs (respect de règles d'hygiène, violences sur les patients...), mais le fait qu'ils ne tiennent pas la règle était aussi à chaque fois rappelé, informellement, lorsque les soignants abordaient ensemble les procédures en cours.

> Voilà. C'est grave. C'est très grave. L'hôpital l'a appris et c'est pour ça qu'il y a une procédure de licenciement en cours. Il le sait pas encore... *[hésitant avant de poursuivre]* Monsieur Sidibe, il demande aux patients ce qu'ils ont fait. Normalement c'est la règle, on ne doit pas savoir, on ne pose pas cette question. Et moi je suis là, obligée d'écouter. D'ailleurs, ce matin, j'étais avec un arrivant, on discutait : c'était un monsieur âgé, un homme qui paraissait normal quoi. Et je sais pas ce qui m'a pris, je lui ai demandé : "Vous êtes là pour quoi ?" Il m'a dit qu'il était là pour des violences sur sa femme. Ça m'a glacé le sang. J'ai tourné la tête et j'ai fait semblant de regarder le calendrier [qui est accroché au mur]. Je voulais plus le voir, j'osais plus le regarder. » [Mme Roussel, infirmière.]

Les patients identifiés comme des « vieux » sont en fait tout spécifiquement concernés par l'application et le respect de cette règle, car les soignants suspectent les détenus non-racisés et âgés d'être emprisonnés pour des crimes sexuels, qui sont certainement aujourd'hui, en prison comme ailleurs, ceux qui *offensent* le plus *les états forts et définis de la conscience collective* – pour reprendre la célèbre formule d'Émile Durkheim (1960 [1893]).[370] Pour eux, seules ces infractions pénales particulièrement réprimées pourraient expliquer pourquoi ils ont été placés à l'écart de la société, compte tenu de l'association de leurs deux propriétés ci-avant mentionnées, qui protègent d'un enfermement carcéral. Or, ils redoutent de ne plus les voir comme des « patients » mais comme des « détenus », si leurs soupçons devait être confirmés.[371] Ce n'est en fait pas tant ce changement de représentation qui les préoccupe, mais plutôt ses conséquences sur la façon dont ils conduisent leurs pratiques. Car en possession de telles informations, à l'autre extrême, ils pourraient supplanter le soutien pouvant être apporté aux patients par des actions à visées punitives. Une chirurgienne-dentiste refuse de délivrer des médicaments contre la douleur avant et après avoir pratiqué des actes chirurgicaux sur des patients dont elle connaît le motif légal d'incarcération. Un médecin projette dans le mur un brancard sur lequel est allongé un patient, inconscient à la suite d'une

370. Caroline Touraut fait une observation similaire (2015b, p. 50).

371. On retrouve ces mêmes craintes chez les sociologues étudiant l'institution carcérale. Ainsi, décrivant l'évolution de ses postures d'enquête, Corinne Rostaing (2017b) écrit : « L'idée retenue, dès la première enquête dans une prison de femmes incarcérées avec leur enfant, était de suivre le principe adopté par Erving Goffman et de considérer la personne internée en hôpital psychiatrique comme un reclus sans faire référence à sa pathologie, étiquetage qui pourrait le décrédibiliser. J'ai donc considéré la personne incarcérée comme une "personne détenue" au moment de notre rencontre sans qu'il ne soit envisagé d'évoquer la cause de l'incarcération, arguant du caractère a priori peu pertinent de cet élément. J'éprouvais sans doute la crainte que la connaissance d'informations sur le délit ou crime puisse modifier mon jugement moral sur la personne et compromettre la relation d'enquête. »

intoxication médicamenteuse, pour la même raison – sa tête, en bord de lit, se fracasse alors contre la façade en béton. Des infirmières confient travestir des actes techniques afin de produire de la souffrance physique à des patients condamnés pour des infractions sexuelles :

> Une infirmière *[s'adressant à une autre infirmière]* : Tu te souviens de l'époque où le gitan hémophile était là ? Quand j'ai appris qu'il avait violé plusieurs enfants, j'arrivais plus à le soigner. Je m'y reprenais à plusieurs fois pour le piquer. Je voulais lui faire mal.
>
> L'autre infirmière *[hochant de la tête]* : Il y avait aussi le vieux, tu sais, celui qui avait frappé des enfants avec son sexe. Quand j'ai su ça, je faisais exprès de le piquer dans le nerf.
>
> Un infirmier *[s'adressant aux infirmières]* : Il faut tout faire pour ne pas savoir. *[s'adressant à moi]* On a des enfants, nous. On pense à eux. Alors on fait tout pour pas savoir. Quand je les soigne, j'ai pas à les juger, mais ils parlent tout le temps de leurs affaires. Et ce qui me dérange, c'est que jamais *[insistant]* jamais ils parlent des victimes ou de leur responsabilité. Moi, les victimes, j'y pense tout le temps. [Pause-déjeuner dans une Ucsa.]

Pour tenir cette règle leur permettant certes d'instaurer une relation soignant-soigné en conformité à leurs représentations, mais faisant surtout d'eux des « soignants », les professionnels de santé déploient des stratégies. Ne pas « trop discuter » avec les patients.[372] Ne pas participer aux réunions de l'administration pénitentiaire, où les motifs légaux d'incarcération sont fréquemment mentionnés :

372. La règle selon laquelle il ne faut pas « savoir » connaît ainsi un prolongement en terme d' « écoute » : pour ne pas « savoir », mieux vaudrait « ne pas écouter ». Cela explique en partie les conflits déjà décrits entre les membres des Ucsa et ceux des SMPR, qui « écoutent » et même « font parler » les patients. Par exemple, alors que je fais remarquer à M. Lupard (médecin généraliste) que le centre de détention d'Alauposo est la seule des prisons étudiées où équipe-somatique et équipe-psy effectuent leurs activités routinières ensemble, il nuance mon propos en exprimant ses réserves : « *Oui, enfin bon... eux [les psys], c'est Dieu tout puissant. Ils écoutent trop les patients.* » Précisons également qu'en commençant à réaliser des entretiens avec des détenus de Servoud, après deux semaines d'observation, j'ai moi aussi été exclue de l'équipe infirmière, qui m'avait jusque là intégrée : je n'étais plus autorisée à déjeuner avec les soignantes, plus saluée le matin mais ignorée, plus conviée aux pauses-café, etc. Après plusieurs journées se déroulant de cette façon sans que je comprenne ce qui avait entraîné mon exclusion, une infirmière m'a indiqué tout en désignant du menton la fenêtre donnant sur la cour de promenade : « *Toi je te parle plus, parce que tu leur parles à eux. Il faut pas les écouter. Moi je les écoute pas et ça je leur fais bien comprendre.* » J'ai finalement été réintégrée la journée d'après, probablement parce que, ne disant rien des entretiens réalisés, je ne mettais pas en danger leur règle.

> « *[expliquant pourquoi elle ne participe pas aux réunions du personnel pénitentiaire]* Ça casse quelque chose dans la relation de soin : on les voit plus de la même façon, on n'arrive pas à oublier. » [Mme Desmeaux, cadre de santé.]

Leurs connaissances d'informations pénales sur leurs patients pourraient les conduire à restreindre le soutien pouvant leur être apporté (poignée de main, conversation, réalisation de démarches administratives visant à l'attribution de droit sociaux...) et les éloigner de ce qu'ils se représentent être une « relation de soin ».

* * *

Ce premier développement apporte des éléments de compréhension du processus conduisant à l'identification de « vieux » parmi les détenus et de l'appropriation de cette catégorie par des détenus âgés jamais incarcérés auparavant, ainsi que des effets de la posture qui leur est associée sur les formes de soutien dont ils bénéficient. Ces perceptions interactives n'existent néanmoins dans le regard de chacun que parce que ces détenus sont opposés et s'opposent à d'autres personnes emprisonnées : les « jeunes ». L'analyse des sens donnés aux activités médicales selon l'âge et l'intensité de la socialisation carcérale ne peut dès lors prendre sens qu'une fois ce premier développement mis en parallèle à un second, consacré à la performativité de cette catégorie de « jeune ».

6.2.2. Les "jeunes" : une transgression des ordres disciplinaires

Les jeunes détenus ont pour la plupart commencé à être confrontés aux dispositifs de la pénalité durant leur adolescence. Contrôles policiers. Arrestations. Jugement devant un tribunal pour enfants. Emprisonnement. À l'opposé des détenus plus âgés, qui insistent sur leur faible connaissance des institutions judiciaire et carcérale, les plus jeunes mettent fréquemment en avant leur expérience des dispositifs de la pénalité.[373] Tous n'ont pourtant pas été détenus par le passé ; il arrive qu'ils se positionnent de la sorte bien que « primaires » : « *J'ai grandi ici, à Servoud* », dit par exemple M. Messaoud (20 ans, « primaire ») comme pour rappeler qu'il est passé de la fin de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte au cours de ces trois dernières années passées en prison. C'est néanmoins plus fréquemment la succession d'expériences du traitement pénal qui les conduit à insister sur leur connaissance profonde des dispositifs de la pénalité. Mme Lacombe (24 ans), M. Belhadj (26 ans), M. Hochani (26 ans), M. Gassem

373. Ils sont parmi les plus jeunes des patients détenus interviewés. Cf. *supra*, « Tableau des propriétés des patients détenus interviewés », p. 489-.Erreur : source de la référence non trouvée

(27 ans) et M. Rossi (27 ans) sont ainsi parmi les plus jeunes des patients détenus interviewés, et ils ont aussi en commun d'avoir connu plusieurs incarcérations :

> « La première fois, c'était en [année : six ans plus tôt], j'ai fait un mois et demi. Après, je suis retombé en [année : cinq ans plus tôt] et j'ai fait huit mois pleins, et après deux mois de semi-liberté. Et après, en [année : trois ans plus tôt], je suis tombé pour une semaine et demi... […] Je suis tombé dans la violence, j'ai pris un an et ils ont révoqué tous mes sursis. » [M. Hochani, 26 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 20 ans.]

> « J'ai eu trois incarcérations étant mineur. Après, majeur, j'ai fait un mois et puis les seize mois de mandat de dépôt pour cette affaire, mais j'étais en mandat de dépôt et condamné en même temps parce qu'au lieu d'avoir le bracelet – ce qui était prévu –, ils m'ont mis en mandat de dépôt et ils m'ont fait tomber tous mes sursis. Autrement, j'aurais été libérable dans quelques mois. Mais c'est pour ça que j'ai pris cinq ans. » [M. Rossi, 27 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 14 ans.]

La première incarcération remonte souvent à l'adolescence[374], c'est-à-dire une période de vie intermédiaire entre l'enfance et la vie adulte (Galland, 2001) au cours de laquelle on observe généralement un renversement d'une socialisation plutôt verticale à une socialisation plus horizontale dans nos sociétés occidentales. « *J'ai quatre-vingt huit condamnations, je suis rentré en prison la première fois à quatorze ans* », précise par exemple M. Belhadj (26 ans), tandis qu'il évoquait un camarade de collège qui gardait son cartable, la nuit, parce que lui dormait « à la rue » entre deux journées de classe. Deux de ses frères, détenus dans la même maison d'arrêt, disent avec la même insistance[375] :

> « J'ai fait vingt-sept ans de prison » [M. Otmane, 46 ans, patient détenu, frère de M. Belhadj et M. Haddad.]

> « J'ai toujours été en prison » [M. Haddad, 44 ans, patient détenu, frère de M. Belhadj et M. Otmane.]

Si les deux frères de M. Belhadj ne sont pas parmi les plus jeunes des patients détenus interviewés, le croisement de leurs trajectoires met en évidence un élément distinguant radicalement l'expérience de la prison des plus jeunes des détenus à celle des plus âgés, dont il a été question juste avant : M. Belhadj n'était pas encore né lorsque son frère puîné venait d'être incarcéré pour la toute première fois, à l'âge de treize ans. Les jeunes détenus ont en fait fréquemment commencé à être confrontés aux dispositifs de la pénalité à l'adolescence, mais il y ont de plus

374. Précisons que le terme d' « adolescent » est peu utilisé par ces enquêtés, qui reprennent le langage judiciaire et emploient celui de « mineur » pour qualifier cette période de leur vie.

375. M. Otmane et M. Haddad portent en réalité le même nom. Cf. *infra*, note de bas de page n°322, p. 328.

souvent été familiarisés durant leur socialisation primaire, à travers l'expérience de tiers comme des membres de leur famille ou de leur voisinage.[376] Comme nous allons le voir en nous centrant sur leurs relations avec le personnel médical, leurs connaissances sur et dans les prisons produisent de la défiance chez les professionnels impliqués dans le fonctionnement de l'institution carcérale, qui tendent à restreindre le soutien pouvant être apporté à tous ceux qu'ils identifient comme des « jeunes ».

6.2.2.1. M. Gassem : "J'étais quand même curieux de la prison, mon beau-père y avait été"

Les patients détenus les plus jeunes ont donc souvent commencé à être confrontés aux dispositifs de la pénalité durant leur adolescence et ils ont de plus pour certains été familiarisés à l'institution carcérale durant leur socialisation primaire, à travers l'expérience de tiers. M. Gassem décrit ainsi le passé juridico-carcéral de son beau-père, le compagnon de sa mère, sur un ton admiratif : « fiché au grand banditisme », il a effectué quatorze ans de prison dans les années 1970, « pour du braquage ». Il se rappelle que, quand il était enfant, son beau-père lui « montrait ses photos en costard avec ses décapotables et tout ». « Ça m'attirait », analyse-t-il après avoir décrit d'autres souvenirs :

> « J'étais quand même curieux de la prison, mon beau-père y avait été, à [ville de la région parisienne : dans une maison d'arrêt] et à [ville du Sud-Ouest de la France : dans une autre maison d'arrêt] et il me disait que [ville : dans cette dernière], c'était galère avec les gitans. Lui, il a fait les centrales, il m'a dit qu'il y avait pas la télé, que c'était dur. Même quand je suis sorti, même petit, il me disait – j'arrive pas à redire sans prendre sa voix *[prenant une voix plus grave]* : "Didine – c'est ma mère parce qu'elle s'appelle Nadine – Didine, viens ! Regarde, il est défoncé." Et il me disait : "Touche pas à la came, surtout." Après, quand il a su que j'étais passé à la cocaïne, il disait que lui il avait fait l'Indochine, qu'il avait porté ses couilles, qu'on était dans la came [nous], que c'était un truc de baltringue. » [M. Gassem, 26 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 19 ans.]

La socialisation carcérale des jeunes détenus est intense.[377] Ils ont une grande maîtrise des sigles de l'institution carcérale (« Ucsa », « Spip », « UHSI », « QI », « QD »...), des grades et des fonctions du personnel pénitentiaire (« chef de

376. Sur ce point, voir aussi : Patricia Bouhnik et Sylviane Touzé (1996, pp. 330-331) et Gilles Chantraine (2003).

377. Entendons bien : elle est intense en comparaison à celle des patients détenus plus âgés dont il a été question dans la section précédente ; je décris des positions relatives dans ces trois sous-sections consacrées aux « vieux », aux « jeunes » et aux « anciens ».

détention », « surveillant », « capitaine », « brigadier »...) et ils mobilisent un vocabulaire prenant un sens spécifique en prison (« drapeau », « yoyo »...). Leurs connaissances juridiques sont vastes.[378] Ils ont intériorisé le langage judiciaire, parlant de « sursis révoqué », d'être « conditionnable » ou encore d'être « mineur » plutôt que, par exemple, d'être enfant, adolescent ou d'avoir tel âge. Autre exemple, le terme de « criminel » est relativisé selon l'usage qui en est fait dans deux systèmes judiciaires : « *Je suis jamais passé aux Assises donc – officiellement –, je suis pas un criminel... Mais aux États-Unis, vendre de la drogue c'est un crime, donc tout est relatif.* » Leurs catégories de perception du monde social constituent aussi un indice de l'intensité de leur socialisation cognitive aux dispositifs de la pénalité[379] ; le shit est par exemple qualifié de « drogue de prisonnier » : « *Le shit, c'est bien, mais en prison seulement, c'est une drogue de prisonnier pour moi.* » Enfin, à l'opposé des détenus emprisonnés pour la première fois à un âge avancé, il leur arrive de se revendiquer comme étant « chez eux » dans l'établissement où ils sont détenus :

> « C'est à [ville : un centre de détention où j'étais détenu avant] que j'ai fait ça [me scarifier les bras]. Ça s'est très très mal passé pour moi là-bas *[long silence]*. Ça se passait mal avec les détenus... […] Ils sont d'ailleurs, ils sont de loin, ils ont pas de parloirs, ils sont vraiment... en galère, donc ils vivent sur les mises à l'amende. Ils vivent sur du racket, voilà. […] [Les surveillants], ils voulaient [m'aider], mais moi je voulais pas dire qui est-ce qui m'avait fait ça [me lacérer le corps avec un cutter]. Ils voulaient les noms, mais ils m'ont pas vraiment protégé. Ils m'ont changé de bâtiment mais c'est tout...
> *L. M. : ...Ça a recommencé ailleurs ?*
> Ben c'est une prison, alors les bruits ça va vite et ça se suit vite-fait...
> *L. M. : Et ici, il n'y a jamais eu de...*
> *[m'interrompant]* Non ! *[riant]* Ici c'est chez moi, c'est pas possible ici. Vous savez, moi je suis quelqu'un qui assume ce qu'il fait et je suis pas non plus... C'est pas une fierté d'être entré en prison mais... Mais aujourd'hui moi j'en joue avec ça. J'en parle justement. » [M. El Kaouha, 36 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 20 ans.]

Ils avaient souvent déjà des connaissances dans et sur la prison où ils ont été placés, cela même s'il s'agit d'une première incarcération.[380] Par exemple, lorsque

378. Sur la socialisation au droit, voir : Liora Israël, Guillaume Sacriste, Antoine Vauchez et Laurent Willemez (2004) et Claire de Galembert (2014).

379. Sur la socialisation cognitive, voir Eviatar Zerubavel (1999 [1997]).

380. D'autres illustrations ont été données plus haut. On se souvient par exemple de cet arrivant en prison, âgé de 18 ans, qui expliquait à un capitaine de Servoud s'être « embrouillé [avec] Kevin, Ibrahim... » et demandait à être placé au bâtiment D – où sont habituellement placés les « vieux » (Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.3. Orienter », p. 132-138). Les entretiens réalisés avec des détenus plus âgés permettent aussi de l'observer. M. Foucard, 62 ans, a par

M. Gassem est condamné à une première peine de prison ferme directement mise à exécution, cinq ans après avoir commencé à vendre du shit dans un club parisien, il retrouve d'abord un « cousin » dans la maison d'arrêt où il est conduit. Puis le « grand-frère d'un de [ses] potes » à la deuxième incarcération. Et le « pote » en question à la suivante. Ces relations lui assurent un certain maintien de son style de vie, malgré la situation d'enfermement :

> « Ma tante venait voir son fils et elle lui apportait du shit donc c'était bien. […] Tous les dimanches, on recevait depuis le mur des kebabs, du shit, de la vodka... j'avais aussi mon téléphone en cellule.
> *L. M. : Comment vous aviez tout ça ?*
> C'était les petits qui travaillaient à l'usine […]. Ils nous remplissaient des bouteilles, ils nous faisaient des paquets et ils les lançaient de l'autre côté du mur. Nous on allait les récupérer, on versait la vodka dans des bouteilles vides de cristalline et le tour était joué.
> *L. M. : Vous les payiez comment ?*
> Non, on les payait pas, on les forçait à le faire. C'est des petits. Des fois, on leur disait qu'on irait voir leurs petites sœurs, parce qu'elles étaient scolarisées avec... enfin voilà... on les forçait. *[Prenant un ton plus assuré]* Y'en a qu'on forçait et y'en a qui étaient fiers de nous rendre service, à nous les grands. […] Heureusement, je suis arrivé [en centre de détention, après un transfert] avec un peu de shit. J'ai eu de la chance : c'est mon ancien codétenu de [ville : la maison d'arrêt] qui... J'ai été transféré le [jour] et [jour : la veille] il avait parloir avec sa femme, donc il m'en a donné un peu et je suis arrivé ici avec cinq grammes à peu près, et là il me reste je sais pas *[tirant de sa chaussette une bande de shit et me la présentant]*. Il y a combien là ?
> *L. M. : Franchement, j'en sais rien.*
> Ouais, donc voilà. Il me reste que ça. Je dors avec, je l'ai toujours sur moi. On n'est pas trop fouillé ici, ça va, mais au début je dormais avec entre mes fesses... excusez-moi, mais c'est juste la vérité. » [M. Gassem, 26 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 19 ans.]

Elles lui permettent d'obtenir diverses marchandises qui ne sont autorisées ni en prison (vodka, téléphone...), ni ailleurs (shit, cocaïne...) ou qui ne sont pas

exemple demandé à ce que son neveu (20 ans, « primaire ») soit affecté à sa cellule : « *Je suis avec mon neveu [en cellule] : il a fait des conneries, alors il faut bien qu'il paye. […] C'est moi qui ai demandé [à ce qu'il vienne avec moi] : comme il se faisait mettre à l'amende, j'ai préféré l'avoir avec moi comme je suis assez respecté...* ». M. Miller (41 ans, « quinze ou seize » incarcérations) a voulu faire de même avec son petit-frère (21 ans, « primaire ») mais leur cohabitation a été de courte durée – ce qu'il explique par le fait qu'il soit « jeune » : « *Il peut s'en sortir [mon frère], je lui ai dit en plus. Parce qu'il s'est bagarré lui quand il est arrivé. Quand il était arrivant, le chef il m'a appelé, il m'a dit : "Y'a votre frère il veut venir avec vous [en cellule]." Mais comme il est jeune, on s'est pas entendu dans la cellule. Il tenait pas en place.* »

« cantinables » (kebab). Et à ces biens dont il serait privé sans ce soutien s'en ajoutent d'autres, obtenus par le biais de médecins (buprénorphine, « lait »)[381] et troqués en partie ou en totalité avec d'autres détenus.

6.2.2.2. L'amplification d'une disposition calculatrice

Les jeunes détenus ont donc pour la plupart une longue expérience des dispositifs de la pénalité, et l'adaptation à la situation d'enfermement d'une partie d'entre eux, dont la posture connaît une forte visibilité parce qu'elle est surveillée et sanctionnée, semble prendre la forme d'une résistance aux ordres disciplinaires traversant l'institution, permise par les connaissances accumulées :

> « J'ai essayé de faire rentrer du shit au parloir et ils m'ont attrapé. Du coup j'ai pris quatre mois en plus. Mais je fume pas le shit dehors moi, c'est ça le pire ! Y'a que ici. J'ai connu le shit en [année : il y a six ans à la 1ère incarcération], en prison. Et quand je suis sorti, c'était le 31 décembre – le jour de la Saint-Sylvestre –, et donc quand je suis sorti, j'ai continué à fumer quatre ou cinq mois dehors et puis j'ai arrêté du jour au lendemain. Ça servait à rien. Et là j'ai repris le [jour/mois/année : jour de la réincarcération]. » [M. Hochani, 26 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 20 ans.]
>
> « Ça m'est arrivé de faire rentrer un peu de came. Pour mon pote, j'ai fait rentrer de l'amnésia, c'est une beuh qui vous fait halluciner, et j'ai fait rentrer des champignons et de la salvia aussi. Vous savez, vous pouvez aller sur internet, vous trouvez tout sur Internet. Vous commandez comme ça. On a tous des portables, on commande sur Internet. Après, vous allez autour de la prison, les [détenus travaillant aux] espaces-verts récupèrent les colis qu'on nous dépose juste de l'autre côté des grilles. » [M. Stocovic, 21 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 15 ans.]

Ils s'adaptent à la situation d'enfermement en développant des pratiques qui, pour certaines, contreviennent aux règles et aux normes soutenues par les professionnels engagés dans le fonctionnement des établissement et pouvant de ce fait être sanctionnées. Ces pratiques sont des adaptations à l'emprisonnement carcéral dans la mesure où elles ne sont pas nécessairement poursuivies hors de l'institution : M. Hochani ne « fume pas le shit dehors » ; M. Stocovic a entrepris de sevrer du Subutex prescrit à l'incarcération en prévision de sa libération de prison prévue l'année suivante, sans avertir le médecin de sa démarche, troquant les comprimés distribués par les infirmières :

381. Je ne développe pas davantage ces pratiques de prescription et de troc, les ayant décrites plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.2.3. Le contrôle de la consommation de médicaments », p. 253-258.

> « Pour mon sub', je sais que si je le garde, quand ça ira pas j'irai taper dedans. Et je sors l'année prochaine, donc je me remets au sport et je suis en train d'arrêter un peu tout ça. […] je veux sortir clean, je veux pas retomber dans un cercle vicieux comme ça, je veux rester avec mon shit et ma beuh et c'est tout. » [M. Stocovic, 21 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 15 ans.]

Les jeunes détenus comptent en fait peu voire pas sur le support des professionnels rencontrés en prison : ils savent depuis longtemps qu'ils sont du « mauvais côté » de la barrière, en prison comme « dehors », et l'accumulation d'expériences vécues comme des injustices, en prison comme « dehors », semble les avoir amenés à mettre en doute leur pouvoir et à ne pas leur reconnaître de légitimité :

> « Un an en arrière, un pote – légèrement plus qu'un pote –, Mathieu Duprès, et ben tellement qu'ils l'ont poussé à bout il s'est suicidé. Moi ils m'avaient mis au B0 et lui il était au B1, sauf que moi j'étais de l'autre côté. Je lui avais écrit une lettre, mais lui il savait pas lire et il a demandé au surveillant s'il voulait pas lui lire la lettre que je lui avais écrite. Le surveillant, il lui a déchiré la lettre, il lui a jeté dessus et il a claqué la porte. Le soir, je vois le brancard passer... je sentais un truc. Le surveillant [un autre] m'en a parlé... Ils ont tapé une demi-heure de massage cardiaque et c'est pas reparti. Le surveillant, bien sûr, il a pas été sanctionné parce que, bien sûr qui dit surveillant dit État. Ça se soutient. Il y a un surveillant [l'autre], il est venu me voir, et il m'a dit : "Leur attitude est déplorable mais on pourra rien faire parce que c'est des surveillants et l'État on n'y touche pas." Il faudrait des preuves matérielle et c'est pas ici qu'ils vont se faire chier à garder des preuves matérielles. » [M. Stocovic, 21 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 15 ans.]

Ils s'appuient sur des connaissances accumulées à travers leurs expériences des dispositifs de la pénalité pour améliorer leur quotidien en prison (troc, vente...) et pour supporter l'emprisonnement (placement dans la même cellule qu'un ami, communications par « yoyo »[382], cantines communes, prises de produits aux effets recherchés, usage d'un téléphone...), et, si ces adaptations peuvent les amener à déroger à des normes et à des règles instituées, il ne cherchent pas à déstabiliser l'institution. Leur résistance supposée aux ordres disciplinaires traversant les établissements pénitentiaires semble en fait plus résulter de l'intériorisation d'une

382. Le « yoyo » est une cordelette utilisée par des détenus pour communiquer de cellule à cellule en se faisant passer par la fenêtre des objets de petite taille, comme des cigarettes ou des mots. C'est à un yoyo que fait allusion M. Stocovic, dans l'extrait d'entretien cité juste avant, lorsqu'il précise : « sauf que moi j'étais de l'autre côté » ; il avait beau être au rez-de-chaussée du bâtiment et son ami à l'étage juste au-dessus, le fait que leurs fenêtres ne donnent pas sur la même façade les a empêchés d'employer ce procédé pour communiquer ensemble.

disposition calculatrice, dont le développement a pu être favorisé par la confrontation durable au traitement particulièrement rationalisé et rationalisant des dispositifs de la pénalité,[383] mais qui s'explique vraisemblablement d'abord par la succession d'expériences sociales les ayant amenés à conclure ne pouvoir compter sur personne d'autre qu'eux-mêmes :

> « À 14 ans, [la première incarcération] c'était pour des violences. Je m'en souviens bien. On était plusieurs à avoir mis des coups à une personne mais moi, comme j'étais petit, j'étais têtu, je parlais pas, les autres ils m'ont tout mis sur le dos et moi je me défendais pas, donc j'ai tout pris sur moi. Ils m'ont incarcéré avec... Il y en a un qui a été incarcéré ailleurs et celui qui avait fait le plus de violences est sorti le premier. Et ça, je l'ai mal vécu. J'ai compris qu'il fallait que je me défende plus. » [M. Rossi, 27 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 14 ans.]

Afin de conserver une prise sur leur quotidien, ils l'envisagent selon des calculs, c'est-à-dire des stratégies dont les coûts et les bénéfices sont anticipés. Je parle là de quotidien, en général, car cette *disposition calculatrice* ne semble pas activée en prison, mais bien amplifiée dans ces conditions.[384] On observe en effet ses manifestations dès l'incarcération, à travers le « choix » du bâtiment d'affectation[385] et, avant même cela, à travers celui de la prison. Ainsi, alors que M. Lemoine (69 ans, 1ère incarcération à l'âge de 66 ans) n'avait découvert dans quelle prison il venait d'être transféré qu'à sa sortie du bus pénitentiaire, s'interrogeant alors sur la ville où il était désormais emprisonné,[386] la détermination de l'établissement où effectuer sa peine est rarement laissée au hasard du côté des plus jeunes des détenus ou, plus exactement, elle n'est pas seulement subie par les administrations judiciaire et pénitentiaire. Cela d'abord car leurs connaissances de la géographie carcérale leur permettent de comparer les établissements les uns aux autres :

> « Alauposo, c'est une des trois prisons les plus pourries de France. Pas au niveau structurel, mais au niveau attitude des surveillants : ils sont à la campagne, ils se croient chez eux. Ici, ils vous parlent pas comme à Toulouse ou à Paris ; là-bas, si y'a un surveillant qui parle mal, le soir y'a les potes du détenu qui sont dehors et qui le frappent. Ici, il se passe rien. Il y a des gens

383. La détermination de la peine et le calcul des « jours de RPS » en sont sans doute parmi les expressions les plus édifiantes.

384. Cela demeure une supposition en l'état, puisqu'il faudrait étudier ses éventuelles manifestations dans d'autres configurations qu'un enfermement carcéral pour approfondir cette observation sur laquelle je reviens plus en détail par la suite.

385. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.3. Orienter », p. 132-138.

386. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 6.2.1.2. L'activation d'une disposition élitiste », p. 352-361.

> qui vont faire des menaces, sauf que le lundi tu le vois arriver [le surveillant]... et rien. […] J'en ai fait des prisons et je suis jamais tombé sur des connards pareils. Parce qu'ici c'est un petit village ; il y a une ville pas très loin, mais c'est vachement familial. Vous voyez Madame de Quin [cheffe de détention] ? Eh ben elle, tout le secteur qui est autour, toutes les terres que vous voyez là, et ben c'est à elle.
> *L. M. : Comment vous le savez ?*
> C'est des connaissances de mon père qui me l'ont dit. Et tout ça, c'est un ramassis de types... Il y a un gars, son beau-frère, son cousin... C'est super familial et ils aiment bien faire les putes des fois. » [M. Stocovic, 21 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 15 ans.]

Leurs connaissances s'accroissent au fur et à mesure de placements en prison et ils demandent ou ils font en sorte d'être conduits ou transférés dans un établissement qui corresponde le plus aux normes recherchées. Ainsi, après avoir été emprisonnée dans trois établissements différents, Mme Lacombe a fait part aux magistrats de sa préférence pour le quartier femmes de Rodan à l'annonce de sa condamnation à une peine de prison ferme directement mise à exécution, lors de son dernier procès[387] :

> « Je suis originaire de [ville : une autre région qui compte une maison d'arrêt], mais quand je suis tombée j'ai demandé à venir ici parce que là-bas la prison est pourrie. » [Mme Lacombe, 24 ans, incarcérée pour la 1ère fois à 14 ans.]

Emprisonné dans sept établissements pénitentiaires au cours des sept dernières années, il est de même arrivé à M. Gassem de mobiliser ses connaissances de la géographie carcérale pour s'émanciper des règles de la carte judiciaire ; réaliser une « petite bêtise » de plus dans une ville où il a des connaissances lui permet ainsi d'échapper au placement dans une maison d'arrêt où il ne connait personne, quitte à effectuer ensuite une peine plus longue dans l'établissement pénitentiaire « choisi »[388] :

---

387. J'ai décrit une interaction de ce type à l'annonce des délibérés. Cf. *infra*, « Chapitre 1, section 3.1.2. Un récit de soi : parler d'une santé déficiente », p. 65.

388. Sa stratégie n'a rien d'exceptionnel comme on le voit en la rapprochant à d'autres, qui furent utilisées dans un autre contexte socio-historique. Données quantifiées à l'appui, Michelle Perrot (2001) observe ainsi qu'en 1854, lorsque l'État français instaura la transportation coloniale pour les longues peines, deux phénomènes parallèles émergèrent : une augmentation du nombre d'actes délictuels réalisés en prison par des détenus d'une part, et une augmentation des condamnations à des peines supérieures à huit ans d'enfermement d'autre part. Elle en conclut que, là aussi, des détenus provoquaient volontairement des incidents en prison, espérant être conduit à Cayenne plutôt que rester en prison (p. 166), et que des justiciables aggravaient volontairement leur crime, préférant être condamné à la

> « *L. M. : Comment ça se fait que vous étiez à [ville : une autre maison d'arrêt de la région parisienne] et pas à Fleury par exemple ?*[389]
>
> J'étais à [ville : l'autre maison d'arrêt de la région parisienne] parce qu'à chaque fois, je me faisais arrêter dans [son département]. Une fois, j'ai failli aller à Fleury, j'ai été arrêté à [quartier : Paris] avec de l'héro' et de la cocaïne. Mais j'allais passer "libre" au tribunal de Paris un mois plus tard. Et, entre temps, comme je savais que j'allais partir à Fleury [en étant condamné lors de ce procès] et que je voulais pas y aller, du coup j'ai fait une petite bêtise à [ville : une ville de l'autre département où il y a une maison d'arrêt] pour être arrêté là-bas et être jugé [pour l'affaire parisienne] en étant incarcéré à [ville : la prison de l'autre département] et y rester. » [M. Gassem, 26 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 19 ans.]

Les critères guidant le « choix » de la prison ne sont donc pas les mêmes pour toutes et tous. Pour Mme Lacombe, il y a moins d' « activités », les cellules sont « pourries » et les surveillantes sont moins « sympas » à la maison d'arrêt située à proximité du domicile familial. Pour M. Stocovic, il s'agira désormais de faire en sorte de ne pas être transféré dans un établissement situé en pleine campagne, où le rapport de force entre détenus et surveillants lui paraît plus asymétrique – ou moins favorables aux détenus – que dans les prisons des grands centres urbains.

---

transportation définitive plutôt qu'à l'emprisonnement (p. 185). Dans le contexte contemporain à cette recherche ensuite, et en prenant un peu de distance avec le seul fonctionnement des institutions punitives, la stratégie de M. Gassem peut aussi être rapprochée à d'autres stratégies, mieux connues, ou tout du moins plus souvent étudiées par les sociologues. Si la « carte judiciaire » a en effet peu fait l'objet de recherches (Cahu, 2015), c'est moins le cas d'une autre spatialisation du traitement institutionnel : la « carte scolaire ». On sait ainsi que les familles les plus aisées s'installent dans des quartiers qui permettront à leurs enfants d'accéder aux établissements scolaires les plus côtés (Fack, Grenet, 2009 ; Merle, 2012) ou qu'elles usent de fausses adresses afin de contourner cette carte (Barrault-Stella, 2017), et que l'assouplissement de ses règles tend de même à favoriser les élèves issus de milieux sociaux plutôt privilégiés, ce qui accentue de fait les inégalités entre élèves selon leurs origines sociales (Merle, 2011). Si l'on peut sembler faire le grand-écart en rapprochant ces stratégies, c'est seulement du fait de leur contour normatif : elles nous renseignent, dans les deux cas, sur les marges de manœuvre déployées par des individus face à des régulations institutionnelles, selon l'état de leurs connaissances et leurs schèmes normatifs.

389. Pour comprendre pourquoi je lui pose cette question et sa réponse, sans doute faut-il disposer de quelques connaissances sur cette « carte judiciaire » et savoir que les hommes condamnés à une peine de prison ferme pour des infractions commises à Paris, et donc jugées par son tribunal, sont normalement emprisonnés à la maison d'arrêt de Fresnes ou à celle de Fleury-Mérogis. M. Gassem n'a en fait jamais été détenu dans l'un ou l'autre de ces deux établissements, bien que condamné à une peine de prison ferme pour avoir vendu de la cocaïne dans des bars de nuit de la capitale, ce qui m'interroge durant l'entretien : d'où ma question puis son explication.

Pour M. Gassem enfin, le plus important semble être d'effectuer ses peines de prison dans des établissements où il a des connaissances. Quels que soient ces critères, ils sont la manifestation d'une *disposition calculatrice* pouvant intégrer l'éventualité d'une sanction, comme on l'a vu à travers la « petite bêtise » de M. Gassem, voire visant précisément ses conséquences, comme on le voit à la façon dont M. Rossi explique avoir « fait exprès » de mettre le feu à son collège lorsqu'il était plus jeune – un exemple permettant d'insister sur le fait que, comme je l'évoquais plus tôt, cette *disposition calculatrice* ne semble pas *activée* par la situation d'enfermement carcéral mais bien *amplifiée* dans ces conditions :

> « J'ai fait plusieurs foyers quand j'étais jeune, mais je suis parti à chaque fois. […] Mon père je le connais pas, je connais que ma mère. J'ai vécu avec elle jusqu'à... jusqu'à mes quatorze ans. Après j'ai été en prison, et après en maison d'accueil. Mais en fait, il s'est passé quelque chose dans la famille d'accueil, et après je suis parti... Dans la maison d'accueil en fait, c'était l'anniversaire de la mère, et elle avait une fille, et il y avait un ancien... C'était un ancien qui avait vécu dans la famille et qui travaillait à l'armée. Il est venu rendre visite et il nous a proposé de nous emmener dans un bar, prendre un verre et au retour on a eu un accident de voiture, et sa fille est morte dans l'accident... Ils me faisaient des reproches tout le temps après. J'avais 14 ans moi. J'étais à l'arrière, je pouvais rien faire. J'ai préféré partir. J'étais resté huit mois dans cette famille avant, mais après, le matin, dès que je me levais elle me parlait que de ça. Alors j'ai fait exprès, j'ai été au collège et j'ai mis le feu pour me faire virer du collège. Parce que je savais que comme ça ils me changeraient de collège et que donc ils me vireraient de la famille. Après, ils m'ont confié à mon grand-frère. C'était déjà mieux. À l'époque il avait dans les 32 ans alors j'ai mûri très très vite. » [M. Rossi, 27 ans, incarcéré pour la 1ère fois à 14 ans.]

En étudiant cette posture supposée de résistance au prisme de l'intériorisation d'une *disposition calculatrice*, je suggère finalement que l'anticipation de ses actions en termes de but et de moyens permettant de les atteindre, dont certains peuvent contrevenir à des normes dominantes et/ou légales, ne constitue pas des outils théoriques – comme ils ont pu être conceptualisés dans le champ de la sociologie de la déviance –, mais bien une façon de penser, de voir, d'agir et de réagir pouvant être intériorisée par des individus durablement confrontés à certaines expériences sociales, parmi lesquelles des expériences développant le sentiment de ne pouvoir compter sur rien ni personne d'autre que soi, et que cette disposition est ensuite *activée* ou *amplifiée* face à d'autres situations, comme l'enfermement dans un établissement pénitentiaire.

6.2.2.3. L'expression d'une défiance réciproque

Cette *disposition calculatrice* intériorisée par une partie des plus jeunes des détenus a notamment pour conséquence qu'ils reconnaissent le pouvoir matériel détenu par les professionnels impliqués dans le fonctionnement des prisons, parmi lesquels le personnel soignant : les professionnels sont perçus comme pouvant leur apporter un soutien pratique et de meilleures conditions de vie, en allant par exemple porter un courrier à un ami emprisonné dans une autre aile du bâtiment, en donnant un travail à effectuer dans la prison ou en prescrivant un médicament. Mais de leur côté, ces professionnels observent que ces « jeunes », comme ils les appellent, ne reconnaissent pas la détention d'un pouvoir symbolique :

> « Ici, je soigne pas comme dehors. C'est pas le soin qui est différent, c'est la relation avec le patient. Ils viennent te voir quand ils vont mal, ils sont tout gentils et puis après quand ça va mieux, quand tu les croises dans les couloirs, ils font comme si de rien n'était. C'est comme s'ils te connaissaient pas : ils disent pas "bonjour", ils font les fiers avec leurs copains. » [M. Giraud, infirmier.]

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les soignants, observant des pratiques telles que celles décrites juste avant par M. Gassem ou M. Stocovic, qui revendent des produits obtenus de la part des médecins, ils considèrent de plus qu'il s'agit là de « détournements » de leurs pratiques : du « trafic ». Défendant les frontières de leurs activités et leurs normes professionnelles, ils limitent alors le soutien pouvant être apporté aux patients identifiés comme des « jeunes », parce qu'ils les suspectent de ne pas se conformer à leurs attentes. En fait, si l'on traduisait cette observation en langage goffmanien (1968 [1961]), on pourrait dire que les *adaptations secondaires* mises en œuvre par les plus âgés des détenus (passer un appel avec le téléphone d'un surveillant, se faire remettre des « chaussons médicaux » ou une « plaque-chauffante »...) sont *intégrées*, tandis qu'elles sont *désintégrantes* pour ce qui concerne les plus jeunes, dans la mesure où ils sont perçus comme ayant « la ferme intention [...] de modifier radicalement [la] structure [de l'institution] » (p. 255).

Privés de soutien matériel contrairement à d'autres détenus, certains de ces jeunes détenus ayant une longue expérience de l'institution puisent alors dans des connaissances accumulées et des compétences acquises à travers diverses expériences sociales pour en obtenir malgré tout, même si cela implique de duper des professionnels ou de déroger au règlement de l'établissement, et en intégrant le risque que des sanctions pénales, disciplinaires ou informelles restreigne encore un

peu plus leurs « libertés » voire prolongent leur peine.[390] Et observant quelques-unes de ces pratiques perçues comme du « trafic » ou du « détournement », le personnel médical tend alors à réserver le soutien matériel pouvant être apporté aux patients identifiés comme des « jeunes ». Alors, privés de soutien matériel, certains de ces jeunes patients puisent dans des connaissances accumulées et des compétences acquises à travers diverses expériences sociales pour en obtenir malgré tout, même si cela implique de duper des professionnels ou de déroger au règlement de l'établissement. Et observant quelques-unes de ces pratiques, les professionnels de santé tendent alors à réserver le soutien matériel pouvant être apporté aux patients identifiés comme des « jeunes »... Et ainsi de suite.

* * *

L'espace social du travail médical est donc structuré par une première opposition entre les plus jeunes et les plus âgés des patients détenus, à laquelle correspond globalement une opposition dans l'intensité de leur socialisation carcérale, dont découle des perceptions antagonistes du personnel médical, qui sont interactivement façonnées par le traitement socialement différencié auquel les détenus sont soumis, selon qu'ils sont identifiés comme des « vieux » ou des « jeunes » au sein de l'institution. L'analyse des correspondances multiples à laquelle j'ai procédé afin de schématiser les divisions présentes au sein de cet espace social a néanmoins un inconvénient : elle fait disparaître des individus s'écartant de cette double opposition binaire. Certains sont pourtant très spécifiquement identifiés comme à part, tant par les professionnels exerçant en prison que par les autres détenus,[391] et cela même s'ils sont peu nombreux. Ces détenus sont désignés et se désignent par le terme d' « anciens ».

6.2.3. Les "anciens" : une promotion des ordres disciplinaires

Certains détenus sont parmi les plus âgés au sein des prisons où ils sont emprisonnés et ils ont aussi acquis une longue expérience des dispositifs de la pénalité. C'est le cas de M. Cholet (66 ans, détenu à Rodan) et de M. Chambert (70 ans, détenu à Alauposo) qui, tout comme la plupart des plus jeunes patients détenus interviewés, énumèrent les villes où ils ont été emprisonnés et les peines de prison déjà effectuées :

390. Ces sanctions peuvent en effet prendre diverses formes : condamnation pénale, retrait de « crédit de réduction de peine », placement au quartier disciplinaire, « drapeaux » ignorés par les surveillants, « déclassement » au travail...

391. De même que par les chercheurs étudiant l'institution. Voir à ce titre les typologies proposées par Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2000) et Lucie Bony (2014).

> « J'ai connu la [nom : maison d'arrêt de la région parisienne], la centrale de [ville au Nord de la France], ensuite j'ai connu... donc, ben ici, Rodan, [ville : une autre maison d'arrêt près de Rodan], le CD[392] de [ville : à proximité] oui, et puis Alauposo, qui est un centre de détention un peu disciplinaire. J'ai fait des petites peines à chaque fois... Enfin, si on peut appeler ça des petites peines. J'ai fait du six ans, du dix-huit mois, du six ans, puis quatre ans, puis trois ans, après dix ans, et j'ai eu une confusion [de peine]. Voilà, ça s'est échelonné sur toute ma vie, depuis mes vingt-et-un ans. » [M. Cholet, 66 ans en 2012, incarcéré pour la 1ère fois en 1967.]

À l'instar du beau-père de M. Gassem, dont ce dernier décrivait le parcours au sein du « grand banditisme » sur un ton admiratif,[393] leurs premières incarcérations remontent aux années 1960-1970 : M. Cholet avait une vingtaine d'années lorsqu'il a été placé pour la première fois en prison, en 1967 ; M. Chambert en avait dix-neuf : c'était en 1962. Ils ont certes acquis une longue expérience des dispositifs de la pénalité, mais ils ont de surcroît participé à façonner l'institution carcérale contemporaine : ils ont pris part aux grandes révoltes de prisonniers conduites au sein des prisons françaises au début des années 1970.[394] En prison, les professionnels impliqués dans le fonctionnement

392. Centre de détention.

393. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 6.2.2.1. M. Gassem : "J'étais quand même curieux de la prison, mon beau-père y avait été" », p. 366.

394. Les révoltes des années 1970 ont aussi participé à façonner le champ de la recherche en sciences sociales sur la prison. Elles ont d'abord impulsé la création du Groupement d'information sur les prisons (GIP), par Jean-Marie Domenach, Michel Foucault et Pierre Vidal-Naquet (Artières *et al.*, 2003 ; Salle, 2004), à l'origine de premières enquêtes conduites clandestinement au sein d'établissements pénitentiaires *via* des questionnaires, puis la parution de *Surveiller et punir*, dont Michel Foucault avait retardé la publication à l'année 1975 afin de ne pas rendre inaudible les discours et les revendications des détenus (Boullant, 2003). L'influence de *Surveiller et punir* sur les analyses contemporaines des institutions de la pénalité s'avère majeure. Et cet ouvrage a aussi une influence sur le regard que les professionnels impliqués dans le fonctionnement des prisons développent sur leurs pratiques : il n'est en effet pas rare qu'ils se réfèrent aux analyses foucaldiennes, comme on le voit par exemple dans cet extrait de l'entretien conduit avec Mme Schaffert, psychologue-PEP au centre de détention d'Alauposo : « *Après, il y a une pression panoptique énorme en prison. C'est juste hallucinant cette pression panoptique. Tu vois Lara, en une heure en entretien avec toi, j'ai reçu un premier coup de fil du PCC [poste de contrôle des surveillants] qui voulait me faire remarquer qu'ils savaient que j'étais avec toi. Alors ok, c'est sur le ton de la plaisanterie : "Raconte-lui pas trop de bêtises à la sociologue", il me dit le surveillant. Mais ça, c'est juste pour me faire remarquer qu'ils savent qu'en ce moment je suis avec toi. Ici, tout se sait. […] Ça, c'est la pression panoptique. Ça me met hors de moi. Ici, tout est observé, tout le temps. L'AP [Administration pénitentiaire] veut tout savoir, sur tout. Et pour le médical, c'est pareil. Il y a une vraie tension entre la pénitentiaire qui veut tout savoir et le médical qui veut protéger le secret médical. Après, pour ce qui est des pathologies, de toute manière tout se sait parce que les détenus en parlent aux surveillants et ensuite, les*

général des établissements les considèrent à part, comme nous allons le voir en nous centrant sur leurs relations avec le personnel médical : les « anciens » sont perçus comme des alliés ; partageant leurs façons de penser et d'agir, ils s'investissent dans leurs *croisades morales* (Becker, 1985 [1963]) : ils promeuvent à leurs côtés les ordres disciplinaires traversant l'institution.

6.2.3.1. M. Chambert : "La détention, c'est plus ce que c'était"

Les détenus incarcérés pour la première fois dans les années 1960-1970 racontent leur parcours sur un ton nostalgique. Décrivant des événements vécus en prison durant les quatre ou cinq dernières décennies, ils les replacent dans leur contexte socio-historique : c'est en fait plus la transformation de l'institution carcérale qu'ils décrivent en racontant leur « histoire » que leur propre parcours. Par exemple, M. Cholet revient sur une grève de la faim réalisée en protestation contre une condamnation pénale à la fin des années 1980 et, faisant le récit de cet événement, ce n'est pas vraiment son expérience qu'il décrit, mais plus comment s'établissaient les relations entre détenus et soignants avant que les espaces médicaux des prisons ne soient placés sous la responsabilité du ministère de la santé[395] :

> « Moi je me souviens j'avais fait une grève de la faim à l'époque à la Santé et j'ai fait vingt-deux jours de grève de la faim. Et c'était des infirmières de l'AP[396] qu'on avait. Les dentistes, tout ça, c'était l'AP. Vous aviez une rage de dent, on l'arrachait. On cherchait pas à soigner. Et je me souviens, l'infirmière, on la voyait gentille alors elle vous donnait un morceau de sucre. Parce que tous les soirs, on vous prenait la tension, on envoyait le taux d'acétone et tout dans les analyses d'urine et tout, et il fallait qu'elle l'envoie au procureur. Tous les soirs. […] Et des fois, les infirmières elles vous disaient : "Tenez, prenez ça, ça vous aidera à tenir." Et si on avait le malheur de prendre le morceau de sucre, elle le disait au juge. Vous voyez ce que je veux dire ? C'était méchant ! Alors ça, quand on savait ça, fallait pas prendre de sucre, fallait tricher quoi. Parce qu'ils le voyaient sinon. » [M. Cholet, 66 ans en 2012, incarcéré pour la 1ère fois en 1967.]

surveillants en parlent aux rapports. Donc ça finit dans les dossiers, et l'AP glane comme ça les infos. »

395. J'ai décrit ce transfert de compétence plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 4.1. L'institutionnalisation d'une entreprise de connaissance », p. 162-164.

396. Administration pénitentiaire.

Leurs tons et leurs propos prennent la forme d'une leçon d'histoire.[397] Ils parlent de la fermeture des couloirs de la mort, des anciennes « infirmeries pénitentiaires » devenues « Ucsa », des « galons » parfois octroyés en récompense d'un comportement jugé « bon » – aujourd'hui à mi-chemin entre les « RPS » et la « cantine » – ou encore des « fioles » dans lesquelles les médicaments étaient autrefois distribués.[398] Ce qui prédomine dans leurs discours, c'est la comparaison entre un « avant » et un « maintenant » :

> « Là où le changement je l'ai senti, c'est qu'avant c'était les détenus qui tenaient les prisons. Par exemple à Servoud, c'est encore des Al Qaida qui tiennent la prison. Ici ils seraient presque prêts à... je vais pas dire à sucer, mais c'est ça... ils seraient presque prêts à sucer pour avoir un travail. Maintenant, avec la télé, tout ça... Avant on lisait, on s'instruisait. En fin de compte, le cheval est revenu au galop, les gens sortaient avec un diplôme… C'est une époque où on passait des diplômes de droit, de psycho, pour comprendre le système carcéral. C'était l'époque des radios libres, beaucoup de gens fantasmaient sur la prison, des femmes venaient visiter. […] C'était à cette époque là, vous savez... Vous aviez des galons pour fumer – par exemple, vous aviez droit qu'à un petit paquet de tabac et selon vos galons... Quand vous aviez un comportement agréable, vous aviez plus de galons et vous pouviez avoir plus de tabac. À l'époque, on fumait dans des bouteilles pour récupérer la fumée dans la bouteille après et la respirer dans la gorge. À Servoud, [quand] vous entriez, vous alliez à l'épuration : ils mettaient vos affaires dans un tunnel et vous les récupériez chauds de l'autre côté. C'étaient des paillasses, aussi, pour dormir : on prenait la paille et on faisait notre matelas. Il y avait une sorte de grand balais : il fallait cirer les parquets. Et on mangeait un jour sur deux à cette époque-là. Les yaourts, les salades... ça existait pas. » [M. Chambert, 70 ans en 2013, incarcéré pour la 1ère fois en 1962.]

Comparant l'institution carcérale à deux périodes socio-historiques, ces « anciens », comme ils se présentent, décrivent finalement leur acquisition progressive de droits : accès à la presse, création des cantines, obtention de parloirs sans cloison, droit à la scolarité, droit à la santé... Et ils mettent l'accent sur le fait

397. Cela pourrait s'expliquer par la relation enquêtrice-enquêté et, plus exactement, par nos appartenances générationnelles respectives – ils sont nés dans les années 1940 et l'enquêtrice à la fin des années 1980 –, mais les observations conduites montrent que leurs ton et leurs propos sont similaires lorsqu'ils échangent avec des personnes appartenant à leur génération mais n'ayant pas non plus connu les prisons de « l'époque ».

398. Avant la réforme de 1994, les médicaments donnés aux détenus étaient dilués et distribués sous la forme de « fioles pénitentiaires », afin de réduire les possibilités de faire du « trafic » et d'empêcher les suicides. Sur ce point, voir : Bruno Milly (2001, pp. 94-95).

que ce sont eux, c'est-à-dire les détenus, qui les ont obtenus, ces droits, à travers leurs revendications et leurs luttes :

> « Moi j'ai connu tous ceux qui ont fait la une des journaux, la révolution Fleury-Mérogis, ceux qui sont montés sur le toit, j'ai connu aussi dans la cour de Fleury-Mérogis, quand tout le monde s'est ouvert les veines et qu'ils nous ont lâché les chiens et quand on est rentrés, on nous attendait avec les barres à mines pour nous frapper. À l'époque, ils avaient des bombes lacrymo' et ils nous en mettaient plein la tronche. C'est pas la justice qui nous ont donné les parloirs, c'est nous qui avons cassé les parloirs. J'ai connu après un directeur qui a fait ouvrir la porte à un détenu pour le faire évader. Ça c'était à l'époque. Comme les parloirs, ça avait rien à voir. Avant vous aviez une cage en ferraille, un couloir puis une autre cage en ferraille : le surveillant il passait entre les deux cages et vous deviez crier pour parler à votre famille qui était dans une autre cage. Après vous alliez dans des cages à poule pour dormir, avec votre seau à merde. Parce que si vous le vidiez pas assez vite quand la porte était ouverte, vous dormiez avec et il fallait attendre le lendemain pour le vider. Après, la "cantine", ça a commencé avec quelques petites choses. Les "cantines diabétiques" et tout ça, c'est les détenus qui ont monté ça. C'est comme les parloirs. Mais maintenant, c'est la came qui a pris le dessus. » [M. Chambert, 70 ans en 2013, incarcéré pour la 1ère fois en 1962.]

S'ils décrivent donc leur acquisition progressive de droits et l'amélioration des « conditions de détention », leurs conclusions prennent néanmoins la forme d'un regret. « *La détention, c'est plus ce que c'était* », observe ainsi M. Chambert avec dépit. Le « roulement », un terme utilisé pour désigner des détenus plus jeunes et souvent réincarcérés, se cacherait maintenant derrière des « artifices », c'est-à-dire la consommation de drogues et de médicaments aux effets recherchés à titre principal mais aussi la religion dans une moindre mesure. Ils dénoncent les adaptations mises en œuvre par ces « jeunes », qui mettraient en péril certains principes de l'institution.

6.2.3.2. L'intériorisation d'une disposition moraliste

Alors que les « anciens » se sont engagés dans des luttes pour comprendre et transformer l'institution carcérale, alors qu'ils « tenaient les prisons » dans les années 1970, ils s'investissent désormais dans la promotion des ordres disciplinaires la traversant. Car ces ordres disciplinaires, ils ont en fait participé à les façonner, tout en intériorisant des façons de penser, de voir, d'agir et de réagir proches de celles des professionnels engagés aujourd'hui dans le fonctionnement général des établissements pénitentiaires. Leurs dispositions, que l'on peut qualifier de *disposition moralistes*, sont maintenant institués : elles sont portées par ces professionnels. Les « anciens » ne s'opposent donc pas tant aux « jeunes » du fait

de leur âge, mais d'abord parce que, on le comprend bien, ils n'appartiennent pas à la même génération.[399] Eux aussi ont été socialisés aux dispositifs de la pénalité durant leur jeunesse. Eux aussi ont été de multiples fois incarcérés. Eux aussi ont puisé dans des connaissances accumulées sur le fonctionnement de l'institution pour maintenir leur style de vie en prison. Eux aussi ont dérogé aux normes et aux règles de l'institution. Mais ces connaissances accumulées sont désormais historicisées et tous, qu'ils soient détenus, soignants, surveillants ou encore directeurs de prison, les valorisent : légitimées, elles sont en quelque sorte assimilées à une *culture* pénitentiaire – ce qui n'est absolument pas le cas des connaissances accumulées par les détenus qualifiés de « jeunes ». Il en découle que, contrairement aux « jeunes » et aux « vieux », ces « anciens » ne sont pas identifiés comme constituant un groupe ; l'usage de cette catégorie se veut singularisant et non pas massifiant, à l'inverse des deux autres : être un « ancien », pourrait-on dire, c'est d'abord être reconnu comme étant quelqu'un au sein de la prison :

> « Moi je suis bien respecté ici, je suis un ancien. Les jeunes, les p'tits rebeu tout ça, je suis respecté. […] Je connais Monsieur Rigal[400], que j'ai vu arriver ici et qui m'a suivi depuis le début lui aussi. Qui est très gentil, du reste d'ailleurs. […] Il se marre d'ailleurs : je lui raconte et il se marre. Vous savez, moi, on m'avait contacté pour que j'écrive un livre. Parce que j'ai connu les cellules de condamnés à mort, la guillotine dans la cour d'honneur. J'étais auxiliaire donc je donnais à manger aux condamnés à mort. » [M. Cholet, 66 ans en 2012, incarcéré pour la 1ère fois en 1967.]

Ainsi, observant M. Cholet sortir de la « réserve-bureau » de l'infirmerie après sa participation à cet entretien, M. Bourgeot, le surveillant de l'Ucsa, s'approche de moi et il suggère sur un ton désireux d'en savoir plus : « *Ça a dû être passionnant !* » En prison comme « dehors », les « anciens » sont en fait perçus comme des experts de l'institution ; ils l'analysent et ils sont écoutés lorsqu'ils en parlent. Multipliant les angles d'approche, ils empruntent des grilles de lecture proches de celles de sociologues, d'historiens, de philosophes ou encore de criminologues : « *Pourquoi toutes les villes veulent une prison ? Parce que ça fait du business, ça fait travailler les huit cents personnes qui sont au chômage* » ; « *Il y a beaucoup de gens qui mangent peut-être mieux ici que dehors* » ; « *Après vous le savez mieux que moi, il y a la justice des classes. La fille de personne*

399. On insiste donc sur la différence entre *l'âge* des individus et leur appartenance générationnelle, qui se distingue elle-même d'une *cohorte,* en cela que la *génération* est « une caisse de résonance de l'esprit du temps alors que les membres [d'une cohorte] n'ont en commun que le fait d'être nés au même moment » (Chauvel, 2016, p. 92) – sur ce point, voir Karl Mannheim (1952).

400. M. Rigal est le médecin-chef de l'Ucsa du centre pénitentiaire de Rodan depuis la création du service en 1994.

*va prendre vingt ans et si c'est le fils du ministre il va rien prendre. Pareil si vous volez un vélo à un riche ou un pauvr*e » ; « *Les syndicats de surveillants, c'est eux qui gouvernent les prisons*. » Perspective écologique. Gestion des illégalismes. Rapports de pouvoir. Leurs moyens rhétoriques sont de plus rodés. Ils usent d'analogies : la prison est comparée à un « hospice » de vieux ; les « vieilles prisons » sont assimilées aux appartements anciens détenant « plus de charme » que les logements neufs. Ils créent et ils mobilisent des concepts : « le roulement », « les permanents » ou « les artifices », pour reprendre ceux décrits plus haut, dont certains semblent inspirés de leurs lectures, comme celui illichéen d' « outil »[401], employé pour désigner l'institution carcérale. Autre exemple : s'ils peuvent user d'un « on » pour généraliser leur expérience, expliquant par exemple : « *On a beaucoup de problèmes d'estomac parce qu'on mange vite* », ils parlent aussi au nom d'un « moi » ou d'un « je », s'appropriant des discours de détenus parmi les moins entendus, même s'ils ne partagent pas leur expérience, afin d'en être les porte-voix : « *Mais moi, je suis pas médecin : je peux pas préciser [mes symptômes sur le formulaire de demande de soins]*. »[402]

6.2.3.3. Des transferts de légitimité

Le partage d'une *disposition moraliste* entre personnel et « anciens » se manifeste par des transferts de légitimité. Dès son retour à la maison d'arrêt des hommes de Rodan, M. Cholet a ainsi demandé à être « codétenu de soutien » à la direction de l'établissement. Ce rôle institué signifie qu'il doit apporter un soutien moral aux détenus, en étant à leur disposition et à leur écoute, pour prévenir les suicides[403] :

> « J'ai fait la demande pour être "codétenu de soutien". […] Ça consiste à parler avec des détenus qui sont suicidaires, qui sont mal quoi. Faire en sorte qu'ils ne fassent pas de connerie, parler avec eux, les aider à écrire leur courrier, et les aider en leur remontant le moral s'ils sont suicidaires… Ça a été créé il y a un an ou un an et demi, et il y aurait eu beaucoup moins de suicides avec ça. Par exemple, si quelqu'un me dit qu'il va mal, comme ça j'avertis tout de suite l'administration pénitentiaire. C'est trop con de mourir en prison. C'est trop con. » [M. Cholet, 66 ans en 2012, incarcéré pour la 1ère fois en 1967.]

401. Voir *Une société sans école* (1971) et *La Convivialité* (1973).

402. Cf. *infra*, note de bas de page n°257, p. 262. Les compétences médico-langagières de M. Chambert sont en fait jugées élevées par les soignants, comme on le voit juste après.

403. Le rôle de « co-détenu de soutien » a été institué pour réduire les suicides en prison, dont le taux s'est accru ces dernières décennies (Duthé *et al.*, 2014). Les soignants posent un regard critique sur sa création : les détenus n'ont, selon eux, pas à se substituer aux psys de la prison.

Ce rôle signifie aussi qu'il doit rapporter au personnel de surveillance les confidences qui lui sont faites : il s'agit d'une forme d'alliance. En contrepartie et pour favoriser ces confidences, M. Cholet bénéficie de quelques privilèges : une cellule individuelle davantage équipée en mobilier que les autres, une porte plus souvent laissée ouverte que fermée en journée ou encore le droit de « recevoir » les détenus souhaitant se confier dans sa cellule – ce qui est d'ordinaire interdit en maison d'arrêt. L'administration pénitentiaire s'appuie donc sur la légitimité acquise par cet « ancien » auprès des détenus de la prison pour maintenir l'ordre dans l'établissement et élargir ses connaissances sur la population détenue.

L'implication de M. Chambert dans la promotion des ordres disciplinaires traversant l'institution nous intéresse ensuite plus spécifiquement car il concerne la médecine. « Classé » (employé) aux cuisines du centre de détention d'Alauposo, M. Chambert s'efforce d'imposer le respect de normes diététiques par l'entreprise en charge de préparer et de distribuer la « gamelle » aux détenus de la prison.[404] C'est une infirmière qui l'a en fait chargé de veiller à ce que des menus spécifiques soient mis à destination des détenus diabétiques de la prison :

> « Depuis que j'y suis [aux cuisines] j'ai commencé à gueuler. Parce que voilà, toutes les semaines *[saisissant le calendrier qui est posé sur le bureau]*, on donne à la détention le calendrier de la semaine avec deux plats à choisir. Donc ils [les détenus] peuvent choisir. Mais pour les diabétiques, on met une ligne noire *[faisant le geste de rayer le calendrier]*, et c'est eux qui vous mettent ce qui reste comme merde. Si par exemple on fait l'effectif poulet, on fait leurs plats [aux détenus] avec et on va sortir les trucs pourris du frigo pour qu'on en mange nous [les diabétiques]. […] Soit disant on peut rien faire, parce qu'il y a une liste diabétique normalement avec un menu spécial, mais ça c'est pas vrai. Par exemple, on mange pas la pâte feuilleté avec les petites poires dedans, ça d'accord, mais bon quand c'est du steak, on n'en a pas, quand c'est du poulet, on n'en a pas. Et ça, c'est pas normal ! Le seul truc qu'on a en plus, c'est un yaourt dans un petit sachet. Et depuis que je gueule [aux cuisines], on nous met un féculent avec des légumes. » [M. Chambert, 70 ans en 2013, incarcéré pour la 1ère fois en 1962.]

Précisons que lui-même est diabétique – ce qu'il affiche, littéralement : il a légèrement transformé sa carte de détention remise par le greffe lors du placement sous écrou en perçant des trous de chaque côté et en glissant une ficelle dedans, puis en collant un bout de papier dessus sur lequel il a inscrit « DIABÉTIQUE » ; il porte en permanence ce collier autour du cou, face « diabétique » visible. Le travail étant l' « activité » la plus demandée par les détenus, car la seule à être rémunérée, et les places demeurant quant à elles peu nombreuses, c'est aussi à

404. Sur la « marchandisation de la gestion carcérale », voir Grégory Salle (2016).

cette infirmière que M. Chambert doit son « classement » (emploi) aux cuisines de l'établissement : elle est allée plaider en faveur de son recrutement lors d'une « commission de classement » de la direction de la prison et, depuis, elle insiste pour qu'il ne soit pas « déclassé » (renvoyé). La participation de l'infirmière à cette commission donne un exemple des circonstances dans lesquelles le personnel médical en vient à participer aux réunions de l'administration pénitentiaire – et comment les soignants apprennent alors ce qu' « il ne faut pas savoir ».[405] Mme Flandre a donc fait valoir son autorité auprès de l'administration pénitentiaire afin de peser dans ses décisions et, ce faisant, elle a transféré de sa légitimité à son patient ; en retour, M. Chambert veille à ce que le gestionnaire privé prenne en compte certaines normes de santé lors de l'élaboration des menus et de la distribution des repas aux détenus :

> « A priori il y a un régime spécial diabétique, mais le problème c'est que ce sont des détenus qui préparent les repas. Alors ce qu'ils font, c'est qu'ils préparent toutes les barquettes et ensuite ils font les régimes spéciaux pour les végétariens et les diabétiques avec ce qui reste. Donc au lieu d'avoir un régime équilibré, les diabétiques se retrouvent avec un repas encore plus déséquilibré. Alors ça, j'ai été l'expliquer aux cuisines et ils ont compris qu'il fallait respecter les menus spécifiques. Mais après ce qui se passe, c'est que ce sont les auxi' qui distribuent la gamelle en cellule et, par exemple, s'ils voient que le menu du diabétique il y a un steak haché et qu'ils préfèrent avoir ça plutôt que leur repas, ils vont échanger : ils vont prendre la barquette du diabétique pour eux. Parce que tu vois, sur la barquette, c'est juste écrit le nom du détenu, c'est pas écrit "régime diabétique" – enfin, maintenant c'est différent : il y a un trait qui barre le dessus de la barquette ; ils font ça au stylo pour bien différencier ces repas. Donc ça marchait pas trop. Et j'ai soutenu une demande de classement aux cuisines d'un diabétique que je suis. Depuis qu'il y est, ça se passe mieux pour les diabétiques. Mais bon, aux cuisines ils voulaient le déclasser alors moi, je suis en train de tout faire pour qu'il y reste, parce que depuis qu'il y est les menus des diabétiques sont bien préparés et tout se passe mieux. » [Mme Flandre, infirmière.]

Le personnel médical et le personnel de l'administration pénitentiaire perçoivent donc les « anciens » comme des alliés et, réciproquement, les « anciens » accordent une légitimité aux croisades morales des professionnels. « Amélioration des conditions de détention » ; « accès aux soins » ; « prévention du suicide »... ; ils partagent ces principes moraux à coloration humanitaire : les premiers les portent ; les seconds se sont engagés dans des luttes pour leur reconnaissance.

* * *

405. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 6.2.1.3. L'application d'une règle morale », p. 361-364.

J'ai décrit dans ces trois sous-sections des perceptions interactives des activités médicales développées en prison selon les positions relatives des patients détenus dans l'espace social du travail médical et selon que les soignants identifient leurs patients comme des « jeunes », des « vieux » ou des « anciens ». On va maintenant affiner l'analyse en se penchant sur la première dimension structurant l'espace social du travail médical en milieu carcéral et sur d'autres pratiques divisantes observées.

6.3. Des perceptions selon la position sociale et les conditions de la médicalisation

Les patients détenus ne sont pas soumis au même traitement selon qu'ils se sont présentés au personnel médical comme procédant à des activités régulières en lien à leur santé à l'incarcération ou qu'ils ont été médicalisés à la suite de l'examen d'entrée dans l'institution. Dans le premier cas, les professionnels de santé s'efforcent de reproduire les activités médicales en cours sur un schéma semblable à celui pré-existant : il s'agit d'assurer à leurs patients une « continuité des soins » durant l'incarcération. Dans le second cas, pour ce qui concerne les détenus médicalisés en prison, les impératifs poursuivis sont tout autre, puisqu'il s'agit de « profiter » de l'incarcération pour transformer leurs conditions : la prison est alors perçue comme une « opportunité » pour les « soigner », les « éduquer » et les « réinsérer ».[406] Interactivement, les patients détenus ne posent pas tout à fait le même regard sur les activités de santé développées en prison selon les conditions de leur médicalisation, qui s'avèrent étroitement liées à leur position sociale et aux événements de santé justifiant l'instauration d'une surveillance médicale. Les patients intensément socialisés à la santé hors de l'institution carcérale ont intériorisé des dispositions qui les amènent à s'affranchir de certaines contraintes liées aux modalités de la prise en charge médicale en prison et, les partageant avec les professionnels de santé, ils en sont en même temps affranchis : les soignants leur octroient divers « privilèges ». À l'opposé, les détenus médicalisés en prison font l'objet d'une *prise en charge totale*[407] qui renforce leur assujettissement au sein de l'institution tout en hybridant leurs façons de penser, d'agir et de réagir vis-à-vis de leur corps et de leur santé : jugeant leurs dispositions de santé « non médicales », les soignants réservent le soutien pouvant leur être apporté. Ce traitement socialement différencié dont font l'objet les patients détenus selon les conditions de leur médicalisation accentue alors la mortification des plus pauvres et désaffiliés

406. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 5. La prison dans la rhétorique médicale », p. 178-188.

407. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3. Une prise en charge totale », p. 230-282.

d'entre eux tandis qu'il tend à singulariser les plus dotés socialement au sein de l'institution. Ces trois points constituent un résumé des développements suivants, qui se centrent sur les perceptions associées aux patients situés aux deux extrêmes de cette opposition et propose de comprendre *in fine* pourquoi, pour les professionnels de santé, il y a quelques « gens biens » d'un côté et des « tox' » parmi d'autres de l'autre.

6.3.1. Les "gens biens" : des marges de liberté

Les détenus se présentant aux médecins comme « malade » et décrivant leur engagement dans des pratiques médicales régulières à l'entrée en établissement pénitentiaire occupent des positions sociales globalement élevées.[408] Ainsi, parmi les patients détenus interviewés occupant des positions sociales plus élevées, aucun n'a été médicalisé en prison ; M. Caire (Bac+2, préparateur en pharmacie à la retraite), M. Carmin[409] (Bac+2, commerçant), M. Lemoine (Bac+2, chef d'entreprise à la retraite), M. Maréchal (Bac+4, propriétaire de restaurants à la retraite) et Monsieur El Salski (Bac+5, chef d'entreprise) étaient déjà engagés dans des pratiques médicales régulières hors de l'institution carcérale :

> « Moi je suis diabétique depuis bien avant d'arriver ici. » [M. El Salski, soins débutés hors de prison.]
>
> « J'ai un appareil respiratoire en cellule. Je l'ai toujours eu, enfin, depuis l'âge de trente ans. » [M. Carmin, soins débutés hors de prison.]
>
> « Je suis en maladie professionnelle – reconnue, hein – depuis le dix-sept février 1986, donc ça fait un moment ! » [M. Caire, soins débutés hors de prison.]

Leurs dispositions relatives à la santé ont été intensément travaillées hors de prison et ils disposent d'un volume de capitaux sociaux, culturels et économiques bien supérieur à la majeure partie des détenus. Cela leur permet de s'affranchir de la dimension totale de l'institution, et plus précisément de compenser le *processus de mortification* (Goffman, 1968 [1961]) auquel toutes les personnes placées dans ce type d'institution, *totales*, sont soumises, mais celui-ci s'exerce aussi plus faiblement

408. En comparaison aux détenus médicalisés à la suite de la visite médicale d'entrée : l'opposition est relative à la structure de la population des patients détenus. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 6.1.2.1. Une médicalisation des plus pauvres et désaffiliés des détenus », p. 347-347.

409. « M. Carmin » est en fait un patient détenu fictif : deux interviewés, aux positions et aux parcours suffisamment proches pour permettre cela, ont été rassemblés sous cette même identité du fait de leur médiatisation et/ou vie publique. Ce procédé, qui a également été utilisé par Philippe Bourgois (2013 [2001]) dans *En quête de respect*, comme le rappelle Florence Weber (2008), permet de réduire les possibilités d'identification d'enquêtés en dépit de possibles recoupements et d'assurer ainsi la préservation de leur anonymat.

sur eux – que sur les détenus les plus pauvres et les plus désaffiliés dont il sera question ensuite. Comme nous allons le voir en nous centrant sur les modalités de leur traitement par les soignants, ces derniers perçoivent les patients proches d'eux socialement et partageant leurs *dispositions de santé* comme des « gens biens » et ils leur octroient de plus grandes marges de liberté.[410]

6.3.1.1. M. Caire : "Moi je me connais, si j'ai des problèmes je me soigne moi-même"

Les patients détenus occupant des positions sociales plus élevées n'ont ainsi que très rarement été médicalisés au sein de l'institution carcérale. C'est d'ailleurs par la dégradation de leurs conditions de santé et par la succession d'événements consécutifs à leur médicalisation que quelques-uns expliquent comment ils en sont venus à être incarcérés. M. Maréchal identifie ainsi trois étapes d'un processus ayant abouti à son emprisonnement. La première est la « maladie » : il enchaîne plusieurs cancers, un accident vasculaire cérébral (AVC) et deux infarctus, dont il sort « diminué ». Puis vient le « précipice » : régulièrement hospitalisé, il perd l'un de ses restaurants et, ne subsistant plus que grâce à l'emploi de caissière en supermarché pris par son épouse, le couple voit ses revenus divisés par cinq. Survient alors la « catastrophe » : il tire sur son épouse avec une carabine à plombs lorsqu'elle lui annonce vouloir mettre fin à leur relation. Jugé dans le cadre d'un procès en comparution immédiate, il est condamné à une peine de deux ans de prison dont six mois assortis d'un sursis avec mise à l'épreuve. La peine de prison ferme est aussitôt mise à exécution ; il est conduit en prison à l'annonce de la sanction :

> « J'avais ma femme, mes employés, mon fils : c'était l'époque bénie. C'était… j'avais la santé […]. Un bonheur parfait pendant seize ans et puis crac : la maladie, et puis la catastrophe. J'ai eu trois cancers différents. Le premier en [année : six ans plus tôt], et c'est là où tout s'est écroulé d'ailleurs. On m'a enlevé la mâchoire […]. À l'anesthésie, ils ont mis des tuyaux poreux. J'ai eu une infection des poumons parce que des glaires sont passées à travers les tuyaux. Je suis resté vingt-deux jours dans le coma et j'ai fait un AVC […] Et après j'ai fait deux infarctus et je suis sorti diminué, mon couple a... Ma

410. Le traitement socialement différencié que je décris dans ces deux sous-sections n'est pas spécifique aux activités médicales développées en établissement pénitentiaire. On pourra, sur ces questions, se rapporter à l'ouvrage fondateur de Berney Glaser et Anselm Strauss (2006 [1965]) – dont un extrait a été traduit par Henri Peretz et intégré à un ouvrage réunissant plusieurs textes d'Anselm Strauss (1992, pp. 113-141), présentés par Isabelle Baszanger. Consacré à la gestion socialement différenciée de la mort à l'hôpital, il montre notamment que les patients ne font pas l'objet du même traitement par les professionnels de santé selon la « perte sociale » que représente leur mort.

> femme a eu énormément de mérite parce qu'elle s'est occupée du restaurant et elle venait me voir [à l'hôpital], mais bon. Après, pour parler crument... Avant, on s'entendait bien pour tout. On faisait l'amour quand on voulait le faire, même à notre age, on était un couple. On avait une belle propriété au bord de l'eau, on restait à rêvasser, c'était... Et après je pense qu'elle a été en manque. J'étais qu'un demi-homme, voilà mon problème. […] C'était pas l'envie [de faire l'amour] qui manquait. Je pouvais, disons, mais pas comme il faut. J'avais pas une érection normale. Ça me frustrait parce que ça la frustrait. Ça me faisait mal. Quand on aime quelqu'un, on veut lui donner du plaisir et ça me faisait mal. Et à partir de là... […] ma femme est devenue accro au casino. Tous les jours, elle allait au casino. […] elle perdait 300 à 500 euros par jour. J'ai dû vendre La Coline, mon deuxième restaurant – il y avait dix hectares, c'était magnifique. Et après ça a été le comble : j'ai fait cancer de la vessie et cancer de la prostate. […] On vivait avec 1 500 ou 2 000 euros au lieu des 10 000 d'avant. […] Je pense qu'elle a pas supporté notre déchéance. On roulait en mercedes, j'avais acheté pour elle une... cette voiture... 40 000 euros que je l'avais achetée. […] Elle a pas supporté cette déchéance. Passer de 500 000 euros sur un compte en banque, et se retrouver à ma sortie d'hôpital avec mes problèmes à rien du tout... […] Et voilà : d'en haut, ça a été le précipice. »[411] [M. Maréchal, Bac+4, propriétaire de restaurants à la retraite, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

À l'incarcération, la priorité des soignants est d'assurer à ces patients une « continuité des soins ». C'est là un principe fort structurant les activités des professionnels de santé exerçant en prison et justifiant en partie la mise en place d'une consultation médicale se tenant dans les heures qui suivent le placement sous écrou : une incarcération ne doit pas avoir pour conséquence l'interruption de pratiques médicales pré-existantes, comme le fait de prendre régulièrement un médicament ou de réaliser des activités routinières technicisées en lien à la préservation de sa santé. Les soignants s'efforcent donc de reproduire, en prison, une prise en charge sur le modèle de celle expérimentée par leurs patients hors de l'institution. Ainsi, M. El Salski a été « remis sous les mêmes médicaments » que ceux prescrits « dehors » après la réalisation d'examens complémentaires visant à confirmer ses conditions de santé ; M. Carmin s'est quant à lui vu délivrer exactement le même appareil respiratoire que celui qu'il détenait déjà – le sien ayant été conservé à la « fouille » ; et M. Maréchal a été « vite envoyé » à l'hôpital-prison pour effectuer une opération programmée peu de temps avant l'incarcération. Ensuite, durant le temps à passer emprisonné, ces patients détenus

411. J'ai effectué de nombreuses coupes n'altérant pas le sens de ses propos, compte tenu de la longueur de l'extrait complet concernant ces événements décrits.

intensément socialisés à la santé hors de l'institution mobilisent des connaissances et des compétences d'auto-soins acquises à travers des expériences passées. M. Caire réalise par exemple ses exercices respiratoires lui-même dans sa cellule, comme il a appris à les effectuer hors de prison, et il ne demande pas à être reçu par le kinésithérapeute de l'équipe médicale – dont il ignore même l'existence :

> « Moi je me connais, si j'ai des problèmes je me soigne moi-même. Par exemple, je me fais ma kiné moi-même – donc je me désencombre moi-même –, parce qu'il n'y a pas de kiné ici. Ou alors je sais pas, j'en n'ai jamais vu, on me l'a jamais proposé. Et la kiné respiratoire c'est utile. Ça fait des années que je pratique, et au niveau des encombrants y'a rien de tel. » [M. Caire, Bac+2, préparateur en pharmacie à la retraite, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

L'intensité de la socialisation à la santé de ces patients occupant des positions sociales plus élevées se manifeste en fait d'un côté par une auto-surveillance accrue des signes d'une éventuelle dégradation de leurs conditions biologiques et par l'emploi de techniques visant à préserver sa santé :

> « Je fais mes exercices de kiné que j'ai appris à faire dehors [dans la cellule]. D'ailleurs, aujourd'hui je devais voir le kiné mais j'ai pas eu, je sais pas trop pourquoi. Je l'ai vu il y a quinze jours et il m'a dit : "À la prochaine fois", mais il est pas venu aujourd'hui. Dehors, j'avais kiné deux fois par semaine et ici c'est tous les quinze jours, alors heureusement que je sais faire des exercices toute seule ! » [Mme Revel, BEP sanitaire, aide-soignante hospitalière.]

Mais elle les conduit aussi, d'un autre côté, à solliciter *a minima* le personnel médical de la prison : ils s'affranchissent ainsi de certaines contraintes liées aux modalités de la prise en charge médicale en prison. Car faire seul des « exercices de kiné » dans sa cellule signifie aussi se passer de rédiger un courrier, de demander l'ouverture de la porte de sa cellule à un surveillant pénitentiaire afin de le déposer dans la boîte aux lettres « U.C.S.A », puis d'attendre d'être convoqué en se demandant si le courrier a bien été reçu.[412] Cette posture s'explique en grande partie par leur intériorisation d'une norme d' « autonomie », mais aussi par le regard critique qui est posé sur le dispositif médical des établissements pénitentiaires. Le comparant à celui auquel ils ont été socialisés, ils en dénoncent les modalités[413] et ils développent une réflexion qui est finalement assez proche de celle des professionnels de santé exerçant en prison, s'interrogeant par exemple

412. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3. L'expression de besoins médicaux », p. 258-278.

413. Ces dénonciations ont été décrites plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3.4. Ceux qui dénoncent », p. 278-282.

comme eux sur les conditions du maintien de leur « indépendance » vis-à-vis de l'administration pénitentiaire :

> « À l'âge de douze ans, je suis parti là-bas dans les Pyrénées orientales pour faire une cure d'asthme. Parce que je manquais énormément l'école, donc mon grand-frère avait décidé de me mettre là-bas. J'ai passé six ans à [village] et quand je suis revenu ici, ben voilà je me suis géré tout seul : j'ai appris à faire... à avoir... à respirer avec le ventre pour éviter les crises, pour calmer les crises, enfin plein de choses et puis... Après, tout est dans le mode de vie. Moi j'ai grandi dans un endroit où tu te débrouilles tout seul. Et puis si t'es malade, tu fais tout tout seul. T'appelles pas tes parents, t'appelles pas ta famille, tu te débrouilles tout seul. C'est vraiment si c'est compliqué, si tu t'en sors pas, que tu fais appel à la famille, mais sinon... Tu te débrouilles. Et moi voilà, mon asthme j'ai su le gérer, je le gère... J'ai un médecin généraliste, j'ai un médecin de la famille, mais... J'étais suivi plus particulièrement pour mon problème de plaquettes. J'ai une mauvaise coagulation du sang. Un problème de plaquettes et d'hémoglobine. Pardon, un problème en globules blancs et en plaquettes. Mais ça c'est pareil, c'est depuis la naissance. Et pour ça, j'étais suivi par un professeur à l'hôpital [nom : l'hôpital-référent de l'Ucsa], là-bas. Et ça c'est pareil, après ma majorité je faisais plus trop le suivi, plus trop... Je me gère tout seul. De temps en temps, je fais... Là je vais peut-être faire une intervention chirurgicale, il y a tous les tests sanguins à faire... […] Donc avant une opération, il y a toujours un examen complet à faire et selon si les plaquettes sont trop basses, on attend. […] Mais ici, comme je sais que je serai pas bien pris en main comme si j'étais dehors, moi ici, je fais attention. Je fais en sorte de pas trop me blesser, de pas... de pas prendre trop de coups pour être après vraiment... Déjà qu'ici on est privé de liberté, si en plus on doit être privé d'une jambe, privé d'un bras ou quoi, c'est hyper handicapant ici. Donc on fait attention ou en tout cas, on essaye. […] Ça reste quand même la détention. On est en détention, et même si c'est pas par rapport aux... au corps médical quoi, mais à cause de la pression de la détention, le corps médical ils sont obligés de bâcler, ils sont obligés de.. de faire vite, de... Ils font pas le même travail qu'ils font à l'hôpital. C'est pas possible. Donc ils peuvent se permettre de faire du vite fait. Ils se prennent pas la tête et ils nous renvoient en cellule. Mais nous on peut pas non plus se permettre de rouspéter ou quoi que ce soit, parce que c'est un rapport de force. » [M. El Kaouha, BEPC, brancardier, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

On retrouve cette posture critique parmi l'ensemble des patients détenus intensément socialisé à la santé hors de prison, mais elle apparaît encore plus

explicite lorsqu'elle se superpose à une socialisation professionnelle à la santé[414] : M. Caire a été préparateur en pharmacie ; Mme Revel est aide-soignante hospitalière ; M. El Kaouha est brancardier.

6.3.1.2. Des dispositions de santé valorisées par les soignants

Les professionnels de santé exerçant en prison se reconnaissent en ces patients proches d'eux socialement, quelques fois désignés comme des « gens comme nous », et, valorisant leurs *dispositions de santé*, ils leurs octroient de plus grandes marges de liberté. Ces marges de liberté plus importantes, que l'on peut qualifier de « privilèges » (Goffman, 1968 [1961]), favorisent alors l'octroi de nouveaux privilèges, qui en entraînent d'autres... et ainsi de suite. Pour bien comprendre ce *cycle de privilèges*, il importe d'abord de rappeler que les soignants expriment régulièrement le sentiment d'être privés de la possibilité d'effectuer leurs activités comme ils l'entendent, c'est-à-dire « comme à l'hôpital », cela en partie parce que la plupart de leurs patients ne pensent, n'agissent et ne réagissent pas comme ils le souhaitent. Ils ne leur reprochent pas tant de ne pas avoir intériorisé un ensemble de normes et de conduites faisant directement l'objet d'un travail dans le cadre d'une prise en charge médicale,[415] mais plutôt tout ce que l'on incorpore de façon plus diffuse en étant durablement confronté à un tel travail. Par exemple, comment « discuter » avec un professionnel de santé pendant des soins ou une consultation :

> « [une patiente] m'accuse de l'avoir jugée sur son mode de vie ! J'ai jamais eu ce genre de problèmes à l'hôpital. J'écoutais les patients, je sais comme ça fait du bien quand quelqu'un prend cinq minutes pour discuter. Ici, tu dois te méfier de tout : elles [les détenues] sont très manipulatrices. Maintenant je fais attention, je discute moins. Ou plutôt, je discute pas avec tout le monde. » [Mme Domier, infirmière.]

> « Avec les infirmières, on discute un peu business ! C'est-à-dire, on parle de santé, des usages uniques, des antiseptiques, des antibiotiques, euh... ouais, ouais, on discute un peu du métier, bon c'est un peu normal. » [M. Caire, Bac+2, préparateur en pharmacie à la retraite, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

414. Sur la socialisation professionnelle à la médecine, voir : Everett C. Hughes (1955), Robert K. Merton *et al.* (1957), Howard S. Becker *et al.* (1976 [1961]), Isabelle Baszanger (1981).

415. Ce travail d'inculcation a été décrit plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 2. L'annonce d'un résultat "positif" au test d'entrée », p. 213-230 ; « Chapitre 3, section 3.3.1.2. Une socialisation scripturale », p. 264-267 ; « Chapitre 3, section 4.2. Apprendre le diagnostic mot-à-mot, par cœur, puis par corps », p. 302-314.

Les manifestations de ces *dispositions de santé* intériorisées par les patients détenus intensément socialisé à la santé hors de l'institution, telles que leur « autonomie » ou le fait qu'ils sachent « discuter », sont de ce fait particulièrement valorisées par le personnel médical des prisons, qui les juge rares. Décrivons à présent ce cycle de privilège dont bénéficient ces patients en prenant pour exemple le traitement réservé à M. Carmin (Bac+2, commerçant). En prison, M. Carmin fait l'objet d'une surveillance médicale concernant un diabète, qu'il « contrôlait » déjà quotidiennement avant l'incarcération et qui l'amène à s'injecter régulièrement de l'insuline. Parmi l'ensemble des détenus de la prison s'administrant ce produit afin de réguler leurs conditions biologiques, M. Carmin est l'un des seuls patients a avoir obtenu l'autorisation de « gérer » seul sa maladie, sans contrôle par le personnel soignant de la prison, en étant en possession du matériel et des produits nécessaires à sa gestion quotidienne :

> « L'insuline, je la gère vraiment tout seul : il y a une confiance qui s'est installée, parce que certains n'ont pas la seringue en cellule. Moi, dès qu'elle est vide, je la ramène ici ; je la perds pas en détention – parce qu'il y a une grosse demande de seringues. Donc je gère mon insuline, mon taux de sucre et tout. » [M. Carmin, Bac+2, commerçant, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Être en possession d'un dextro[416] et de seringues à insuline n'a rien d'anodin en prison ; il s'agit d'un « privilège » : l'administration pénitentiaire imposant au personnel médical une restriction quant à la délivrance de ce matériel, redoutant leur vol et leur « détournement » en « arme » ou en objet permettant de consommer des drogues, la quasi totalité des détenus traités par de l'insuline contrôlent leur taux de sucre dans le sang et s'injectent ce produit sous le regard d'une infirmière, dans les locaux de l'Ucsa, après y avoir été « convoqués ». M. Carmin dispose donc d'une forme de liberté dont la plupart des autres détenus est privée : le contrôle médical qui s'exerce sur lui est plus faible. Or pour poursuivre, les privilèges obtenus en induisent généralement d'autres. Ainsi, afin de réduire le risque que quelqu'un lui vole son matériel, la direction de l'établissement lui a de son côté attribué une cellule individuelle. M. Carmin bénéficie donc d'un peu plus d'intimité que la plupart des détenus :

> « J'ai demandé [au brigadier à être seul en cellule], et je pense pas que le docteur Lupard – qui est le docteur ici –, je crois pas qu'il aurait été pour que je sois à deux. » [M. Carmin, Bac+2, commerçant, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

416. Un « dextro » est un appareil permettant de mesurer le taux de sucre présent dans le sang à partir d'une goutte de sang prélevée au niveau du bout du doigt.

Cet exemple montre qu'un privilège peut presque mécaniquement en entraîner un autre, mais ce cycle de privilèges n'est pas toujours mécanique : l'octroi d'un nouveau privilège résulte plus souvent de négociations entre détenus et personnel pénitentiaire, entre détenu et personnel médical ou entre personnel médical et personnel pénitentiaire, comme on l'observe d'ailleurs à la façon dont M. Carmin pré-suppose qu'il se tournerait vers l'un des médecins de l'équipe si son placement dans une cellule individuelle était remis en question par la direction de la prison : il demanderait à ce qu'un médecin l'atteste « médical ». Ce type de demandes adressées par des détenus est fréquent, mais il est rare que les professionnels de santé acceptent de les légitimer : ils s'efforcent de ne pas s'ingérer dans ce qui leur paraît être du ressort de l'administration pénitentiaire afin que, réciproquement, l'administration pénitentiaire ne s'ingère pas dans ce qu'ils jugent « médical ». Ils excluent de ce fait certaines questions de leur champ de compétence, telles que celles relatives à l' « alimentation » et à l' « hébergement », soutenant qu' « il ne faut surtout pas se substituer à l'administration pénitentiaire », qui en a la responsabilité. Les médecins refusent donc, en règle générale, d'apporter leur soutien aux détenus les sollicitant à propos de changements de cellule, de difficultés à manger la « gamelle » distribuée ou de transferts dans une autre prison. Mais les observations conduites suggèrent que la demande de M. Carmin serait très certainement acceptée s'il venait à la formuler : son placement dans une cellule individuelle serait probablement soutenu par un médecin. Cela car partageant ses *dispositions de santé*, il le négocierait en mobilisant des arguments, des notions ou des images qui parlent à ce dernier. Les médecins hésitent toujours à certifier le caractère « médical » de ces « problèmes » exposés par leurs patients, mais il leur arrive toutefois de mettre leur pouvoir au service de la reconnaissance de leur légitimité quand elles leurs sont présentées par la description de symptômes, en s'appuyant sur des compétences médico-langagières et en s'employant à ne pas user d'arguments relatifs au registre carcéral, tels que les amitiés ou inimitiés entre détenus, l'insalubrité de la cellule ou la qualité de la « gamelle » distribuée par le personnel pénitentiaire :

> Patient *[chuchotant et se tenant recroquevillé]* : Là ça va pas du tout bien vous savez, c'est lié au stress. Dehors je prenais pas de médoc et là... Est-ce que c'est possible de m'aider là, et surtout d'accélérer mon transfert en CD[417] ? Je connais personne ici.
>
> Médecin : Moi je peux rien faire pour ça.

417. Centre de détention. J'ai décrit la différence entre une maison d'arrêt et un centre de détention en introduction. Cf. *infra*, « Une ethnographie des services médicaux de trois établissements pénitentiaires », p. 34-41.

Patient : Mais dehors je prenais rien et là mes crises sont beaucoup plus fortes. Il me faudrait quelque chose pour me calmer ça.
Médecin : Vous avez des diarrhées ?
Patient : Oui, environ deux fois par jour. Et puis j'ai des crises de douleur aussi chaque jour, et ça dure environ trente minutes voire une heure.
Médecin : Les diarrhées sont douloureuses ?
Patient : Non, ça va.
Médecin : Vous avez perdu du poids ?
Patient : Oui, je pense que j'ai perdu bien six kilos. *[Le médecin lui demande de monter sur la balance et de lui dire son poids, ce qu'il fait]* Quatre-vingt cinq.
Médecin *[lisant le poids indiqué sur le formulaire-entrant]* : Bon, c'était pareil à l'entrée.
Patient : J'ai besoin d'aide pour être seul en cellule alors si je suis pas transféré.
Médecin : Mais moi je gère pas les transferts. Pourquoi vous voulez être seul en cellule en fait ?
Patient *[Toujours en chuchotant, se tenant recroquevillé et parlant très lentement]* : Parce qu'avec ma maladie c'est pas facile, c'est gênant, j'arrive pas à la gérer moi ici, et en plus mon codétenu, là, il fume, et moi je fais des crises tous les jours. J'ai déjà été opéré trois fois, il y a eu [nom technique], et puis après [autre nom technique] et encore la [pleurotomie?] aussi.[418] On m'a déjà enlevé la partie droite du colon, là...
Médecin *[prenant une feuille à entête]* : Alors je vous fais une ordonnance pour être seul en cellule ? *[Le patient se cache le visage dans les mains et il se met à pleurer ; le médecin reste silencieux durant un moment]* C'est peut-être pas une très bonne idée d'être tout seul...[419] *[Le patient pleure toujours ; le médecin tape* "*traitement symptomatique maladie de Crohn*" *sur le clavier de l'ordinateur, puis il consulte des pages web de résultats indiqués par le moteur de recherche* Google*]* Il faudrait peut-être aller au SMPR. Je vais vous prescrire du Xanax : un le matin, un l'après-midi.
Patient : J'ai peur d'être stone avec ça...
Médecin : Bon... Je vais vous faire un certificat pour appuyer médicalement le transfert *[il reprend la feuille et il commence à écrire]*.
Patient : Vous écrivez quoi en fait ?

418. J'ai pris phonétiquement en note ces trois noms d'opération que je ne connaissais pas durant la consultation, mais je n'ai retrouvé aucun terme médical qui s'apparente aux deux premiers lors de la retranscription des notes et je n'ai pas la certitude que le troisième terme est bien celui employé par le patient.

419. La fréquence des suicides étant plus élevée parmi les détenus placés dans une cellule individuelle (Duthé *et al.*, 2014, p. 8), le personnel pénitentiaire s'assure qu'ils partagent leur cellule avec quelqu'un lorsqu'ils sont jugés « vulnérables ».

> Médecin : Que vous avez une maladie chronique qui nécessite des soins et qu'un rapprochement familial est souhaitable. [Interactions lors d'une consultation de médecine générale en maison d'arrêt.]

Les patients dont la proximité sociale avec les soignants est étroite et/ou partageant leurs *dispositions de santé* reçoivent ainsi plus facilement des formes de soutien de leur part, soutiens qui peuvent entraîner l'octroi de privilèges se succédant les uns aux autres et participant à les singulariser au sein de l'institution.

6.3.1.3. L'affranchissement des plus dotés socialement

La singularisation des patients détenus intensément socialisés à la santé hors de l'institution carcérale et dont les *dispositions de santé*, jugées rares, sont valorisées ne s'explique pas seulement pas ce cycle de privilèges : s'ils sont perçus comme des « gens biens » par les professionnels de santé, et de ce fait singularisés, c'est aussi parce qu'ils sont moins fortement soumis à un *processus de mortification* (Goffman, 1968 [1961]) en prison[420] : leurs capitaux sociaux, économiques et culturels leur permettent de compenser ce phénomène qui concerne l'ensemble des individus placés dans une *institution totale* ; ils sont davantage en mesure de maintenir leur identité. Les détenus disposant de plus importantes ressources sociales reçoivent ainsi des « lettres magnifiques » de leurs proches, qui viennent aussi de temps à autres leur rendre visite en prison par le biais des parloirs :

> « Ma femme vient me voir, elle vient une fois par semaine. Elle a pas de voiture, c'est compliqué : faut prendre le TGV, le métro, le bus. Et puis j'ai mon beau-frère, ma belle-famille qui vient, et mes enfants, une partie de mes enfants. Pas ma fille aînée, hélas, parce que c'était la maman de... de la petite-fille que j'avais là. […] Bon ils n'admettent pas ce que j'ai fait, mais pour eux... c'est... je suis toujours leur papa, et ils me font fait des lettres magnifiques quoi. Ça me fait.. Des fois je leur écris aussi. Ils sont dispatchés un peu partout mais ils me soutiennent. Et ça me fait du bien, parce que j'avais tout perdu, j'avais cru avoir tout perdu. J'avais tout perdu. Mon épouse aussi dès le départ elle m'a soutenu. Bon quand on s'est vu au bout de deux mois, ça a pas été facile, parce que... Bon on a pleuré tous les deux et on s'est compris. » [M. Caire, Bac+2, préparateur en pharmacie à la retraite, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

> « Ils sont retraités maintenant, mais ma mère a toujours travaillé à l'usine. Elle était ouvrière, elle a travaillé dans une usine qui fabriquait des chaussures, et mon père lui, il était maçon. Après, quand il est devenu trop âgé, il a travaillé dans une usine aussi. Une distillerie. J'ai aussi une sœur et

420. Cela toujours en comparaison des patients détenus les plus pauvres et les plus désaffiliés. Cf. *supra*, « Chapitre 3, section 6.3.2. Les "tox"' : une mortification paroxystique », p. 399-421.

> deux frères, et moi je suis l'aînée. [...] Ils sont tous venus me voir, j'ai toujours eu mon parloir. Chaque semaine. […] [avec mes trois filles] on s'est écrit pendant que j'étais ici en fait, on a jamais perdu le contact. Ni avant les assises, ni depuis que je suis en prison. » [Mme Revel, BEP sanitaire, aide-soignante hospitalière.]

Ils ne se définissent donc jamais seulement comme des « détenus » : ces proches leur rappellent qu'ils demeurent des « mères », des « pères », des « épouses », des « époux », des « frères », des « soeurs »...[421] Ils sont également plus faiblement soumis à la cadence de l'institution et aux privations matérielles habituellement imposées aux détenus : leurs ressources économiques et le soutien reçu par ces proches leur permettent de s'en affranchir. Ils peuvent par exemple cantiner des objets et de la nourriture à l'épicerie de la prison, et ainsi manger selon leurs goûts et à l'heure à laquelle ils le souhaitent ou pratiquer des activités culturelles sans avoir à être sélectionnés par le personnel pénitentiaire – et maintenir par là leur identité :

> « Tous les dimanches, je fais un couscous et j'envoie une assiette aux amis. […] Après [en revenant d'une activité quotidienne] on joue à la playstation [dans la cellule], on est calé, hein ! […] J'ai pas à me plaindre, je me suis fait mon train de vie. » [M. El Salski, Bac+4, chef d'entreprise, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Ils ont aussi à disposition des vêtements propres apportés par leurs proches via les parloirs et leurs cellules sont de même personnalisées : ils fixent aux murs des lettres et des photos reçues par le courrier, etc. Ils n'ont donc pas à solliciter le soutien du personnel de la prison ou à faire du troc avec d'autres détenus, et ils sont en même temps moins perçus comme pouvant être tentés de « contourner » le règlement de l'établissement par les professionnels engagés dans le fonctionnement général de l'institution :

> « J'ai un peu d'argent, alors je cantine à côté. […] J'ai acheté une plaque à quarante euros aussi. Parce que je me suis acheté des vermicelles et des sachets Knorr – les cubes –, et je me fais ma soupe ou alors mon omelette au fromage. » [M. Maréchal, Bac+4, propriétaire de restaurants à la retraite, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Partageant les façons de penser de ces professionnels, ils s'autorisent de plus à « négocier » avec eux, c'est-à-dire à revendiquer et à faire valoir des droits comme on l'a vu juste avant, et ils obtiennent généralement gain de cause, leurs arguments étant sous-tendus par les mêmes valeurs et principes :

421. Je renvoie à ce propos aux quatre formes de soutien par les proches des détenus mis en évidence par Caroline Touraut (2012). Cf. *infra*, note de bas de page n°337, p. 338.

> « C'est à vous de voir le médecin pour que vous soyez extrait par une ambulance : il faut insister parce que sans ça, le truc c'est qu'ici c'est un système privé. Plus eux [Sodexo, le gestionnaire privé de la prison] ils vont à [ville : l'hôpital], plus ils sont payés. Donc Sodexo va vous emmener avec le panier à salade. Par contre, si c'est l'ambulance, le médecin fait le papier et là c'est plus confortable. À chaque fois, moi je négocie avec le médecin. J'y ai droit et donc […] il est pas question que je fasse le trajet assis dans une cage pendant plusieurs heures. Maintenant, si j'arrive à la porte et je vois le panier à salade, je retourne en cellule et alors ils sont plus ennuyés que moi.
> *L. M. : Ça vous est déjà arrivé de refuser une extraction pour ça ?*
> Oui ça m'est déjà arrivé et je suis retourné en cellule. J'ai appelé l'avocate et quatre heures après j'avais une ambulance. Elle avait appelé la direction générale et le médecin-chef de l'hôpital à [ville]. La médecin-chef m'avait donné sa carte de visite – sa carte pro hein ! Bon j'aurais bien voulu sa carte privée *[riant]*, mais bon – je l'avais transmis à mon avocate et elle lui téléphone à chaque fois s'il y a des problèmes. »[422] [M. Carmin, Bac+2, commerçant, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Tous ces exemples montrent que leurs volumes de capitaux sociaux, économiques et culturel leur permettent plus facilement de préserver leur identité en prison, de même que les privilèges octroyés tendent à les singulariser et à atténuer un processus de mortification. Distingués des autres détenus, ils sont alors aussi plus souvent inscrits aux « activités » qu'il est possible d'effectuer en prison, qu'il s'agisse de pratiques durables (être auxiliaire, classé aux ateliers, aller à l'école...) ou plus ponctuelles (participer à un atelier de prévention, assister à un concert...), et cela qu'importe les « problèmes » identifiés par la direction de l'établissement à l'incarcération.[423] Il n'est pas rare que des détenus diplômés du supérieur suivent des cours d'alphabétisation au quartier scolaire ou que, bien qu'ayant conservé leur emploi hors de prison et n'envisageant pas d'en changer à la libération, ils assistent à des formations pour apprendre à faire un curriculum vitae ou à chercher un emploi[424] :

> « Le maître d'école m'avait pris dans le sens où j'étais pas un perturbateur, donc j'aidais. J'avais toujours deux gars qui savaient pas le français et qu'il

422. M. Carmin (Bac+2, commerçant) est probablement le patient détenu interviewé qui dispose du *capital social* (Bourdieu, 1980b, p. 2) le plus important, dans la mesure où il entretient d'étroites relations dans le milieu des affaires (industries, grandes entreprises), la sphère politico-judiciaire (chefs d'État, ministres, magistrats...) et les médias traditionnels. Il se décrit comme « quelqu'un de très médiatisé ».

423. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 2.3. Orienter », p. 132-138.

424. D'autres exemples ont été donnés plus tôt. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.1.1. Dentiste, psy et démarches administratives », p. 233-238.

> fallait aider et surveiller, et lui il pouvait pas parce que des fois y'en avait trois ou quatre, d'autres fois dix. Et puis ils savent rien, hein. Ils savent même pas l'alphabet. Y-compris quand c'était le calcul, hein. Les additions et tout ça, ils savaient pas. Donc moi j'aimais mieux. Moi je suis en retraite, alors ça m'apporte rien d'aller en première, en seconde ou de faire un autre... puisque je suis en retraite. Donc c'était la seule possibilité et ils m'ont accepté dans ce domaine. » [M. Caire, Bac+2, préparateur en pharmacie à la retraite, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Conséquence immédiate à cela : ils ont davantage la possibilité de se déplacer d'un secteur à l'autre de la prison. Ils n'ont pas à frapper à la porte de la cellule pendant des heures pour attirer l'attention des surveillants ou à gérer l'incertitude expérimentée par d'autres détenus, qui se demandent quand ils seront convoqués à l'infirmerie[425] : ils peuvent s'y rendre en faisant un simple détour lors de l'un de leurs déplacements ; ils n'ont pas non plus à rédiger de courriers et à devoir traduire des sensations ou des difficultés éprouvées en « symptômes » ou « problèmes médicaux » :

> « Franchement, au niveau médical moi la vérité, parce que je vous cache pas que ça fait trois ans que je suis là et tout le monde me connaît : les infirmières, les médecins... Même quand j'ai un problème urgent, ce matin j'avais besoin de voir le dentiste – j'avais une infection avec une dent qui bouge – et j'ai été voir l'infirmière, elle m'a dit "ok" dans l'heure qui suivait. Il y en a d'autres qui ont des problèmes pour venir à l'infirmerie, mais bon je suis pas leur avocat pour plaider à leur place. Moi, franchement, avec la détention entière que ce soit les surveillants ou le médical, j'ai aucun souci. Quand on respecte les gens, on se fait respecter, c'est ça la devise. » [M. El Salski, Bac+4, chef d'entreprise, détenu depuis près de trois ans, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Le courrier ne constitue là qu'un exemple. Car une fois tous ces « privilèges » octroyés mis bout à bout, leur quotidien en maison d'arrêt est plus globalement loin de ressembler à celui de la majeure partie des détenus :

> « La semaine, on va à l'activité. C'était l'activité peinture avant, mais il y a plus de subventions alors le surveillant nous ouvre la porte à côté de la

425. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3.3.1. La gestion de l'incertitude », p. 273-276. Comme l'écrivait déjà Anne-Marie Marchetti (1997) à partir d'observations conduites au début des années 1990 dans des établissements pénitentiaires : « Ceux qui peuvent accéder aux soins le plus facilement sont ceux qui n'attendent pas qu'on les convoque. Or, ceux qui peuvent circuler le plus facilement en prison sont souvent des privilégiés, les étudiants, les "auxi" en MA [maison d'arrêt], ceux qui occupent des postes clés (ce sont rarement des détenus pauvres). Ils vont vers les ressources au lieu de les attendre. Or, ceux qui se contentent de demander et que l'on voit attendre, parfois indéfiniment, ce sont justement les plus pauvres » (p. 89).

> muscu' et on va se faire le petit café jusqu'à onze heures. À 13h30, on retourne à l'activité : on joue au scrabble, aux mots fléchés... On est dix, pas plus. C'est le chef de détention qui veut pas qu'on soit plus. Après on prend notre douche. Nous, comme on a l'activité, on prend la douche tous les jours, parce qu'il y a des douches à côté de la salle de muscu'.[426] » [M. El Salski, Bac+5, chef d'entreprise, détenu depuis près de trois ans, soins débutés hors de l'institution carcérale.]

Les patients détenus les plus dotés socialement bénéficient ainsi de plus grandes marges de liberté, qui atténuent un processus de mortification réciproquement compensé par la disponibilité de ressources permettant de maintenir son identité au sein de l'institution.

* * *

Ces développements permettent de comprendre comment les professionnels de santé en viennent à identifier des « gens biens » parmi leurs patients : plus proches d'eux socialement, intensément socialisés à la santé hors de l'institution carcérale et moins fortement mortifiés que la plupart des détenus, ils leur reconnaissent une individualité. La singularisation de ces patients au sein de l'institution est ensuite réciproquement renforcée par le traitement individualisant dont ils bénéficient, en étant parmi les plus dotés socialement des détenus, dans la mesure où l'octroi de plus grandes marges de liberté atténue de même leur mortification. C'est donc là encore la position relative de ces patients dans l'espace social du travail médical qui amène les soignants à les percevoir comme des « gens biens » tandis que, comme on va le voir maintenant, les patients s'opposant en tous point à eux sont perçus comme des « tox' » parmi d'autres.

6.3.2. Les "tox'" : une mortification paroxystique

Les détenus médicalisés en établissement pénitentiaire sont globalement parmi les plus pauvres et les plus désaffiliés des patients[427] mais, au sein de l'espace social du travail médical en milieu carcéral, certains apparaissent plus spécifiquement situés à l'extrême opposé des patients dont il a été question juste avant, qui occupent des positions sociales élevées au regard de la structure de la population carcérale et partagent les *dispositions de santé* du personnel médical. Ces patients s'opposent en premier lieu à eux car leur volume de capital global est à l'inverse

426. Les autres détenus ne sont autorisées à prendre une douche que deux fois par semaine. Les jours de douche dépendent de l'étage où ils ont été affectés : ils sont déterminés par l'administration pénitentiaire.

427. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 6.1.2.1. Une médicalisation des plus pauvres et désaffiliés des détenus », p. 347-347.

très faible. Ils se trouvent d'abord confrontés à une situation de grande précarité économique, dont l'un des marqueurs tient en l'absence de domicile personnel. Ils étaient contraints de vivre à la rue, dans des bâtiments squattés ou chez des amis avant l'incarcération, et s'ils disposaient d'un logement, ils ignorent s'ils le retrouveront lorsqu'ils seront libérés de l'institution :

> « Ma vie, c'est la vie de la rue, c'est les hôtels tout ça. » [Mme Zaoui, 49 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisée en prison.]
>
> « [Avant l'incarcération] j'étais dans un squat avec plein de toxicomanes. » [M. Tadarev, 36 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « Mon appartement c'est un HLM[428], j'ai peur de le perdre. » [M. Akkouche, 42 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

Leurs ressources sociales apparaissent de même peu nombreuses ou, tout du moins, elles sont faiblement institutionnalisées : ils ne sont généralement ni en couple ni mariés ; s'ils ont des enfants ceux-ci ne sont la plupart du temps pas à leur charge ; ils n'ont souvent que peu ou pas d'interactions avec leur premier cercle familial (parents, frères, sœurs...). Nombre de ces détenus ont en fait été extraits de leur famille lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents, pour être placés en foyer ou en famille d'accueil, et ils ont alors été privés de l'établissement de liens familiaux étroits et durables durant leur socialisation primaire :

> « Les foyers m'ont fait rompre avec ma famille quoi. Parce que vous savez, quand on grandit avec des frères et sœurs, quand du jour au lendemain on est tous séparés, c'est... » [M. Miller, 41 ans, placé dans un foyer à l'âge de 14 ans, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « Ça fait depuis [année : vingt-trois ans] je crois que j'ai coupé les ponts [avec mes parents]. J'ai grandi dans des foyers. J'ai fait les familles d'accueil tout ça, mais ça a jamais fonctionné... Ils [mes parents] venaient me chercher à chaque fois pour me ramener chez eux, mais moi je les connais pas. Je les connais pas. » [M. Esposito, 34 ans, placé dans un foyer à l'âge de 11 ans, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

Ces placements par la protection de l'enfance ont aussi fréquemment coïncidé avec un arrêt de leur scolarité ou un changement d'orientation ayant précipité leur sortie de l'institution scolaire et, peu ou pas diplômés, leur capital culturel est de même souvent faible :

> « J'ai pas trop été à l'école moi. J'ai été à l'école du crime moi.
> *L. M. : Vous avez arrêté quand l'école... l'école pas du crime ?*
> Ben, quand j'étais petit, quand j'étais adolescent. J'ai été à l'école jusqu'au CM1. Après, j'ai quand même été à l'école : j'ai été dans des centres de

428. Habitation à loyer modéré.

> redressement où j'ai appris à travailler, euh... J'ai fait des formations, j'ai été agriculteur, apiculteur, menuisier... » [M. Haddad, 44 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « *[expliquant les conditions de l'arrêt de sa scolarité à l'âge de 12 ans]* J'ai été placé dans un foyer, jusqu'à 16 ans... ou 17 ans. » [M. Otmane, 46 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

À l'opposé des patients détenus disposant d'un capital culturel, économique et social élevé au regard de la structure sociale de la population carcérale, M. Akkouche, M. Benchikh, M. Borain, M. Charrant, M. Esposito, M. Haddad, M. Kasmi, M. Miller, M. Otmane, M. Tadarev et Mme Zaoui sont ainsi parmi les patients détenus interviewés disposant du plus plus faible volume de capital global. Ils se distinguent de plus de ces autres patients, qui partagent les *dispositions de santé* du personnel médical, car ils ont été durablement engagés dans des pratiques entrant directement en conflit avec les façons de penser, de sentir, d'agir et de réagir vis-à-vis de son corps et de sa santé qui sont portées par les professionnels de santé. Ils consomment ou ils ont consommé des drogues (héroïne, cocaïne...) et/ou des médicaments (Rohypnol, Rivotril, Subutex, Valium, Skénan...) qui, pour les professionnels du secteur médical, sont « détournés » de leurs usages conventionnels :

> « J'étais un gros consommateur de drogue. Je prenais de tout : Rohypnol, Valium, héroïne, cocaïne... Mon premier trou[429] je l'ai fait à 7 ou 8 ans... J'ai été placé dans un centre quand ma mère est morte, j'ai fait comme les grands. » [M. Borain, 39 ans, sans diplôme, peintre dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « La coc', c'est tout ce que j'avais. » [M. Kasmi, 38 ans, CAP routier, chauffeur-routier, médicalisé en prison.]
>
> « Je faisais tout le temps la fête. J'ai tout consommé : cocaïne, héroïne ; j'ai sniffé, je me suis piqué... » [M. Charrant, 43 ans, sans diplôme, sans emploi (jongleur de rue), médicalisé en prison.]
>
> « La vrai drogue c'est au temps de la French Connection. C'est de la pure, de l'héroïne pure. J'avais des potes à moi, des connaissances, qui étaient chimistes. Ils avaient des laboratoires. Ils préparaient de l'héro et moi j'étais le goutteur, je gouttais la marchandise. Et j'ai commencé comme ça, j'ai commencé à connaître l'héroïne comme ça. Et après de l'héroïne ça a été les barbituriques, le shit, l'alcool, mes vols. Depuis tout petit je fais des délits. » [M. Haddad, 44 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « Je consommais et je vendais pour consommer. Il y a des mecs qui me ramenaient 500 grammes, je revendais 300 grammes, je tapais 150 grammes

429. Injection d'héroïne.

> et 50 grammes pour moi. En vingt jours, je consommais 50 grammes. Ça fait 2,5 grammes de came par jour. Moi je prenais deux grammes environ, deux grammes cinquante. Je revendais 10 grammes et je gardais 40 grammes. » [M. Benchikh, 37 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « J'ai commencé la drogue à 8 ans. C'était un groupe de grands qui ont commencé à me faire fumer le hashish... Après ça a été les cachets, le Rohypnol, tout ça... » [M. Otmane, 46 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

Au sein de l'institution carcérale, ces détenus disposant d'un faible capital global sont ceux subissant le plus fortement un *processus de mortification* (Goffman, 1968 [1961]) : leurs ressources sociales, culturelles et économiques ne leur permettent pas de le compenser, et d'ainsi maintenir leur identité, et elles les placent en même temps dans une situation d'entière soumission et de dépendance vis-à-vis des professionnels impliqués dans le fonctionnement général de l'institution ; or, réciproquement, plus l'emprise de l'institution est forte et plus ce processus de mortification est intense, comme nous allons le voir en nous centrant sur le traitement réservé par le personnel soignant à ces patients éloignés d'eux socialement, fortement assujettis en prison et dont la mortification est telle qu'ils leur dénient toute individualité, les percevant comme des « tox' » parmi d'autres.[430]

430. Je décris ainsi, dans les développements qui suivent, un processus de mortification paroxystique ayant pour effet la désingularisation des individus concernés qui, dans le regard des professionnels de santé, sont perçus comme des « tox' » parmi d'autres : leur individualité est déniée. Aussi, je me dois de préciser que j'ai moi aussi rencontré d'importantes difficultés en rédigeant ces analyses : les cinq sous-sections consacrées à la performativité des catégories de « vieux », de « jeunes » et d' « anciens » et à l'émergence de celles de « gens bien » et de « tox' » m'ont en effet imposé un travail cognitif d'assimilation de l'ensemble des « histoires » recueillies par entretien auprès des patients détenus interviewés, les analyses s'appuyant sur l'étude croisée de leurs parcours individuels ; or, si ce processus cognitif s'est opéré sans que j'y prête attention pour ce qui concerne les autres enquêtés – revoyant sans effort l'enquêté, son « histoire », la situation d'entretien, etc. –, cela n'a pas été le cas pour ces détenus fortement assujettis en prison et dont la mortification est paroxystique : je ne suis parvenue ni à assimiler leurs « histoires » respectives, ni à les « revoir » véritablement ; il m'a fallu de ce fait revenir sans cesse aux entretiens retranscrits, ne pouvant compter sur une quelconque image mentale... et singulière. Ce retour réflexif sur les conditions de la rédaction des analyses, s'il produit en moi un sentiment de gêne, éclaire me semble-t-il selon un autre angle le propos de cette sous-section, qui montre que des détenus subissent une mortification si intense qu'elle tend à les désingulariser dans le regard des professionnels de santé, des surveillants... mais aussi d'une apprentie sociologue : les difficultés rencontrées pour rédiger ces analyses, ancrées *au niveau des individus*, ne sont qu'une manifestation parmi d'autres de ce processus.

6.3.2.1. M. Borain : "Un médecin va m'aider à avoir l'AAH : on essaye de mettre ça en place ici"

Les patients détenus engagés ou ayant été engagés des pratiques routinières de consommation de drogues sont donc globalement parmi les plus pauvres et les plus désaffiliés des détenus faisant l'objet d'une surveillance médicale régulière en prison : leurs ressources globales sont faibles en comparaison à celles dont disposent la plupart des patients. Ils ont aussi cela en commun que leurs parcours de vie ont fréquemment été marqués par de multiples placements d'institutions en institutions ; ils ont d'abord pour la plupart grandi dans des foyers ou des maisons d'accueil, comme on l'a vu, puis ils ont été de nombreuses fois incarcérés, du fait du contrôle pénal étroit s'exerçant sur les usagers de drogues[431] :

> « La vie de toxicomane, c'est rentrer et sortir [de prison] souvent. Souvent. » [M. N'diaye, médicalisé en prison.]
>
> « À chaque fois je rentre, je sors. » [M. Esposito, médicalisé en prison.]
>
> « J'arrête pas de rentrer et sortir, j'en ai marre. » [M. Otmane, médicalisé en prison.]
>
> « Je suis venu ici une bonne dizaine de fois. La première fois j'avais 19 ans et maintenant j'en ai 42. […] Je suis sorti le [jour/mois : il y a deux mois et demi] de la dernière peine et je suis re-rentré le [jour/mois : il y a une semaine]. » [M. Akkouche, médicalisé en prison.]

La première incarcération remonte généralement à l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte, et les condamnations à des peines d'emprisonnement se sont ensuite succédées les unes aux autres :

> « J'suis rentré en 1989 la première fois. J'étais au petit Servoud,[432] là où y'a les femmes maintenant. » [M. Miller, 41 ans, médicalisé en prison.]
>
> « Là ça doit faire la treizième fois je crois [que je suis emprisonné], et la première fois, c'était... C'était chez les petits, les mineurs à côté, ce qui est la MAF[433] maintenant. J'avais quoi, 15 ou 16 ans... » [M. Esposito, 34 ans, médicalisé en prison.]
>
> « La première [incarcération] c'était en 1979. J'avais onze ans. Bon trois jours, ça paraît... Mais trois jours, ne serait-ce que trois jours, c'est... » [M. Hamidi, 44 ans, médicalisé en prison.]

431. Cf. *infra*, note de bas de page n°52.

432. Il s'agit de l'ancien « quartier mineurs » du centre pénitentiaire, devenu par la suite la maison d'arrêt des femmes (MAF).

433. Maison d'arrêt de femmes.

Bien que les peines d'emprisonnement effectuées excèdent rarement les quelques mois, une fois mises bout à bout et les années passant, elles peuvent couvrir des décennies de vie :

> « J'ai fait 16 ans de prison hein, en tout. C'est beaucoup. […] J'ai toujours fait des petites peines. Et au final, j'ai fait beaucoup de prison. » [M. Miller, 41 ans, médicalisé en prison.]

> « [être emprisonné à] onze ans c'est pas normal, c'est pas ordinaire, y'a eu beaucoup d'incarcérations injustifiées. Ou injustes plutôt. Parce qu'ils justifient à leur façon, mais c'est une façon injuste. […] Mais très tôt déjà, de onze ans à quinze ans... Voilà, moi je me suis construit comme ça. J'ai fait plus de vingt ans de prison. Plus de vingt ans. » [M. Hamidi, 44 ans en 2012, médicalisé en prison.]

Cela de telle sorte que parler d'un nombre d'incarcérations a peu de sens pour ces détenus qui ont été emprisonnés, libérés, puis ré-emprisonnés sur des temporalités relativement courtes, et sans toujours comprendre le motif légal du placement en prison ou en l'éprouvant à la manière d'une injustice ; ils ignorent combien de fois ils ont déjà été emprisonnés :

> « J'ai passé plus de temps dedans que dehors.
> *L. M. : Vous avez fait combien de temps de prison en tout ?*
> *[réfléchissant, semblant ne pas parvenir à calculer.]*
> *L. M. : Alors la première fois c'était en quelle année ?*
> En juin 1980. C'était un an d'instruction et après j'ai eu la chance de sortir de prison comme j'avais rien à voir. Et après je suis passé aux assises mineurs, j'ai été condamné à cinq ans, et comme à cette époque y'avait pas les remises de peines donc j'ai fait cinq ans pleins et après vu que j'avais été... Je suis sorti en 86, mais j'ai été condamné injustement : on m'a foutu en prison à tort et à travers. Je me suis dit : bon, la police, la justice, elle s'est moquée de moi, on m'a envoyé en prison, on m'a gâché ma vie, donc je vais les embêter. Et je pensais les avoir embêtés, mais non. Et j'ai continué de plus en plus. Carrément. Je me suis dit : voilà, la police, la justice, ils prennent les gens et ils les envoient en prison pour rien du tout – c'est vrai qu'en prison il y a des gens qui sont innocents, puisque moi j'étais innocent –, je me suis dit : ben pour les embêter, je vais mettre un frein dans la loi. Et j'ai commencé à faire des vols à l'étalage et à casser les magasins, et voilà à braquer. » [M. Haddad, 44 ans, médicalisé en prison.]

Ils peuvent alors considérer avoir finalement toujours vécu en prison ou, sans aller jusqu'à exprimer une telle perception, ils décrivent les établissements où ils ont été détenus à la manière de lieux d'habitation :

> « Ici [en prison] je suis heureux comme en colonie de vacances, pour moi c'est juste un foyer de plus. » [M. Darmane, médicalisé en prison.]

> « J'ai travaillé de 87-88, 88-90, entre temps j'suis rentré en prison et quand j'suis sorti on m'a repris... Voilà, j'ai travaillé à [quartier de la ville], j'ai travaillé dans la maçonnerie à [quartier] […], vous connaissez ?
> *L. M. : Non, je suis de Grenoble.*
> Ah, Grenoble ? Je connais ! C'est là-bas que j'habitais avant ! J'étais en prison là-bas, à Varces. Ça a rien à voir là-bas... Ça a rien à voir... Y'a plus d'activités, c'est comme un CD[434] et puis c'est un seul immeuble, c'est un seul bâtiment. […] On peut plus se déplacer, c'est moins surpeuplé. Y'a la caserne juste en face et on voit des deltaplanes, on voit des... On se croirait dans... Non, ça a rien à voir. Même les repas ça a rien à voir, y'a des steak-frittes à midi tous les dimanches. » [M. Miller, médicalisé en prison.]

Compte tenu de leurs fréquentes ré-incarcérations, lors du placement dans un établissement, les professionnels y travaillant ont généralement déjà accumulé un stock de connaissances sur eux – et réciproquement :

> « Je connais pratiquement tous les surveillants, j'connais tous les brigadiers, j'connais pratiquement tous les gens. J'connais tout le monde, tous les détenus. […] J'ai toujours été en prison donc sur les médicaments, je suis suivi en prison. » [M. Haddad, médicalisé en prison.]
>
> « Il y a des surveillants qui me connaissent, il y a des anciens. Ils me connaissent bien ici. » [M. Esposito, médicalisé en prison.]
>
> « J'ai vu le psychiatre – et ça fait depuis longtemps qu'il me connaît, hein –, et il m'a dit : "Là il faut faire quelque chose, vous pouvez pas rester comme ça." » [M. Miller, médicalisé en prison.]

Pour ce qui concerne les soignants, ils reprennent ainsi les informations contenues dans les dossiers médicaux créés lors de leurs précédentes incarcérations et provisoirement archivés dans leurs locaux[435] ou ils s'en font transmettre une copie en contactant les professionnels de santé exerçant dans les établissements où leurs patients ont été détenus la fois précédente[436] :

> « Ce sont toujours les mêmes qui reviennent, donc pour leur suivi [l'archivage provisoire des dossiers médicaux à l'Ucsa] c'est mieux » [M. Faure, médecin-infectiologue.]

Les professionnels de santé pensent ensuite la surveillance médicale de ces patients médicalisés en prison d'une façon diamétralement opposée à celle décrite

434. Centre de détention.

435. Le personnel médical des Ucsa a en effet ajusté ses pratiques du fait des fréquentes réincarcérations d'une partie des patients et, plutôt que de transmettre les dossiers médicaux créés à l'hôpital-référent à la libération, ils les archivent dans leurs propres locaux pendant les deux années suivantes environ. Cf. *infra*, note de bas de page n°113.

436. J'ai décrit cela plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 2, section 3.2.2. La confirmation d'informations par des tiers », p. 146-148.

juste avant, puisqu'il ne s'agit pas de permettre une « continuité des soins » au sein de l'institution, malgré l'incarcération, mais bien de « profiter » de la situation d'enfermement pour transformer leurs conditions et que, toujours par opposition, s'ils redoutent une éventuelle « rupture des soins » c'est par rapport à la libération de l'institution et non du fait de l'incarcération ; les modalités de la surveillance médicale sont donc entièrement organisées au sein de l'établissement pénitentiaire, selon la situation et de la durée de l'enfermement : la prise en charge est *totale*.[437] Ainsi, M. Haddad est suivi par une assistante sociale hospitalière, des médecins généralistes, une psychiatre, une psychologue et un médecin-infectiologue depuis son placement à la maison d'arrêt de Servoud. Il reçoit aussi chaque jour des médicaments directement à sa cellule et il participe une fois par semaine à un « atelier jardinage » à l'antenne toxicomanie de la prison. M. Borain est quant à lui régulièrement convoqué par un médecin-infectiologue, une psychologue, des médecins généralistes, un psychiatre, une dentiste et une assistance sociale hospitalière, qui l'aide à constituer un dossier de demande d'attribution d'une allocation adulte handicapé (AAH) :

> « Là je suis à 50% handicapé, un médecin va m'aider à avoir l'AAH : on essaye de mettre ça en place ici. Mais le problème, c'est que j'ai pas tous les papiers. Là on me refait tous mes papiers : ma carte vitale, ma carte d'identité.... J'avais plus rien. J'ai perdu ma sacoche, je ne sais pas où. Peut-être au tribunal, je sais pas. » [M. Borain, médicalisé en prison.]

Sur les conseils de cette assistante sociale, il espère aussi obtenir une place dans un établissement post-cure à sa libération de prison – un placement pour lequel il a eu à constituer un autre dossier : « *J'ai eu un dossier à remplir, on a tout fait ici, j'attends la confirmation maintenant.* » De son côté, M. Miller est suivi par un médecin-infectiologue, un psychiatre, des médecins généralistes, une psychologue et une dentiste ; il prend aussi part à un « atelier ergothérapie » deux fois par semaine au SMPR ; il reçoit tous les jours des médicaments directement à sa cellule ; et il se rend chaque lundi à l'infirmerie pour effectuer l'injection d'interféron qui complète son traitement. Enfin, comme M. Borain, une assistante sociale hospitalière l'accompagne dans des démarches visant à l'obtention d'un appartement thérapeutique, semblable à celui qui lui avait été attribué après une précédente libération de prison :

> « J'avais une copine que j'avais connue en post-cure. Et bon après j'suis retombé... Après la cure pour l'alcool, j'suis retombé. Et donc j'suis parti, j'suis reparti... Mais bon j'avais la haine à l'époque. Et j'suis retombé encore une fois. Et là vraiment j'ai gambergé : il faut que je trouve une solution là, il

437. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3. Une prise en charge totale », p. 230-282.

> faut que je me prenne un peu en main. Il me faut l'appartement thérapeutique. […] Entre l'appartement [thérapeutique] et ici, ça a rien à voir. Une fois par semaine, y'avait l'assistante sociale qui passait, elle passe, c'est une éducatrice quoi. Elle passe pour voir l'état des lieux, pour voir l'état des lieux et tout ça. Mais bon y'a plusieurs sortes d'appartements thérapeutiques hein. Y'a des appartements thérapeutiques où y'a personne qui passe, y'en a... Mais bon. Moi j'avais tout. Mais bon j'étais encore dans le produit quoi, mais ils le savaient hein, ils le savaient ; là ça y est, là c'est bon : j'ai tout arrêté ici. C'est pour ça que je sors pas en promenade aussi hein... Y'a tout qui circule en promenade. » [M. Miller, médicalisé en prison.]

Ces démarches entreprises en vue de la libération de l'institution carcérale montrent bien que l'institutionnalisation de leurs parcours de vie se poursuit au-delà de ces seuls placements en établissement pénitentiaire. Les professionnels des institutions judiciaires, carcérales et médicales s'accordent ensemble afin d'élaborer des « projets de sortie » consistant en leur placement dans d'autres institutions « disciplinaires » (Foucault, 1975), telles que des établissements post-cure, des structures d'appartements-relais ou des hôpitaux psychiatriques et, comme on l'entrevoit ci-après, c'est alors plus la dimension de contrôle qui prime dans l'élaboration de ces « projets » que le principe d' « insertion » ou de « réinsertion » défendu par ces mêmes professionnels :

> *[Cinq conseillères pénitentiaires se sont déplacées à l'Ucsa, dossiers sous le bras, pour une réunion mensuelle concernant les détenus prochainement libérés. Ce jour, deux infirmières et une éducatrice spécialisée de l'Ucsa y participent.]*
>
> Une infirmière : On commence par Monsieur [nom] ? Il veut déposer une demande de libération conditionnelle pour se soigner.
>
> Une conseillère pénitentiaire : Mais « se soigner », pour Monsieur [nom], c'est sortir pour faire du sport ! Je lui ai dit que si on montait un projet, il fallait plutôt une structure, quelque chose de concret pour que ça passe devant la juge.
>
> L'autre infirmière : Oui, il m'a dit que le sport c'était la seule chose qui lui avait déjà permis de se sortir de la toxicomanie...
>
> La première infirmière : On pourrait essayer un appartement thérapeutique.
>
> Une autre conseillère pénitentiaire : Ouais... il va se barrer au bout de cinq jours... Il nous a déjà fait le coup la dernière fois...
>
> La même infirmière : Alors l'orienter vers [nom : l'hôpital psychiatrique de la région] ?
>
> La même conseillère pénitentiaire : Je lui en parlerai.
>
> L'autre infirmière : Attends demain, je les appelle d'abord. Il est peut-être déjà grillé là-bas. [Réunion entre le Spip et l'Ucsa.]

Les détenus reprennent ensuite à leur compte cette rhétorique du « projet », consistant en un placement dans une institution de contrôle sous couvert de

« réinsertion », comme on le voit à la façon ils parlent d'eux après une libération de prison, lorsqu'ils sont de nouveau confrontés à un procès pénal :

> Juge : Vous avez de nombreux problème de santé et notamment une hépatite. Vous êtes suivi par l'association Rivage.
>
> Prévenu : Je veux faire une post-cure pour avoir un projet. Parce que je sors d'une longue peine et j'ai du mal à me réinsérer. [Procès en comparution immédiate.]

Ces patients détenus engagés ou ayant été engagés dans des pratiques durables de consommation de drogues ont donc connu de multiples placements d'institutions en institutions : foyers pour enfant, prisons, hôpitaux psychiatriques, établissements post-cure... Leurs parcours de vie, leurs faibles ressources et le traitement auquel ils sont soumis en prison accentuent alors un processus qui concerne tous les individus placés dans une « institution totale » (Goffman, 1968 [1961]), mais atteignant là son apogée : leur mortification est paroxystique.

6.3.2.2. Des dispositions de santé hybridées par le traitement carcéral

Les professionnels de santé exerçant en prison éprouvent une certaine méfiance vis-à-vis de leurs patients pris en charge pour une « toxicomanie ». À l'opposé des patients proches d'eux socialement et partageant leurs *dispositions de santé*, à qui ils accordent de plus grandes marges de liberté ainsi que des « privilèges » ayant pour effet de les singulariser, le traitement réservé aux « tox' » est à la fois étroit[438] et faiblement individualisé et individualisant : ils font l'objet d'un traitement de masse. L'illustration la plus édifiante de cela est la façon dont les soignants délivrent des flacons de méthadone aux patients bénéficiant d'une prescription de ce produit de substitution à la consommation d'opiacés. Cette activité est en effet la seule qui soit organisée de façon collective et non individuelle : l'ensemble des patients à qui ce médicament est prescrit est convoqué à la même heure à l'infirmerie, chaque matin, pour le recevoir ; ils doivent se tenir en file indienne, les uns derrière les autres, puis le boire sous le regard d'infirmières :

> Les infirmières allument toujours la radio quand elles distribuent la méthadone aux patients. Elles l'éteignent dès que la distribution s'achève et elles ne l'allument jamais, en aucune circonstance autre que la distribution de méthadone : pas d'écoute d'émissions radiophoniques durant les soins, à la pause-déjeuner, lors des pauses-café, pendant les consultations médicales, lors des transmissions de la mi-journée... Les infirmières semblent en fait essayer

438. Les professionnels de santé les suspectent de dissimuler leurs intentions, d'envisager de « détourner » leurs activités ou encore de les prendre pour des « dealers », comme je l'ai décrit plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.2.3. Le contrôle de la consommation de médicaments », p. 253-258.

> de se concentrer sur autre chose quand elles tendent les flacons aux patients. Elles écoutent la radio. Presque aucun mot n'est échangé, si ce n'est : « Bonjour − Bonjour », « Merci − Bonne journée − Bonne journée ». Les patients repartent après avoir bu le liquide. [Distribution de méthadone en centre de détention.]

Cette modalité de l'organisation des soins ne constitue pas un ajustement pour les soignants, mais bien un principe : les prises de ce médicament doivent être contrôlées en se gardant de faire toute « exception » (Encadré VI). Au-delà de cette seule modalité du dispositif de soin ensuite, les professionnels de santé adoptent plus généralement une posture dite de « refus » face aux patients qui consomment ou ont consommés des drogues ; n'entrant dans aucun jeux de négociation avec eux, ils ne leur octroient que peu voire pas de « privilèges ». Cette posture de « refus » est souvent justifiée, dans les interactions soignant-soigné, par le fait que les questions à propos desquelles ces patients les sollicitent ne sont pas de leur ressort : elles ne seraient pas « médicales ». Les *dispositions de santé* de ces patients détenus fréquemment ré-incarcérés et soumis à chaque fois à *prise en charge totale* en prison apparaissent en fait contaminées par le traitement carcéral[439] :

> Patient [à une infirmière-psy] : Non [je ne vois pas d'utilité à un suivi psychologique], mais ça me donne des remises de peine. Tout le monde me dit qu'avec ça je penserai moins à la drogue, mais en vrai c'est le contraire : j'y pense tout le temps comme on en parle. [Entretien-psy en centre de détention.]

Les pratiques ou les interactions médicales sont par exemple pensées selon le système de privilège de l'institution. Aller à l'infirmerie, interagir avec des professionnels de santé ou prendre un médicament est perçu comme permettant d'obtenir des formes de liberté, telles qu'être libéré plus tôt par l'octroi de remises de peine ou obtenir le droit de faire quelques pas de la cellule jusqu'aux locaux du secteur médical.[440] Or, en parlant ainsi lors de leurs interactions avec les soignants, ils perdent du crédit :

> « Aller à l'Ucsa [..] ça me fait faire une promenade, ça me fait sortir de ma cellule surtout. » [M. Charrant, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

---

439. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 4.1.3.2. Des discours et des lieux : l'entretien comme situation d'observation », p. 298-300.

440. J'ai décrit cela plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.1.3. Une "activité" comme une autre », p. 241-245. Mais je nuance à présent : il s'agit d'une façon de penser les soins médicaux dispensés en prison que l'on n'observe pas parmi les patients détenus occupant des positions plus élevées et intensément socialisés à la santé hors de l'institution carcérale.

Encadré VI. « Ne pas faire d'exception. »
Négociation et contrôle de la délivrance de médicaments (II)

Infirmerie du centre pénitentiaire d'Alauposo. M. Lupard, lisant le nom de son prochain patient, me prévient : « *Alors là, accroche-toi ! Ça va être sportif, il va pas être content du tout !* » Le patient, M. Buganov, a écrit à l'équipe médicale afin d'obtenir une prescription de Subutex ; dès son entrée dans le cabinet médical, M. Lupard l'informe de la décision prise avec le reste de l'équipe à la lecture du courrier : « *Moi je vous propose de la méthadone, mais pas du Subutex.* » Le patient se lève alors de la chaise où il s'était assis et, faisant de larges mouvements avec ses bras, il s'écrie : « *I am Subutex ! Aujourd'hui, I am Subutex ! I am Subutex, I am Subutex moi troc !* » Afin de convaincre M. Lupard de lui prescrire ce médicament, il lui fait donc comprendre qu'il le prend déjà, parlant de « troc » entre détenus. Puis se rasseyant, il insiste : « *Non méthadone, Subutex oui ! I am pas dormir, I am analyse pipi*. » Le médecin conserve sa position, répondant sur un ton ferme : « *Moi je peux remettre méthadone et c'est tout.* » M. Buganov lui demande alors : « *Méthadone cellule ?* » Mais le médecin répond par la négative : « *Non. La méthadone c'est le matin, avec les infirmiers*. » M. Buganov fait alors comprendre au médecin qu'il préfèrerait prendre ce médicament le soir plutôt que le matin, et M. Lupard lui indique qu'il va demander aux infirmières s'il est possible de lui remettre de la méthadone à l'Ucsa, mais cela le soir plutôt que le matin. Les deux hommes se lèvent. M. Buganov suit M. Lupard jusqu'au hall de l'Ucsa ; il l'observe de loin présenter sa situation à deux infirmières. Celles-ci refusent immédiatement de lui délivrer de la méthadone le soir, expliquant qu'il s'agit de « *ne pas faire d'exception* ». M. Lupard revient alors vers M. Buganov et il lui rapporte leur décision, en faisant toutes sortes de gestes avec ses bras – montrant tour-à-tour les infirmières, la pièce où est distribuée la méthadone le matin et mimant le fait de boire quelque chose. À ces explications, M. Buganov s'écrie : « *I am péter ta gueule ! Toi mort ! I am péter ta gueule !* », tout en désignant avec deux de ses doigts ses yeux, puis ceux de M. Lupard, et mimant ensuite le fait de se trancher la gorge. M. Fouquet, le surveillant affecté à l'Ucsa, rejoint les deux hommes dans le hall et il indique à M. Buganov qu'il lui faut maintenant quitter l'infirmerie, tout en le poussant vers la porte d'accès à l'Ucsa. Alertée par les cris, Mme Perrin, infirmière-psy, s'approche d'eux et elle s'écrie à son tour, en montrant M. Buganov du doigt : « *Non, Monsieur Buganov il va d'abord m'écouter, parce que Monsieur Buganov il fait semblant de ne pas comprendre, mais il comprend très bien ce qu'on lui dit. Alors s'il est en manque Monsieur Buganov, il va prendre de la méthadone, le matin, à l'infirmerie, comme tout le monde, et si Monsieur Buganov, ça lui convient pas, eh bien on ne va rien lui donner de plus. Il n'aura pas de Subutex Monsieur Buganov, point.* » Repoussé par le surveillant, M. Buganov résiste et il crie – en même temps que Mme Perrin –, tout en mimant le fait de se couper les avant-bras : « *Tu vas voir, tu vas voir, I am [mimant de se blesser], I am [mimant de se blesser], I am [mimant de se blesser], I am [mimant de se blesser]...* » Puis le surveillant referme la porte sur lui. [Consultation de médecine générale en centre de détention.]

> « J'aurais préféré venir le chercher ici [à l'Ucsa] le matin [mon traitement], parce que ça m'aurait fait une sortie. » [M. Darmane, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « Moi je prends la méthadone que pour les RPS. C'est-à-dire qu'ils veulent pas qu'on prenne des drogues, donc je prends de la substitution. » [M. Haddad, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

Les décisions prises quant à la gestion de sa santé sont de même imprégnées par le registre pénalo-carcéral :

> « À l'intérieur, c'est plus facile pour moi de me soigner parce que j'ai pas à travailler, à cuisiner.... Ici, je peux juste me soigner, me concentrer là-dessus. […] Ce que j'aimerais c'est être en cellule tout seul. Parce que là, mon collègue [co-détenu de cellule] il va partir. Il y en a un autre qui va arriver après. Mais moi, je préfère être tranquille pour démarrer mon traitement. C'est le seul truc qui va pas. » [M. Hamidi, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « Je préfère attendre de savoir si j'ai ma conditionnelle [Avant de commencer à prendre un traitement médicamenteux,. si c'est pas accepté, je commence l'interféron ici. […] Je veux qu'il y ait un suivi net. Je veux un suivi sans cassure c'est pour ça que j'attends. J'attends de savoir si j'ai la conditionnelle. Si j'ai pas la conditionnelle, je me soigne ici, si j'ai la conditionnelle, j'attends de sortir. » [Mme Zaoui, sans diplôme, sans emploi, médicalisée en prison.]

Ce sont les modalités du traitement carcéral ou des circonstances pénales qui déterminent par exemple la prise (ou non) d'un médicament : la durée de l'enfermement, le placement dans une cellule individuelle, l'obtention d'un aménagement de peine... Autre exemple : le caractère « médical » des divers objets ou situations pouvant être attachés à cet adjectif et devenir ainsi des « pantoufles médicales », des « cellules médicales » ou des « plaques-chauffantes médicales » n'est que très rarement *négocié* par ces patients intensément socialisés à la santé en prison ; ce qui constitue des « privilèges » dans le regard des soignants est perçu comme la norme et est de ce fait revendiqué à la manière d'un *droit* :

> « Après Madame Maspeyrot [assistante sociale hospitalière] elle me dit : "Mais, [prénom], tu es pas indigent." Mais je parle pas d'être indigent ou pas indigent : faut pas être indigent pour avoir une plaque-chauffante, faut avoir des pathologies ! Et ici, tout le monde a des pathologies médicales, ils ont pas de pathologie et ils ont des plaques ! Et en fait ils vous disent : "Mais on c'est pas d'où elles viennent les plaques." Comment ça on sait pas d'où elles viennent les plaques ? Elles sont en prison, elles sont dans les cellules et ils savent pas d'où elles viennent ? C'est l'administration qui les délivre et ils savent pas d'où elles viennent ? Tous les jours ils en saisissent. […] il me faut une plaque-médicale. Donc si Madame Maspeyrot elle veut pas me commander la plaque, moi je vais aller à l'infirmerie et je vais dire :

> "Infirmière donne moi mon dossier médical", je vais prendre mon ordonnance médicale, et je vais l'amener au chef ou à un des trois chefs, à Monsieur Gaspert [capitaine] et ou au capitaine [nom] ou à Madame [nom]. Et je vais donner l'ordonnance et dire : "Donnez moi une plaque" et ils me la donnent la plaque.. Si elle est... *[s'interrompant et s'immobilisant à la suite d'un bruit soudain provenant de l'étage au-dessus, comme pour comprendre de quoi il retourne, puis reprenant une fois entendu que le bruit n'a pas été suivi d'un autre événement audible]* Pour moi, elle est pas compétente du tout. J'dis pas ça parce qu'elle est pas là : j'parle vulgairement. Bon, si elle est pas compétente, je prends mon ordonnance et je l'emmène à qui de droit et je prends ma plaque-médicale c'est tout. » [M. Haddad, sans diplôme, sans emploi, détenu depuis cinq mois, médicalisé en prison.]

Le corps est enfin quelques fois instrumentalisé en étant affaibli, blessé voire amputé en réaction aux rapports de pouvoir présents au sein de l'institution ou parce qu'il constitue en prison une ultime ressource afin de peser dans ces rapports de force[441] :

> « J'ai droit à ma plaque chauffante par rapport à ma pathologie, je veux une plaque médicale ! Maintenant, on me dit d'attendre, et y'en a qui attendent une semaine, deux semaines, un mois, mais pas cinq mois ! Y'a personne qui a attendu cinq mois pour une plaque chauffante ! Maintenant, si on peut l'acheter, j'suis prêt à acheter cinq paquets de cigarettes pour l'acheter cinquante euros ! C'est tout ! Sinon moi je rentre dans une cellule et je rackette un mec, moi ! Ou je me coupe un doigt, je l'envoie au directeur et il me donne une plaque chauffante !
>
> *L. M. : Qu'est-ce qui est arrivé à votre doigt [amputé] ?*
>
> Ah, ça ! Je l'ai envoyé au juge d'instruction. » [M. Haddad, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

> « La dernière fois par exemple, j'ai tapé ma tête contre la grille. Je me suis ouvert la tête. Vendredi, j'ai coupé ma main.. je suis pas bien ici.
>
> *L. M. : Pourquoi est-ce que vous vous blessez ?*
>
> Parce que moi, j'ai pas de cigarettes. J'ai pas de cigarettes, je demande aux autres... Je demande aux surveillants de demander à mon collègue à côté de moi de me donner une cigarette. Mon collègue, il a donné une cigarette et la surveillante femme, toujours elle cherche la merde avec les détenus. Elle dit : "Attend, attend, attend", elle vient en courant et elle prend la cigarette et elle la cache. Les gardiens, ils écoutent pas quand on leur demande. Après j'ai parlé avec le brigadier, parce qu'il écoute les détenus quand il y a des problèmes. Il essaie d'équilibrer le moral. » [M. Benchikh, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

441. Sur ce point, voir également Fabrice Fernandez (2003) et David Le Breton (2003).

Ces façons de penser et d'agir vis-à-vis de son corps et de sa santé, contaminées par la discipline carcérale, tendent à les discréditer dans le regard des soignants qui, parce qu'ils s'efforcent de tenir fermement les frontières de ce qui est ou non « médical », adoptent une posture de « refus » devant eux : ils réservent le soutien pouvant leur être individuellement apporté.

6.3.2.3. L'assujettissement des plus pauvres et désaffiliés

Au-delà des seules modalités de leur traitement par le personnel médical, les patients détenus peu dotés en capitaux et fréquemment ré-incarcérés subissent un processus de mortification particulièrement intense en prison : leurs ressources sociales et économiques sont trop faibles pour le compenser et, se trouvant en même temps placés dans une situation d'entière dépendance vis-à-vis des professionnels engagés dans le fonctionnement général des prisons, l'emprise de l'institution tend elle aussi à l'accentuer. D'un côté donc, leurs ressources économiques et sociales ne leur permettent pas de compenser ce processus de mortification. Ils ne reçoivent par exemple ni lettres, ni visites aux parloirs et ils ont moins la possibilité de se raccrocher à d'autres identités que celle à laquelle ils sont assignés par l'institution : ils sont des « détenus ».[442] Rien autour d'eux ne fait non plus écho à des aspects de leur personnalité : leurs cellules sont dépourvues du moindre objet décoratif en lien à un souvenir ou à des intérêts personnels, comme des cartes postales ou des photos ; certains ne possèdent pas non plus de vêtements personnels : les seuls qu'ils détiennent sont ceux remis par l'administration pénitentiaire aux plus démunis, c'est-à-dire des vêtements en modèle unique, parfois taillés trop grands ou trop petits pour leur corps.[443] Ne disposant que de très faibles ressources économiques et ne bénéficiant pas non plus du soutien matériel et pratique pouvant être apporté par des proches, ils sont de plus privés de la possibilité d'acquérir quoi que ce soit à l'épicerie de la prison : ils ne peuvent pas « cantiner » selon leurs goûts et leurs intérêts (nourriture, magazines...).[444] La question qui se pose à eux n'est d'ailleurs pas vraiment celle-là : ils se demandent

442. Voir Caroline Touraut (2012). Cf. *infra*, note de bas de page n°337.

443. Je l'ai déjà évoqué plus haut, en décrivant la visite médicale d'entrée de ce jeune détenu parlant difficilement le français et vêtu du survêtement de couleur grise remis par l'administration pénitentiaire aux arrivants à qui personne ne viendra apporter de linge. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3.1.1. (10h28) Première séquence », p. 152-154.

444. À titre d'exemple, un extrait de la liste des produits « cantinables » dans l'une des prisons étudiées est présenté en annexe. Cf. *supra*, « Annexe L. Extrait de la liste des produits "cantinables" dans un établissement pénitentiaire », p. 488.

plutôt comment satisfaire des besoins qui sont parmi les plus primaires, comme manger à sa faim[445] :

> « C'est difficile là, parce que je m'alimente mal. Je mange trop mal. J'ai même perdu du poids. J'ai perdu huit kilos. En cinq mois. Huit kilos. » [M. Haddad, sans diplôme, sans emploi, détenu depuis cinq mois, médicalisé en prison.]

> « Trois fois par semaine, je prends la tension, le pouls et tout ça parce que bon, ici, je mange pas quoi... » [M. Esposito, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

Ces exemples montrent que plus les ressources économiques et sociales des détenus sont faibles et plus ils subissent un processus de mortification intense en prison, mais il importe aussi d'appréhender ce processus selon une autre échelle, relative au parcours pénal et non plus à une unique incarcération, car les ré-incarcérations successives tendent elles aussi à accentuer ce processus par l'amenuisement progressif des ressources disponibles. La conservation de son logement et d'un emploi s'avère par exemple proportionnellement plus rare au fur

445. J'interromps pour cela un entretien réalisé avec M. Otmane, après moins d'une demi-heure d'échanges : il semble faire un malaise. Notre interaction se poursuit néanmoins sous une autre forme, que je désigne par les termes de « faux-entretien » dans mon carnet de terrain : nous donnons l'illusion que l'entretien se poursuit normalement – je reste assise face à lui et je me tiens de telle sorte que l'on ait l'impression que nous parlons depuis le hublot au travers duquel le surveillant de l'infirmerie peut observer ce qui se passe dans le bureau –, mais nous n'échangeons en réalité aucun mot : pendant l'heure qui suit, M. Otmane mange très lentement et vraisemblablement avec difficulté les quelques « biscuits de noël » que j'avais dans mon sac. Une fois de plus, on peut rapprocher les conditions de cet entretien aux pratiques étudiées – je pense là aux « fausses urgences médicales » décrites plus haut (cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3.2.3. Qu'est-ce qu'une "urgence" ? », p. 270-273). Car à ce moment là, je sais que, si hors d'une prison donner quelque chose à manger à quelqu'un est plutôt anodin , je m'expose à d'importantes réprobations de la part de membres du personnel pénitentiaire pour avoir donné ces biscuits ; j'ai déjà pu en prendre la mesure quelques jours plus tôt : lors d'un conflit opposant des surveillants et des infirmières s'accusant violemment les uns les autres d'être responsables de la destruction involontaire d'un « colis de noël » financé par la Croix Rouge et destiné à un détenu de l'établissement – qui allait par conséquent être le seul parmi le millier de détenus à ne pas recevoir de nourriture pour les fêtes de fin d'année, offerts soit par des proches soit par l'association pour ceux qui ne reçoivent jamais aucune visite –, j'avais spontanément proposé de donner moi la quinzaine d'euros qui auraient permis de racheter ce que contenait le colis, effrayée par leurs cris et jugeant la situation injuste pour le détenu ; or, plutôt que de résoudre le conflit, ma proposition l'avait aggravé : les surveillants m'avaient fait remarquer que personne ne leur offrait, à eux, un colis alimentaire, puis ils m'avaient suggéré de me charger aussi d'effectuer leurs courses de noël – un point lui aussi déjà brièvement abordé plus haut. Cf. *infra*, « Chapitre 3, section 3.3.2.2. De l'autre côté de la porte de la cellule », p. 268-270.

et à mesure que le nombre de ré-incarcérations s'accroît, et cela plus encore quand les peines de prison ferme effectuées sont rapprochées dans le temps les unes des autres ; toute entreprise, que celle-ci soit conduite dans ou hors de l'institution carcérale, se trouve compromise :

> « À ma sortie, faut que je retrouve un hébergement, faut que... j'suis en train de faire les papiers avec l'antenne toxicomanie, avec Madame Bouvier. Je dois refaire une lettre de... de... Il faut que je me reprenne. Je vais bientôt sortir là en plus. Je vais pas sortir juste avec un sac et l'adresse de Servoud, hein !
>
> *L. M. : Vous habitiez où avant d'arriver ici ?*
>
> […] J'avais un appartement que des amis me prêtaient […]. J'ai rencontré l'assistante social là-bas [dans le quartier où j'habitais], et je voulais savoir ce que j'avais droit et tout ça. Mais j'ai pas eu le temps de mettre ça en place, tous les papiers... J'ai été arrêté... ouais, ouais... Dommage. C'est... Mais bon, y'a rien de perdu, hein... J'espère... J'suis resté un an dehors quand même, hein ! » [M. Miller, médicalisé en prison.]

> « [Avec l'incarcération] J'ai tout perdu, la maison, tout. » [M. Benayoud, niveau CAP, maçon, médicalisé en prison.]

> « Là je m'étais calmé, parce que comme ma femme elle était décédée, je m'étais calmé pour les enfants quoi. Donc depuis [année : trois ans], j'étais pas rentré quoi : je me suis réinséré normal, j'ai repris l'appartement, j'ai repris le travail et tout. Et là je suis rentré pour des jours-amende pour les stupéfiants : je suis passé au tribunal et ils m'ont dit que comme j'avais des enfants à charge, j'allais recevoir une convocation du greffe, le magistrat là, pour qu'il me fixe une date pour payer les jours-amende. Et une semaine après, on me contrôle, on m'arrête, et puis je me retrouve ici. Comme ça direct, du commissariat à ici. J'ai plusieurs condamnations alors pour eux, une de plus une de moins, ça change rien. » [M. Esposito, médicalisé en prison.]

Il en est de même pour ce qui concerne les ressources sociales ; des relations préservées lors de précédentes incarcérations peuvent se distendre après un nouveau placement en prison :

> « Là j'ai peur que ma famille me soutienne plus, à force de rentrer. […] Ma mère me soutenait [lors des précédentes incarcérations], mais là je pense que ça va être dur entre nous... Jusqu'à présent, j'ai toujours eu des parloirs mais là... J'ai deux frères et trois sœurs aussi et pareil, eux ça y est on se parle plus. » [M. Akkouche, 42 ans, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

> « Depuis que je suis en prison, ma copine m'a quitté. » [M. Borain, sans diplôme, peintre dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

> « J'ai pas de mandat, ma copine m'a laissé tomber. Elle veut plus me voir. » [M. Benayoud, niveau CAP, maçon, médicalisé en prison.]

Les ruptures de liens avec des proches peuvent être aussi à l'initiative des détenus, tout particulièrement en ce qui concerne leurs relations avec leurs enfants. Ils n'est pas rare qu'ils les maintiennent à distance d'eux, redoutant de les décevoir et parce que, ayant intériorisé le regard problématisant que l'institution pose sur eux, ils pensent les préserver et empêcher la reproduction de leurs parcours de vie en procédant ainsi :

> « En prison, je veux pas les voir [mes enfants]. Je les ai vues deux fois au parloir, mais je veux plus les revoir. » [M. Haddad, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

> « J'ai coupé les ponts [avec mes parents]. […] Pareil, les frères, les sœurs, j'ai coupé les ponts avec moi. Avec tout ce qu'il y a autour de moi, j'ai préféré faire comme ça. Tout couper. C'est le mieux quoi. J'ai pas eu la belle vie, alors j'ai pas envie que mes enfants aient ce que moi j'ai eu. […] J'ai pas dit que j'étais là [à mes enfants], j'ai dit que j'étais parti trois mois en vacances. La grande elle sait que j'ai déjà fait de la prison, mais je lui avais promis de pas revenir... donc j'ai préféré dire que j'étais en vacances. » [M. Esposito, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

> « J'évite de les voir [mes enfants], de piétiner dans leur vie... J'évite d'être un poids pour eux. Je veux pas les bousculer. » [M. Kasmi, CAP routier, chauffeur-routier, médicalisé en prison.]

Ce dernier point invite à insister sur une dimension plus subjective de la perte progressive de toutes ressources, qui s'opère aussi en transformant le regard posé sur soi ; s'appropriant les catégories problématiques auxquelles ils sont assignés, ils se construisent en problème ; l'insistance sur leur volonté de « [s]'en sortir » – une expression récurrente dans les discours recueillis par entretien[446] – est une marque parmi d'autre de cette subjectivation :

> « La prison elle m'a changé. Depuis 89... après ça a été fini. […] J'avais une copine que j'avais connue en post-cure... Et bon après j'suis retombé, après la cure, pour l'alcool. J'suis retombé et donc j'suis parti, j'suis reparti... Mais bon, j'avais la haine à l'époque. Et j'suis retombé encore une fois. Et là vraiment, j'ai gambergé. Il faut que je trouve une solution là, il faut que je

446. Ces catégories ne sont non pas négatives dans le sens ou elles seraient mauvaises, mais en cela qu'elles sont le revers d'identités valorisées dans nos sociétés : être « libre » plutôt que « détenu », un « travailleur » plutôt qu' « indigent », « actif » plutôt qu' « inactif »... Cf. *infra*, « Première partie, Conclusion : Problématiser », p. 193-203. Précisons également que ce vocable concernant la volonté de « [s]'en sortir » ne semble pas spécifique à la situation étudiée ; Jean-Claude Kaufmann (1985) relève plus généralement l'usage récurrent de cette formule parmi les membres des classes populaires.

> me prenne un peu en main, il me faut l'appartement thérapeutique. […] Je peux m'en sortir. J'ai pas... j'ai pas touché le fond. J'ai envie de sortir de ça, je peux me rattraper. Y'a le passé aussi, hein. Moi j'ai pas vécu à la maison. J'ai été pris par la Ddass. Y'a le passé aussi. J'ai un lourd passé. » [M. Miller, médicalisé en prison.]

Le traitement carcéral accentue ensuite réciproquement ce processus de mortification. Cela par exemple car les détenus les plus pauvres et les plus désaffiliés ne sont jamais « auxiliaire » et que très rarement « classés » aux ateliers des établissements − encore moins dès lors qu'ils consomment ou ont consommé des drogues. Ils sont donc privés de la possibilité de gagner un peu d'argent en prison et de cantiner selon leurs goûts, ils sont privés de la possibilité de se déplacer un peu plus librement d'un secteur à l'autre de l'établissement au prétexte d'aller travailler, ils sont privés de la possibilité d'obtenir des remises de peines supplémentaires en récompense à leur implication dans ce type d'activités et d'ainsi être libéré plus rapidement :

> « En plus je suis indigent parce que ma femme elle est décédée donc j'ai personne. Voilà, il y a rien, rien. Je travaille pas parce qu'avec les cent jours, bon...il y a trop d'attente. J'ai quand même demandé le travail, mais ça sert à rien. Pour cent jours, ça sert à rien de mettre un gars au boulot. […] J'ai demandé un peu de tout mais en réponse il y a rien. Je fais ma détention normale quoi. Je fais toutes les promenades et sinon c'est la cellule. » [M. Esposito, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

> « Ouais ça fait long ! En plus sans activité, sans rien. Parce que je devais travailler mais on me disait "non". Je pense parce qu'ils croyaient... par rapport à le... à... Bon moi je sentais que, au contraire, si on me donnait une activité ce serait encore mieux ! Mais là, rester inactif pendant dix-neuf mois c'est hallucinant, hein ! » [M. Miller, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

Sur un plan plus subjectif, ils sont donc aussi privés de la possibilité de se voir reconnaître une identité plus valorisée que celle de « détenu », en devenant par exemple un « travailleur » au sein de la prison. En lieu de cela, ils se décrivent comme « inactif », reprenant à leur compte le langage de l'administration pénitentiaire, qui les reconnaît *en sus* comme « indigent »[447] et leur octroi vingt euros d'aides mensuelles compte tenu de leur situation de grande pauvreté :

> « Je peux pas cantiner, j'ai demandé pour avoir les 20 euros par mois... Au début que je suis rentré, j'avais dix euros sur moi et la police a pris les sous

447. Il s'agit d'une catégorie administrative. Cf. *infra*, note de bas de page n°340.

> comme c'était des stupéfiants... Pour le moment, j'ai rien. C'est dur. Même pour les cigarettes vous savez, il y a rien sans rien. » [M. Esposito, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « Je me prive de manger pour les cigarettes. […] J'ai la plaque chauffante [délivrée médicalement], mais je peux pas cuisiner parce que j'ai rien à chauffer. […] J'en ai marre de mendier. Ras-le-bol. » [Mme Zaoui, sans diplôme, sans emploi, médicalisée en prison.]

Cette aide mensuelle constitue alors les seules ressources économiques dont ils disposent. Ils ne peuvent pas non plus bénéficier des éventuels achats effectués par les détenus partageant leur cellule, car les plus pauvres des détenus sont généralement placés aussi ensemble en cellule :

> « Le problème c'est qu'après les dix jours [au quartier arrivant], bon, tu intègres les cellules. Et ils m'ont mis qu'avec des fatigués quoi ! » [M. Hamidi, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « On est deux en cellule. Mon collègue aussi est malade, il a deux hépatites et il se fait soigner ici. […] Il est aussi toxicomane. » [M. Borain, sans diplôme, peintre dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « Là, on m'a mis un gars pendant quatre jours, il a plein de problèmes en plus, j'ai... Oh putain ! C'est pas la peine... » [M. Miller, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « C'est pourri la prison de Servoud. […] La cellule, elle est noire. Les murs sont pourris, tout noir. Il n'y a pas de table. On mange sur les genoux. Nous trois on n'a qu'une seule chaise. On mange chaque personne sur le frigo, c'est tout. Le frigo c'est la table. » [M. Benchikh, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]

Le seul soutien dont ils peuvent espérer bénéficier est celui apporté, de façon plus ponctuelle, par les professionnels rencontrés dans la prison ; ils multiplient donc les courriers de demandes d'aide, s'adressant tour à tour à leurs conseillères pénitentiaires, à la direction de la prison, aux professionnels de santé de l'Ucsa ou du SMPR – et puis à moi aussi (on m'a souvent demandé des calendriers) :

> « Là je suis en manque de savon, de shampoing, j'ai rien. J'aimerais bien récupérer des colis qui traînent, des trucs. L'infirmière m'a dit qu'elle en recevait lundi, j'espère. Là je vais vraiment pas bien. » [M. Otmane, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « J'ai pas de parloir, j'ai pas... j'ai rien. C'est pour ça je viens voir Madame Maspeyrot [assistante sociale hospitalière]. Parfois elle m'aide, elle me donne des... des... du shampoing des trucs comme ça quoi. » [M. Miller, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]
>
> « J'ai réussi à téléphoner [à mes enfants] avec l'argent de la Spip. » [M. Esposito, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment, médicalisé en prison.]

> « Ben merci parce que ça me fait du bien, ça fait du bien de parler avec quelqu'un... Et vous avez pas un calendrier pour moi?
> *L. M. : Un calendrier ? Non, j'en avais un, qui était pour quelqu'un... Je l'avais laissé là, mais je sais pas où il est passé...*
> Bon tant pis, ça fait rien, j'en fabriquerai un. » [M. N'diaye, niveau CAP, employé dans la restauration rapide, médicalisé en prison.]

Au personnel médical, ils sollicitent la délivrance de produits d'hygiène : dentifrice, savon, shampoing... ; de produits de l'industrie pharmaceutique consommés pour se nourrir : du « lait », du « Yop » ; et de divers objets : balais, calendrier... ; ou, espérant formuler ces demandes de vive voix, ils supplient les soignants de les convoquer à l'infirmerie sons expliquer pourquoi :

> « Là je suis en train d'écrire, d'écrire, mais ça répond pas » [M. Akkouche, sans diplôme, sans emploi, médicalisé en prison.]
>
> « Mais ça fait un mois que j'écris et que j'ai pas de réponse, de nulle part. On est obligé de dire des mensonges pour accélérer les choses. » [M. N'diaye, niveau CAP, employé dans la restauration rapide, médicalisé en prison.]
>
> Assistante sociale hospitalière : Vous avez demandé à me voir mais on peut pas être cinquante à vous suivre hein. [Entretien d'une assistante sociale hospitalière en maison d'arrêt.]

Les détenus les pauvres et désaffiliés s'avèrent donc fortement dépendant des ressources des professionnels de la prison, parmi lesquels le personnel médical, mais le soutien qui leur est apporté est faible : l'intensité de leur mortification est telle que leur individualité est déniée ; les soignants les perçoivent comme des « tox' » parmi d'autres.

Conclusion : Normaliser ?

Cela fait plusieurs semaines que Mme Perreire conserve la lettre de M. Hochani[448] dans la poche de sa blouse blanche lorsqu'elle s'approche de moi, après une transmission de la mi-journée, pour me la donner à lire en indiquant : « *Tiens, lui c'est un jeune très gentil, il a appris qu'il avait le VIH en arrivant*. » Cette lettre aurait certainement été conservée à la manière d'une « preuve » dans le dossier médical du patient, comme le sont habituellement les courriers reçus à l'Ucsa, si elle avait exposé une demande de soins. Peut-être aurait-elle aussi pu être qualifiée de « roman », comme le sont fréquemment les courriers jugés « longs » n'incluant pas de sollicitation « médicale », et de ce fait jetée à la poubelle. Mais la lettre de M. Hochani est une lettre de remerciements, et Mme Perreire ne l'a ni archivée dans le dossier médical ni jetée à la poubelle : l'infirmière la conserve depuis plusieurs semaines dans la poche de sa blouse blanche. Dans ce courrier, M. Hochani lui décrit ce que lui ont apporté leurs échanges durant les mois passés emprisonné au centre de détention d'Alauposo. Il raconte comment, en plus de l'avoir aidé à parler d'un diagnostic reçu en prison à ses proches, ils ont transformé la façon dont il perçoit son passé, se conduit au présent et envisage son avenir : se tenir loin des autres détenus, mettre fin à des relations amicales, arrêter de fumer des cigarettes, être dans le « droit chemin », se concentrer sur le travail et la famille, cesser de désirer avoir plus que la « normale », se juger fautif...

448. Cf. *infra*, « 2nde Partie. – Modalités et effets d'une socialisation à la santé en établissement pénitentiaire (Introduction) », p. 203-207.

Une socialisation carcérale à la santé

Si Mme Perreire est touchée par cette gratification, elle porte néanmoins un regard plus nuancé sur la conversion de son patient, qu'elle assimile davantage à un échec qu'à une réussite au regard de ses normes professionnelles ; aussitôt après que j'ai achevé de lire la lettre, elle confie sur le ton de l'incompréhension : « *Il veut pas prendre ses médicaments*. » M. Hochani porte en fait lui aussi un jugement plus nuancé que le donne à penser sa lettre, concernant les modalités et les effets de sa prise en charge médicale dans l'institution, comme je le découvre quelques jours plus tard lors d'un entretien :

> « On a commencé à faire un traitement pendant une semaine et comme ça faisait trop d'effets secondaires... Je vomissais tout ce que je mangeais, je faisais des cauchemars, la nuit je me réveillais et j'étais en sueur. […] C'est dans la tête peut-être, je sais pas trop... Enfin, c'est pas que dans la tête, c'est aussi que, dehors, si tu as la flemme, tu vas t'acheter un sandwich, il y a à manger à disponibilité. *Ici* j'avais demandé des vitamines et, vous voyez, j'ai rien eu. Quand je leur parle de ça, des problèmes avec la nourriture, ils veulent pas débourser. J'écris des mots, j'écris : "J'arrive pas à manger", et ils me convoquent même pas. Alors je demande le médecin... Par exemple, j'avais écrit au médecin pour un autre truc et je lui ai parlé de mes problèmes pour manger et il m'a dit qu'on pouvait rien faire. » [M. Hochani, 26 ans, détenu depuis un an et huit mois.]

Si M. Hochani explique là pourquoi il ne veut plus prendre de médicaments tant qu'il est emprisonné, l'entretien aborde plus globalement l'ensemble des thèmes étudiés dans cette seconde partie décrivant finalement une *socialisation carcérale à la santé* : l'incorporation d'un diagnostic reçu après le passage par le dispositif médical d'entrée, l'instauration d'une prise en charge totale dans l'institution, la formation d'un discours sur soi en prison ou encore la redéfinition de la frontière distinguant ce qui est « médical » de ce qui ne l'est pas. C'est néanmoins sur un autre élément, mis en exergue dans l'extrait d'entretien, que je conclurai.

"Ici", où les occurrences d'un mot retracent les analyses développées

« Ici. » Cet adverbe revient souvent dans les propos de détenus, de professionnels de santé exerçant en prison et du personnel pénitentiaire. Il est employé pour marquer ce qui est différent, ce qui est singulier, ce qui est spécifique, ce qui est atypique : « ici » oppose un service hospitalier classique à l'Ucsa ; « ici » oppose l'Ucsa au reste de la prison ; « ici » oppose une prison à une autre prison ; « ici » oppose la prison à « dehors ». L'adverbe est en fait si souvent employé qu'on a pu

le lire, ci-et-là, page après page, depuis l'instant où l'on a passé le pas-de-porte de la maison d'arrêt des hommes du centre pénitentiaire de Rodan : la prison est d'abord affaire d'espace et de temps et ses occurrences parcourent les extraits d'entretiens et d'interactions discursives cités dans la thèse. Cela au point qu'il est possible de retracer l'ensemble des analyses développées, ou tout du moins de les rappeler au souvenir, en s'arrêtant seulement sur quelques-unes des fois où il a été prononcé – et d'ainsi rendre une dernière fois la parole avant de conclure :

> « De toute manière, moi j'ai bien compris qu'**ici** on se sert des détenus étrangers pour faire des expériences » ; « Vous, vous allez passer au tribunal [date : dans cinq semaines], ça veut dire quoi, ça veut dire que le jugement va couvrir au moins les cinq semaines que vous aurez passées **ici** » ; « Ah, et je voulais savoir : pourquoi je suis **ici** alors que j'avais demandé [ville : un autre centre de détention] ? » ; « Ah ça, vous savez... C'est sans doute parce que vous n'aviez pas de parloir, du coup on vous envoie **ici** plutôt » ; « **Ici**, c'est l'Assistance publique des hôpitaux de [ville], pas la pénitentiaire » ; « Il y a du réconfort **ici**, ça fait du bien ; les gens vous serrent la main, c'est humain » ; « l'Ucsa, c'est pas vraiment la prison : on les emmène en étage pour qu'ils voient un peu comme c'est pourri **ici** » ; « On est **ici**, alors mieux vaut faire des choses plutôt que s'ennuyer » ; « J'avais fait les tests [année : il y a trois ans] parce que j'étais **ici**, mais franchement dehors j'ai pas le temps » ; « Là je peux vraiment pas, j'en ai encore quatre à voir **ici** et je dois encore aller au quartier femmes pour une arrivante » ; « Ah non mais j'ai jamais été malade pour ainsi dire ! Il a fallu que j'arrive **ici** pour que... » ; « J'ai appris ça **ici**, et c'est vrai que... que j'ai pété un plomb » ; « Ils m'ont fait le... le... le test, et c'est là que j'ai su. C'était **ici**, à Rodan » ; « Je l'ai appris **ici**, à Servoud » ; « Vous savez qu'**ici**, s'il y a un petit problème, toute la prison le sait » ; « Après, on m'a transféré **ici**, ils avaient mon dossier, et ils ont quand même refait une prise de sang » ; « C'est Monsieur Faure qui me prend en... euh il m'avait déjà, il m'avait déjà suivi **ici** mais je suis pas resté longtemps, et dehors bon... dehors c'est dur de le faire bon » ; « J'ai commencé **ici** l'interféron, pendant ces trois mois où j'étais là » ; « Avant d'arriver, j'étais inquiète : je me disais que les soins ce serait n'importe quoi, mais en fait ils sont mieux suivis **ici** qu'à l'extérieur » ; « **Ici**, au moins, on a des appareils pour les dents. **Ici**, par exemple, on m'a fait ces chaussures, sept cent euros quand même ça leur a coûté » ; « **Ici**, je fais beaucoup d'examens » ; « Je me suis fait arranger un peu les dents aussi **ici**, j'ai vu le dentiste. J'en profite ! » ; « Un médecin va m'aider à avoir l'AAH, on essaye de mettre ça en place **ici** » ; « Il faut qu'on le travaille **ici** ça ? » ; « **Ici**, je fais plein de choses : la maçonnerie, les formations, le psy, mais dehors je sais même pas comment trouver du travail » ; « **Ici** c'est ma ballade de santé, je m'amuse, c'est tranquille ! » ; « **Ici** on n'a pas l'impression d'être en prison.

C'est comme l'hôpital » ; « **Ici**, c'est quoi la solution ? » ; « Je suis seul moi **ici**. Je suis tout seul. Je peux rien faire parce que je sais pas écrire. Je peux rien faire **ici** » ; « Il y en a qu'**ici** de ces documents, mais on peut pas prévoir à l'avance qu'on en aura besoin, donc les trois-quarts font un petit mot sur du papier libre » ; « Mais ça, il faut savoir être patient, et **ici**, on apprend à être patient » ; « D'autant plus qu'**ici** y'a pas une surveillance... enfin, pas une surveillance mais disons un... comment appeler ça... un poste de secours » ; « Le problème **ici**, c'est surtout d'attendre » ; « On peut pas faire un régime **ici**, c'est pas possible » ; « **Ici**, ils savent pas ce que c'est le cathéter » ; « C'est que de la merde **ici** » ; « Mais **ici**, détenu égale rien du tout alors on se tait » ; « Mais **ici**, on n'a pas le choix, c'est "tablette de chocolat" » ; « Mais quand c'est quelqu'un qui connaît pas encore, quelqu'un d'encore jeune quoi, et que sa pathologie il la connaît pas très bien, il est en panique **ici** » ; « Quand je suis arrivé **ici**, ils ont… comment dire… j'étais dans une cellule avec un gens qui, **ici**, était trop malade de l'hépatite et moi je pense que j'ai pris la maladie du collègue de cellule » ; « **Ici**, ils croient que c'est contagieux » ; « Depuis que je suis **ici**, je vois les docteur tous les mois » ; « Pour moi, c'est **ici** que j'ai vraiment appris que je l'avais » ; « En étant **ici**, autant faire le traitement comme je suis enfermé » ; « Il a fallu que j'arrive **ici** pour avoir la volonté » ; « **Ici**, ça m'a fait un électrochoc » ; « Je suis content parce qu'**ici**, j'ai fait les lunettes » ; « Et quand je suis **ici**, je parle pas du tout pareil que quand je suis rentré, ça m'a calmé » ; « C'est rare de pouvoir parler **ici** » ; « Les jeunes, **ici**... les coups bas, se mettre à dix pour frapper tout le monde... » ; « J'ai grandi **ici**, à Servoud » ; « **Ici** c'est chez moi » ; « Mais je fume pas le shit dehors, moi, c'est ça le pire ! Y'a que **ici** » ; « **Ici**, je soigne pas comme dehors » ; « Moi je suis bien respecté **ici**, je suis un ancien » ; « Je connais Monsieur Rigal, que j'ai vu arriver **ici** et qui m'a suivi depuis le début lui aussi » ; « Il y a beaucoup de gens qui mangent peut-être mieux **ici** que dehors » ; « Moi je suis diabétique depuis bien avant d'arriver **ici** » ; « Dehors, j'avais kiné deux fois par semaine et **ici** c'est tous les quinze jours, alors heureusement que je sais faire des exercices toute seule ! » ; « Mais **ici**, comme je sais que je serai pas bien pris en main comme si j'étais dehors, moi **ici**, je fais attention » ; « Déjà qu'**ici** on est privé de liberté, si en plus on doit être privé d'une jambe, privé d'un bras ou quoi, c'est hyper handicapant **ici** » ; « **Ici**, tu dois te méfier de tout : elles sont très manipulatrices » ; « Moi, dès qu'elle est vide, je la ramène **ici** ; je la perds pas en détention – parce qu'il y a une grosse demande de seringues » ; « C'est à vous de voir le médecin pour que vous soyez extrait par une ambulance : il faut insister parce que sans ça, le truc c'est qu'**ici** c'est un système privé » ; « Je suis venu **ici** une bonne dizaine de fois » ; « **Ici** je suis heureux comme en colonie de vacances, pour moi c'est juste un foyer de plus » ; « Ils me connaissent bien **ici** ».

Conclusion

Bâtiment N de l'Université Paris Nanterre. Au début de la séance d'un cours d' « initiation à l'enquête qualitative » que j'assure alors chaque semaine en parallèle à la conduite du travail d'enquête sur lequel s'appuie cette thèse, une étudiante se présente à mon bureau, comme cela arrive fréquemment, pour me montrer une feuille de papier. Aussitôt après avoir entraperçu le document – j'identifie quelques mots d'une écriture manuscrite indéchiffrable, suivis d'un gribouillis, présentés sur du papier à entête –, je dis à l'étudiante : « Ok ! », et, d'un geste de la main, ☐ devient ☒ sur ma feuille d'émargement. Certifiée « malade » par un médecin la semaine précédente, son absence lors de la dernière séance de cours est maintenant « justifiée » au regard des règles instituées par l'université, qui impose aux enseignants de contrôler la présence en travaux dirigés des étudiants et de les sanctionner dès lors qu'ils ont été absents plus de trois fois – sauf s'ils ont présenté un justificatif médical ; légitimée par l'autorité médicale, l'absence en cours de l'étudiante ne compte donc pas parmi les trois tolérées durant le semestre : pour l'institution universitaire, elle n'est plus « injustifiée ».

L'interaction avec l'étudiante n'aura ce jour là pas duré plus d'une poignée de secondes. Elle n'a plus jamais été commentée ensuite. Et il apparaît peu probable que, parmi la vingtaine d'étudiantes et d'étudiants en première année de licence y ayant assisté, quelqu'un l'ait un jour constituée en événement marquant de sa vie. Qui même s'en souvient ? Cet échange se déroule en marge et non au centre du dispositif – puisqu'il s'agit ici avant tout, dans mon regard de chargée de cours en sociologie tout du moins, d'inculquer les principes de l'enquête ethnographique, de transmettre des savoirs anthropologiques et sociologiques, de façonner de « bons enquêteurs » voire des chercheurs –, mais, bien qu'à la marge, il n'en est pas moins ordinaire pour tout étudiant de l'université, il n'en est pas moins ordinaire pour la chargée de cours ancienne étudiante de l'université que je suis, et il fait sans doute écho au traitement institutionnel expérimenté de façon tout aussi ordinaire par le lecteur – probablement universitaire, certainement diplômé du supérieur – voire aux normes sur lesquelles il s'appuie quelques fois et qu'il diffuse et légitimise par là.

Conclure en faisant un pas de côté et en se référant à une scène peut-être plus commune pour le lecteur – probablement jamais jugé en comparution immédiate, certainement jamais emprisonné –, vise en premier lieu à insister sur le caractère extrêmement discret du phénomène que l'on s'est proposé d'étudier dans la thèse. La médecine est sous doute parmi les disciplines scientifiques dont les savoirs connaissent la plus large diffusion dans nos sociétés occidentales post-industrielles. Ses catégories, ses normes et ses principes imprègnent, à des degrés divers et en étant plus ou moins concurrencée par d'autres catégories, d'autres normes, d'autres principes ou des croyances, la façon dont on expérimente le monde, dont on (se) pense, on (se) ressent, on croit, on agit et on réagit, de même que la façon dont on est régi et défini : elle prédit des « aptitudes » et des « inaptitudes » à effectuer des actions ; elle dicte des sentiments de désirabilité voire de culpabilité devant ce qu'il est « possible », « bon » ou « mauvais » de manger ; elle s'affiche dans les rubriques « Santé » de magazines ; ou encore, depuis peu, elle justifie l'attribution de « cartons bleus » sur les terrains de rugby. Omniprésente de la naissance à la mort, la médecine apparaît finalement à la fois indissociable et constitutive de qui l'on est (Rose, 2007), si bien que les quelques exemples que je donne là ne peuvent être, de fait, qu'anecdotiques.

L'enjeu de cette thèse a justement résidé dans le fait d'accorder de l'importance, en prenant au sérieux, ce qui peut sembler anecdotique si ce n'est demeurer invisible, parce que ce n'est pas au centre – il ne s'agit que d'une question parmi d'autres (Chapitre 1), il ne s'agit que de l'une des étapes d'une procédure (Chapitre 2), il ne s'agit que de ce qui se passe derrière l'une des centaines de portes d'une infrastructure (Chapitre 3) –, et d'ainsi montrer, par l'accumulation, en recourant à une approche ethnographique et en portant une attention minutieuse à des interactions pouvant ne durer que quelques secondes, aux marges de formulaires, à des « micro-comportements » (Goffman, 1977), à des fragments de discours, à des pensées intérieures ou encore à la présence d'objets – qui peuvent être l'encadré « - Santé : » de formulaires, un « certificat médical » joint à l'épais dossier pénal, quelques phrases d'une plaidoirie associant des rendez-vous médicaux à une « réinsertion » en cours, un article scientifique développant sur quelques lignes un argument similaire, une question parmi « trois milliards d'autres » posée à l'ensemble des entrants en maison d'arrêt à propos de leur santé, une étude sur les « détournements » de médicaments en prison occupant les pensées d'une pharmacienne ou encore une boîte à lettres « U.C.S.A » fixée aux murs des couloirs de détention –, comment la médecine imprègne de ses normes et savoirs des institutions ne se donnant pas pour

première mission de soigner, de façon essentiellement discrète, et souvent sans requérir l'intervention de promoteurs professionnels issus de sa juridiction.

Conclure en faisant un pas de côté et en opérant un parallèle avec une scène se déroulant dans une autre institution que celles étudiées dans la thèse – où ne sont ni décernées des sanctions pénales, ni placés à l'écarts des hommes jugés indésirables –, vise en second lieu à départiculariser l'objet d'étude. École. Université. Armée. Entreprise. Prison. Le pouvoir médical se loge dans tous les dispositifs de discipline (Foucault, 1975), et l'analyse de son déploiement dans et par les institutions judiciaire et carcérale ne doit pas donner à penser qu'il y a là quelque chose de propre aux dispositifs punitifs. C'est donc en reprenant le parallèle introduit à travers cette scène se déroulant à l'université et en le prolongeant, en suggérant des rapprochements avec le déploiement du pouvoir médical dans et par des dispositifs d'enseignement, et en m'appuyant pour ce faire sur la littérature existante ou en suggérant des pistes de prolongement à cette recherche, que je synthétiserai quelques-uns des points abordés dans la thèse.

L'interaction avec l'étudiante de Nanterre est une scène ordinaire, en partie, parce qu'en me donnant à voir cette feuille de papier dont l'entête précise qu'elle émane d'un médecin, elle s'est conformée à une attente. Mais à d'autres étudiants de l'université absents à un cours, comme à des prévenus comparaissant devant un tribunal, il est quelques fois reproché de ne pas être en possession de tels documents : leurs absences sont alors « injustifiées » ; leurs conditions de santé sont « non confirmées » : le pouvoir médical crédite, transfert de la légitimité et construit des « vérités ». Aussi, si l'on sait peu de choses, par la littérature, de la façon dont la santé des étudiants ou des élèves est discutée dans le cadre de pratiques routinières prenant place au sein des dispositifs d'enseignement, et comment ce registre est éventuellement employé pour construire ou justifier des décisions (conseils de classes, examens de dossiers à l'entrée dans des établissements, etc.), l'étude de ses usages par l'institution judiciaire a montré que les prévenus les plus surexposés au contrôle pénal, jugés en comparution immédiate, sont toujours questionnés à propos de leurs éventuels « problèmes » de « santé » au procès : les hommes jeunes, de milieux populaires, étrangers et/ou racisés et résidant en milieu urbain, à qui paraît dédié ce dispositif pénal singulier, de masse, expéditif et particulièrement répressif, sont incités à se présenter comme « malade » (Chapitre 1). Cela si bien que, pour des professionnels de justice coutumiers du déroulement de ces audiences, des « malades », il n'y aurait « que ça » dans le box des prévenus. Cette présentation de soi comme « malade » prenant la forme d'une stratégie de défense est en fait encouragée par le dispositif ; tout se passe comme si, par un « effet de boucle » (Hacking, 2002), les

professionnels de justice l'anticipaient, par habituation, produisant alors des prévenus « malades » à juger, en construisant leur « personnalité » en les confrontant à des normes de santé.

Pour poursuivre avec un autre parallèle, les « infirmeries » présentes dans les collèges et les lycées sont d'une certaine façon le pendant des « Ucsa » ; la diffusion de normes et de savoirs médicaux passe notamment par l'attribution d'espaces dédiés aux pratiques de santé au sein d'institutions : le pouvoir médical se déploie dans et par l'espace, et la comparaison entre anciennes et nouvelles prisons révèle presque aussitôt l'expansion spatiale de la juridiction médicale au sein de l'institution : les cabinets médicaux, les salles de soins, les bureaux et les pharmacies des plus vieilles prisons sont d'anciennes cellules réaménagées – dont n'ont été conservés que les lavabos et les barreaux des fenêtres. Ainsi, à Servoud comme à Rodan, respectivement construites dans les années 1930 et dans les années 1970, l'espace qui est alloué aux activités de soins somatiques n'existait pas sur les plans des architectes ayant conçu ces prisons ; et, à Rodan, ces plans ont été redessiné il y a peu : le graphique présentant les locaux principaux de son Ucsa sera bientôt désuet (Chapitre 2, p. 120) ; des travaux sont en cours et, à l'issue du chantier, la superficie de l'Ucsa aura doublée. Le déploiement du pouvoir médical se réalise également *par* l'espace, et l'on a vu par exemple que certaines pratiques, telles que les distributions de médicaments en cellule, participent à étendre la surveillance médicale des détenus, en abattant la frontière séparant habituellement espace « domestique » et espace de « soins » – tout en renforçant en même temps d'autres frontières, entre le « psy » et le « somatique » d'une part, et entre ce qui est et ce qui n'est pas « médical » d'autre part (Chapitre 3).

Autre parallèle : les visites médicales d'entrée en maison d'arrêt, auxquelles les détenus sont soumis dans les heures qui suivent l'incarcération, font écho aux pratiques de contrôle systématique de la santé des élèves, effectuées lors de leur sixième année.[449] Dans les deux cas, cette « médecine de surveillance » (Armstrong, 1995) vise à anticiper l'avenir en transformant des conduites dans le temps présent, en procédant au « repérage » d'états perçus comme médicaux et/ou psychologiques pouvant nuire au « bon apprentissage scolaire », à l'école, ou perturber le « bon fonctionnement » de l'institution, en prison. Dans le dispositif carcéral, ce « repérage » se matérialise par la prescription d'examens radiographiques et sanguins de dépistage de certaines maladies infectieuses, dans la perspective de prévenir leur propagation dans les établissements, et il cible des détenus se tenant habituellement à distance de la juridiction médicale, qui sont

449. Article L 451-1 du code de l'éducation.

aussi, globalement, parmi les plus pauvres et les plus désaffiliées des personnes emprisonnées : médicalisés en prion, les diagnostics « tombent » ; les détenus dont le capital global est faible font l'objet d'une prise en charge totale, qui tend à renforcer leur assujettissement tout en accentuant leur dépersonnalisation au sein de l'institution (Chapitre 3).

Un dernier parallèle peut enfin être opéré entre cette médicalisation du quotidien, en prison, et deux processus pouvant s'en rapprocher sous certains aspects, à savoir, d'un côté, la médicalisation de l'échec scolaire (Morel, 2008 ; 2014 ; Garcia, 2014) et, d'un autre côté, les revendications portées par les parents d'élèves entreprenant de singulariser leurs enfants vis-à-vis de l' « école massifiée » par le recours à des tests psychométriques preuves de leur « intelligence » (Lignier, 2012). Dans les trois cas, des réalités se forgent à la croisée entre des catégories et savoirs médicaux et des institutions – là scolaires, ici carcérale –, et sont incorporées par les individus. En prison, un diagnostic reçu hors de l'institution et perçu comme « faux » ou n'étant pas une information en soi peut par exemple devenir « vrai » et transformer alors le regard posé sur soi et sur son « histoire ».

Omniprésent, le pouvoir médical se déploie ainsi dans et par de multiples dispositifs de discipline, et la thèse a modestement proposé de montrer, en prenant pour point de départ les résultats d'enquêtes biomédicales mettant l'accent sur la proportion importante de personnes emprisonnées présentant un « état de santé fragilisé » et en tâchant de comprendre « pourquoi il y a tant de malades en prison » en remontant le fil, c'est-à-dire en allant d'un espace à un autre et en remontant les aiguilles d'horloges ou en recollant les feuilles d'un éphéméride – la prison est d'abord affaire d'espace et de temps –, comment les dispositifs de la pénalité produisent ces « malades ».

Références bibliographiques

ABBOTT A., 2000. *Chaos of disciplines*, Chicago, Londres : The University of Chicago Press.

ABBOTT A., 2001. *Time Matters. On Theory and Method*, Chicago, Londres : The University of Chicago Press.

ABBOTT A., 2003. « La description face à la temporalité » dans G. BLUNDO, J.-P. OLIVIER DE SARDAN (dir.), *Pratiques de la description*, Paris : Éditions de l'EHESS, coll. « Enquête », p. 41-53.

ABBOTT A., 2016. *Processual sociology*, Chicago, Londres : The University of Chicago Press.

ABRAHAM J., 2010. « Pharmaceuticalization of Society in Context : Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology*, Vol. 44, n°4, p. 603-622.

ADLER P. A., ADLER P., 2002. « Do university lawyers and the police define research values ? » dans W. VAN DEN HOONAARD (dir.), *Walking the Tightrope : Ethical Issues for Qualitative Researchers*, Toronto : University of Toronto Press, p. 34-42.

AÏACH P., 2001. « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales » dans P. AÏACH, D. CÈBE, G. CRESSON, C. PHILIPPE (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes : ENSP, p. 117-147.

AÏACH P., 2010. *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Économica, coll. « Sociologiques ».

AMSELLEM-MAINGUY Y., MARDON A., 2014. « Se rencontrer, être en groupe et avoir du temps pour soi : socialisations adolescentes en colonie de vacances », *Informations sociales*, Vol. 1, n° 181, p. 34-41.

AMSELLEM-MAINGUY Y., COQUART B., VUATTOUX A., 2017. *Sexualité, amour et normes de genre. Enquête sur la jeunesse incarcérée et son encadrement*, Rapport d'étude, Paris : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire.

ARMSTRONG D., 1995. « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health and Illness*, Vol. 17, n°3, p. 393-404.

ARTIÈRES P., QUÉRO L., ZANCARINI-FOURNEL M., 2003. *Le Groupe d'information sur les prisons. Archives d'une lutte (1970-1972)*, Paris : Éditions de l'IMEC.

ASTIER I., DUVOUX N., 2006. *La société biographique. Une injonction à vivre dignement*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques Sociales ».

AUBURN T., 2005. « Narrative reflexivity as a repair device for discounting' cognitive distortions' in sex offender treatment », *Discourse & Society*, Vol. 16, n°5, p. 697-718.

AUBUSSON DE CAVARLAY B., 1985. « Hommes, peines et infractions. La légalité de l'inégalité », *L'Année sociologique*, Vol. 35, p. 275-309.

AUBUSSON DE CAVARLAY B., 1996. « Les statistiques de police : méthodes de production et conditions d'interprétation », *Mathématiques, informatique et sciences humaines*, n°134, p. 39-61.

AUSTIN J. L., 1970. *Quand dire c'est faire*, Paris : Le Seuil, coll. « L'Ordre philosophique ».

BACHET D., 2011. « Des pratiques professionnelles sous tension. L'examen clinique des salariés en médecine du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 188, n°3, p. 54-69.

BARBOT J., DODIER N., 2011. « De la douleur au droit. Ethnographie des plaidoiries lors de l'audience pénale du procès de l'hormone de croissance contaminée » dans M. BERGER, D. CEFAÏ, C. GAYET-VIAUD (dir.), *Du civil au politique. Ethnographies du vivre-ensemble*, Bruxelles : P.I.E., Peter Lang, p. 289-319.

BARBOT J., DODIER N., 2014a. « Repenser la place des victimes au procès pénal », *Revue française de science politique*, Vol. 64, n°3, p. 407-433.

BARBOT J., DODIER N., 2014b. « Que faire de la compassion au travail ? La réflexivité stratégique des avocats à l'audience », *Sociologie du travail*, Vol. 56, n°3, p. 365-385.

BARBOT J., WINANCE M., PARIZOT I, 2015. « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences sociales et santé*, Vol. 33, n°2, p. 77-105.

BARTHE Y., DE BLIC D., HEURTIN J., LAGNEAU É., LEMIEUX C., LINHARDT D., TROM D., 2013. « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, Vol. 3, n°103, p. 175-204.

BARRAULT-STELLA L., 2017. « De fausses adresses pour contourner la carte scolaire. Arrangements avec le droit et fidélité à l'État », *Sociétés contemporaines*, Vol. 4, n°108, p. 125-154.

BARRÉ M.-D., 2008. « La répression de l'usage de produits illicites : état des lieux », *Questions pénales*, Vol. XXI, n°2, p. 1-4.

BASTARD B., MOUHANNA C., 2007. *Une justice dans l'urgence : le traitement en temps réel des affaires pénales*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Droit et Justice ».

BASZANGER I., 1981. « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, Vol. 22, n°2, p. 223-245.

BEAUD S., 1996. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' "entretien ethnographique" », *Politix*, Vol. 9, n°35, p. 226-257.

BEAUD S., 2003 [2002]. *80 % au bac… et après ? Les enfants de la démocratisation scolaire*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales ».

BEAUD S., WEBER F., 2010 [1997]. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, coll. « Grands Repères/Guides ».

BECKER H. S., 1964. « Personal Change in Adult Life », *Sociometry*, Vol. 27, n°1, p. 40-53.

BECKER H. S., 1985 [1963]. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié, coll. « Leçons de choses ».

BECKER H. S., 2002 [1998]. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris : La Découverte, coll. « Grands Repères ».

BECKER H. S., GEER B., HUGHES E. C., STRAUSS A. L, 1976 [1961]. *Boys in White. Student Culture in Medical School*, New Brunswick : Transaction Publishers.

BÉJIN A., 1993. « La masturbation féminine : un exemple d'estimation et d'analyse de la sous-déclaration d'une pratique », *Population*, 48ème année, n°3, p. 1437-1450.

BÉLIARD A., EIDELIMAN J.-S., 2014. « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue française de sociologie,* Vol. 55, n°3, p. 507-536.

BELL S. E., 1987. « Premenstrual Syndrome and the Medicalization of menopause : A sociological perspective » dans B. E. GINSBURG, B. F. CARTER (dir.), *Premenstrual Syndrome : Ethical and Legal Implications in a Biomedical Perspective*, New York : Plenum, p. 151-171.

BÉRARD J., CHANTRAINE G., 2008a. « La carcéralisation du soin psychiatrique », *Vacarme*, Vol. 1, n°42, p. 91-94.

BÉRARD J., CHANTRAINE G., 2008b. *80.000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*, Paris : Éditions Amsterdam.

BÉRAUD C., GALEMBERT C. (DE), ROSTAING C., 2016. *De la religion en prison*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. « Sciences des religions ».

BERCHET C., JUSOT F., 2012. « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3-4, p. 17-20.

BERGER P. L., 2006 [1963]. *Invitation à la sociologie*, Paris : La Découverte, coll. « Grands Repères ».

BERGER P. L., LUCKMANN T., 2014 [1966]. *La construction sociale de la réalité*, Paris : Armand Colin, coll. « Bibliothèque des classiques ».

BERGERON H., 2009. *Sociologie de la drogue*, Paris : La Découverte, coll. « Repères ».

BERLIVET L., 2000. « Une santé à risque. La lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999) », Thèse de doctorat en science politique, Rennes : Université Rennes I, 1013 p.

BERLIVET L., 2007. « Les démographes et l'alcoolisme. Du "fléau social" au "risque de santé" », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, Vol. 3, n°95, p. 93-113.

BERNSTEIN B., 1975. *Langages et classes sociales. Codes sociolinguistiques et contrôle social*, Paris : Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun ».

BERTAUX P., 2016 [1997]. *Le récit de vie*, Paris : Armand Colin, coll. « 128 ».

BERTRAND J., 2012. *La fabrique des footballeurs*, Paris : La Dispute, coll. « Corps, Santé, Société ».

BESNIER C., 2017. *La vérité côté cour. Une ethnologue aux assises*, Paris : La Découverte, coll. « Cahiers libres ».

BESSIN M., 1999. « Le temps, une question de pouvoir », *Mouvements*, n°2.

BESSIN M., 2009. « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, Vol. 6, n°156, p. 12-21.

BESSIN M., LECHIEN M.-H., 2000. *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Rapport de recherche, Paris : CEMS, CSE, EHESS.

BESSIN M., LECHIEN M.-H., 2002. « Hommes détenus et femmes soignantes. L'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, Vol. 32, n°1, p. 69-80.

BESSIN M., LECHIEN M.-H., 2004. « Proximité avec le corps malade des détenus. La participation des prisonniers aux soins » dans D. FASSIN, D. MEMMI (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris : Éditions de l'EHESS, p. 207-236.

BESSIN M., LECHIEN M.-H., 2014. « Les registres sexués de la relation d'enquête en prison : retour sur l'expérience d'une équipe de recherche mixte » dans A. MONJARET, C. PUGEAULT (dir.), *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon : ENS Éditions, coll. « Sociétés, Espaces, Temps ».

BIZEUL D., 1998. « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, Vol. 39, n°4, p. 751-787.

BIZEUL D., 2007. « Que faire des expériences d'enquête ? Apports et fragilité de l'observation directe », *Revue française de science politique*, Vol. 57, n°1, p. 69-89.

BLACK D., 2010 [1976]. *The behavior of law*, Bingley : Emerald Group Publishing limited.

BODIN D., ROBÈNE L., HÉAS S., SEMPÉ G., 2007. « Le sport en prison : entre insertion et paix sociale. Jeux, enjeux et relations de pouvoirs à travers les pratiques corporelles de la jeunesse masculine incarcérée », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, n°9 [en ligne].

BOE C. 2009. « Parcours de détenu, parcours de migrant. La prison productrice d'irrégularités » dans C. MAKAREMI, C. KOBELINSLY (dir.), *Enfermés dehors*, Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, p. 209-226.

BOLTANSKI L., 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, Vol. 26, n°1, p. 205-233.

BOLTANSKI L., DARRÉ Y., SCHILTZ M.-A., 1984. « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 51, n°1, p. 3-40.

BONNET F., ROBERT B., 2009. « La régularisation éthique de la recherche aux États-Unis : histoire, état des lieux et enjeux », *Genèses*, n°75, p. 87-108.

BONY L., 2014. « De la prison, peut-on voir la ville ? Continuum carcéral et socialisation résidentielle », Thèse de doctorat en géographie, Nanterre : Université Paris Nanterre, 487 p.

BONY L., 2015a. « La prison, une "cité avec des barreaux ?" Continuum socio-spatial par-delà les murs », *Annales de géographie* , Vol. 702-703, n°2, p. 275-299.

BONY L., 2015b. « La domestication de l'espace cellulaire en prison », *Espaces et sociétés*, Vol. 3, n°162, p. 13-30.

BOUAGGA Y., 2010. « Qui sont les "pires des pires" ? Des usages des classifications en Supermax aux États-Unis », *Déviance et Société*, Vol. 34, n°2, p. 201-216.

BOUAGGA Y., 2016. *Humaniser la peine. Enquête en maison d'arrêt*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

BOUCHERON P., 2016. « Ce que peut l'histoire : leçon inaugurale prononcée le jeudi 17 décembre 2015 », Paris : Collège de France.

BOUHNIK P., TOUZÉ S., 1996. *Héroïne, Sida, Prison. Trajectoires, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés*, Paris : RESSCOM.

BOULLANT F., 2003. *Michel Foucault et les prisons*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Philosophies ».

BOURDIEU P., 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris : Les Éditions de minuit, coll. « Le sens commun ».

BOURDIEU P., 1980a. *Le sens pratique*, Paris : Les Éditions de minuit, coll. « Le sens commun ».

BOURDIEU P., 1980b. « Le capital social », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 31, p. 2-3.

BOURDIEU P., 1984. « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 52, n°1, p. 3-12.

BOURDIEU P., 1986a. « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 62, n°1, p. 69-72.

BOURDIEU P., 1986b. « La force du droit. Éléments pour une sociologie du champ juridique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 64, n°1, p. 3-19.

BOURDIEU P. (dir.), 1993a. *La misère du monde*, Paris : Le Seuil, coll. « Libre examen politique ».

BOURDIEU P., 1993b. « Esprit d'État. (Genèse et structure du champ bureaucratique) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 96-97, p. 49-62.

BOURDIEU P., 2003 [1997]. *Méditations pascaliennes*, Paris : Le Seuil, coll. « Points Essais ».

BOURDIEU P., 2012. *Sur l'État. Cours au Collège de France (1989-1992)*, Paris : Raison d'agir/Éditions du Seuil, coll. « Point/Essais ».

BOURDIEU P., CHAMBOREDON J.-C., PASSERON J.-C., 1973 [1968], *Le Métier de sociologue*, La Haye : Mouton de Gruyter.

BOURGOIS P., 2013 [2001]. *En quête de respect. Le crack à New York*, Paris : Le Seuil, coll. « Points ».

BRIE G., 2014. *Des pédophiles derrière les barreaux. Comment traiter un crime absolu ?*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».

BRIE G., 2017. « Soin, coercition et capital culturel. Analyse sociologique des rapports des condamnés pour pédophilie à la prise en charge médicale » dans P.

COMBESSIE (dir.), *Corps en péril, corps miroir. Approches socio-anthropologiques*, Nanterre : Presses universitaires de Paris Nanterre, coll. « Le social et le politique », p. 101-116.

BROOKS N. A., MATSON R. R., 1982. « Social-psychological adjustment to multiple sclerosis: A longitudinal study », *Social Science & Medicine*, Vol. 16, n°24, p. 2129-2135.

BROSSARD B., 2013. « L'organisation sociale des "hasards heureux". Qu'est-ce qu'un soin en psychiatrie? », *Sociologie du travail*, Vol. 55, n°1, p. 1-19.

BROSSARD B., 2014. *Se blesser soi-même. Une jeunesse autocontrôlée*, Paris : Alma, coll. « Essai/Sociologie ».

BROSSARD B., 2016. « Charles H. Cooley, un classique méconnu », *Sociologie*, Vol. 7, n°2, [En ligne].

BUGEJA-BLOCH F., 2013. *Logement, la spirale des inégalités. Une nouvelle dimension de la fracture sociale et générationnelle*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

BUGEJA-BLOCH F., COUTO M.-P., 2015. *Les méthodes quantitatives*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

BUTLER B., WASSERMAN A. W., 2006. « The Role of Death Qualification in Venire-persons' Attitudes toward the Insanity Defense », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 36, n°7, p. 1744-1757.

BUTON F., 2005. « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, Vol. 4, n°65, p. 71-91.

BUTON F., 2016. « De la santé pour tous à la sécurité de tous ? Logiques scientifiques et politiques de la surveillance épidémiologique », *Agone*, Vol. 1, n°58, p. 151-168.

BUTON F., PIERRU F., 2012. « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, Vol. 4, n° 4, p. 67-90.

CABELGUEN M., 2006. « Dynamique des processus de socialisation carcérale », *Champ pénal/Penal field*, Vol. III, [En ligne].

CANGUILHEM G., 1966. *Le normal et le pathologique*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Quadrige ».

CAHU É., 2015. « De la réforme de la carte judiciaire ou l'instrumentalisation de critères objectifs au service d'un nouveau rapport scalaire de pouvoir », *Annales de géographie*, Vol. 1, n°701, p. 5-30.

CAHU É., 2017. « Géographie de la justice pénale en France : l'équité à l'épreuve des territoires », Thèse de doctorat en géographie, Caen, Rouen : Normandie Université, 476 p.

CAMBOIS E., 2004. « Les personnes en situation difficile et leur santé » dans *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris : La Documentation française, p. 101-126.

CARDE E., 2007. « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé publique*, Vol. 19, n°2, p. 99-109.

CARDE E., 2011. « De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Vol. 27, n° 3, p. 31-55.

CARDI C., 2007. « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et Société*, Vol. 31, n°1, p. 3-23.

CARDI C., 2009. « Le féminin maternel ou la question du traitement pénal des femmes », *Pouvoirs. Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, n°128, p. 75-86.

CARDON D., 2015. *À quoi rêvent les algorithmes. Nos vies à l'heure des bigdata*, Paris : Le Seuil, coll. « La République des idées ».

CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., 2010. « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et société*, Vol. 34, n°4, p. 615-645.

CASTEL R., 1995. « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et Politiques*, n°34, p. 13-21.

CASTEL R., 2009. *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, Paris : Le Seuil, coll. « La couleur des idées ».

CAYOUETTE-REMBLIÈRE J., 2011. « Reconstituer une cohorte d'élèves à partir de dossiers scolaires. La construction d'une statistique ethnographique », *Genèses*, n°85, p. 115-133.

CAYOUETTE-REMBLIÈRE J., 2016. *L'école qui classe. 530 élèves du primaire au bac*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

CEFAÏ D. (dir), 2010. *L'engagement ethnographique*, Paris : Éditions de l'EHESS, coll. « En temps & lieux ».

CEFAÏ D., GARDELLA E., 2011. *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samu-social de Paris*, Paris : La Découverte, coll. « Bibliothèque du Mauss ».

CÉLANT N., GUILLAUME S., ROCHEREAU T., 2014. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, Paris : IRDES.

CHAMPENOIS-ROUSSEAU B., VASSY C., 2012. « Les échographistes face au dépistage prénatal de la trisomie 21. Le difficile arbitrage entre excellence professionnelle et éthique du consentement », *Sciences sociales et santé*, Vol. 30, n°4, p. 39-63.

CHANTRAINE G., 2003. « Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l' "inutile au monde" contemporain », *Déviance et Société*, Vol. 27, n°4, p. 363-387.

CHANTRAINE G., 2004. *Par delà les murs*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Partage du savoir ».

CHAPPE V.-A., LAMY J., SAINT-MARTIN A., 2017. « Le tribunal des flagrants délires "sociologiques" », *Zilsel*, Vol. 1, n°1, p. 391-417.

CHASSAGNE A., 2015. « Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt », *Espaces et sociétés*, Vol. 3, n°162, p. 63-77.

CHASSAGNE A., 2017. « La peine et le soin, une enquête sur l'espace et le temps des malades en prison », Thèse de doctorat en sociologie, Besançon : Université de Bourgogne-Franche-Comté.

CHASSAGNE A., GODARD-MARCEAU A., AUBRY R., 2017. « La fin de vie des patients détenus », *Anthropologie & Santé*, Vol. 12, [en ligne].

CHAUVEL L., 2010 [1998]. *Le destin des générations. Structure sociale et cohortes en France du XX^e siècle aux années 2010*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Quadrige ».

CHAUVEL L., 2016. *La spirale du déclassement. Essai sur la société des illusions*, Paris : Le Seuil.

CHAUVENET A., 1978. *Médecine au choix, médecine de classe*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Politiques ».

CHAUVENET A., 1996. « L'échange et la prison » dans C. FAUGERON, A. CHAUVENET, P. COMBESSIE (dir.), *Approches de la prison*, Paris, Bruxelles : De Boeck Université, coll. « Perspectives criminologiques », p. 43-70.

CHAUVENET A., ROSTAING C., ORLIC F., 2008. *La violence carcérale en question*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

CHEMLAL K., BOUSCAILLOU J., JAUFFRET-ROUSTIDE M., SEMAILLE C., BARBIER C., MICHON C., VALANTIN M.-A., CATE L. et le Groupe Prévacar, 2012. « Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°10-11, p. 131-134.

CHIRICOS T., CRAWFORD C., 1995. « Race and Imprisonment: A Contextual Assessment of the Evidence » dans D. HAWKINS (dir.), *Ethnicity, Race and*

Crime: Perspectives across Time and Place, Albany : State University of New York Press, p. 281-309.

CHIRON É., JAUFFRET-ROUSTIDE M., LE STRAT Y., CHEMLAL K., VALANTIN M.-A., SERRE P., CATÉ L., BARBIER C., SEMAILLE C., 2013. « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 35-36, p. 445-450.

CHRISTIN A., 2008. *Comparutions immédiates. Enquête sur une pratique judiciaire*, Paris : La Découverte, coll. « Testes à l'appui ».

CHUDACOFF H. P., 1989. *How old are you ? Age Consciousness in American Culture*, New Jersey : Princeton University Press.

CICOUREL A. V., 1964. *Method and measurement in sociology*, New York, Londres : Free Press of Glencoe, Collier Macmillan.

CICOUREL A. V., 1979 [1972]. *La sociologie cognitive*, Paris : Presses universitaires de France.

CICOUREL A. V., 2002a. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris : Le Seuil.

CICOUREL A. V., 2002b. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de "surcharge cognitive" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 143, n°1, p. 3-17.

CIMADE, 2004. « Les prétoires de la misère. Observations citoyennes du tribunal correctionnel de Montpellier », Rapport, Paris : CIMADE.

CLAIR I., 2016. « La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique », *Revue française de sociologie*, Vol. 57, n°1, p. 45-70.

CLEMMER D., 1958 [1940]. *The Prison Community*, New York : Rinehart & Co.

CLIQUENNOIS G., 2009. « Tri et affectation des détenus en régime différencié », *Sociologie du travail*, Vol. 51, p.78-96.

COCHET A., ISNARD H., 2006. « Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France. Enquête prospective 1er juillet 2005–30 juin 2006 », Rapport, Paris : Institut national de veille sanitaire.

COGNET M., 2012. « L'hôpital, un ordre négocié à l'aune des origines. "Français" et "Africains" en traitement pour un VIH-sida », *Migrations santé*, n°144-145, p. 79-110.

COLLIN J., DAVID P.-M. (dir.), 2016. *Vers une pharmaceuticalisation de la société ? Le médicament comme objet social*, Québec : Presses de l'université du Québec, coll. « Problèmes sociaux & interventions sociales ».

COMBESSIE J.-C., 2004. « Trente ans de comparaison des inégalités des chances : quand la méthode retenue conditionne la conclusion », *Courrier des statistiques*, n°112, p. 37-54.

COMBESSIE P., 1996. *Prisons des villes et des campagnes. Étude d'écologie sociale*, Paris : Les Éditions de l'Atelier, Les Éditions ouvrières.

COMBESSIE P., 2008. « Paul Fauconnet et l'imputation pénale de la responsabilité : une analyse méconnue mais aujourd'hui pertinente pour peu qu'on la situe dans le contexte adéquat », *Anamnèse*, n°3, p. 221-246.

COMBESSIE P., 2009 [2001]. *Sociologie de la prison*, Paris : La Découverte, coll. « Repères ».

COMBESSIE P., BOUHEDJA S., GEORGHIU M., 1997. « L'argent des détenus », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 247-261.

COMFORT M., 2008. *Doing Time Together. Love and Family in the Shadow of the Prison*, Chicago, London : The University of Chicago Press.

CONRAD P., 1975. « The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviance », *Social Problems*, Vol. 23, n°1, p. 12-21.

CONRAD P., 1992. « Medicalization and Social control », *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, p. 209-232.

CONRAD P., 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into treatable Disorders*, Baltimore : The Johns Hopkins University Press.

CONRAD P., SCHNEIDER J. W., 1980. « Looking at Levels of Medicalization : A Comment on Strong's critique of Medical Imperialism », *Social Science & Medicine*, Vol. 14, n°1 p. 75-79.

CONSTANT C., 2013. « Trajectoires et dynamiques carcérales au féminin. Le cas de Lima », Thèse de doctorat en sociologie, Paris : Université Paris III, 520 p.

COOLEY C. H., 1902. *Human Nature and the Social Order*, New York : Charles Scribner's sons.

COTON C., PROTEAU L., 2012. *Les paradoxes de l'écriture : sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

COULMONT B., 2011. *Sociologie des prénoms*, Paris : La Découverte, coll. « Repères ».

COURTENAY W. H., 2000. « Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health », *Social science & Medicine*, Vol. 50, p. 1385-1401.

COUTANT I., 2005. *Délit de jeunesse. La justice face aux quartiers*, Paris : La Découverte, coll. « Texte à l'appui ».

COUTANT I., 2008. « Insertion socio-professionnelle et éducation morale de jeunes délinquants » dans G. MAUGER, J. L. MORENO PESTAÑA, M. ROCA I ESCODA (dir.), *Normes, déviances, insertion*, Genève, Zurich : Seismo, p. 127-144.

COUTANT I., 2012. *Troubles en psychiatrie*, Paris : La Dispute, coll. « Corps, Santé, Société ».

CRESPIN R., 2006. « Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises », *Lien social et Politiques*, n°55, p. 137-147.

DARMON M., 2001. « La socialisation, entre famille et école. Observation d'une classe de première année de maternelle », *Sociétés & Représentations*, Vol. 11, n°1, p. 515-538.

DARMON M., 2005. « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, Vol. 1, n°58, p. 98-112.

DARMON M., 2008 [2003]. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales ».

DARMON M., 2010. « Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement », *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, Vol. 91, n°2, p. 209-228.

DARMON M., 2015 [2013]. *Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales ».

DARMON M., 2016 [2006]. *La socialisation*, Paris : Armand Colin, coll. « 128 ».

DELBECCHI G., JOLLET C., FLEURY F., FONTAINE A., VEISSE A., 1999. « Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Île-de-France », *Presse médicale*, n°28, p. 1-5.

DEMAZIÈRE D., DUBAR C., 1997. *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, Paris : Nathan, coll. « Essais & Recherches ».

DÉSESQUELLES A., 2005. « Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? », *Population*, Vol. 60, n°1-2, p. 71-98.

DESPRÈS C., 2013. « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & santé*, Vol. 6, [en ligne].

DESPRÈS C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F., 2011. « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n°170, p. 1-6.

DESROSIÈRES A., 1985. « Statistique et sociologie », *Revue française de sociologie*, Vol. 26, n°2, p. 277-310.

DESROSIÈRES A., 2001. « Entre réalisme métrologique et conventions d'équivalence : les ambiguïtés de la sociologie quantitative », *Genèses*, Vol. 2, n°43, p. 112-127.

DESROSIÈRES A., 2008. *Pour une sociologie historique de la quantification. L'argument statistique (I et II)*, Paris : Presses de l'École des mines, coll. « Sciences sociales ».

DESROSIÈRES A., 2014. *Prouver et gouverner. Une analyse politique des statistiques publiques*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences humaines ».

DÉTREZ C., 2002. *La construction sociale du corps*, Paris : Le Seuil, coll. « Points Essais ».

DEVELAY A.-E., EMMAMBUX S., 2014. « Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral », Rapport, Saint-Maurice : Institut national de veille sanitaire.

DEVELAY A.-E., VERDOT C., GRÉMY I., 2015. « Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations », *Santé Publique*, Vol. 27, n°4, p. 491-502.

DODIER N., 1993. *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris : Métailié, coll. « Leçons de choses ».

DODIER N., BARBOT J., 2016. « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, Vol. 71, n°2, p. 421-450.

DOUILLET A.-C., SOUBIRAN T., LÉONARD T., YAZDANPANAH H., 2015. *Logiques, contraintes et effets du recours aux comparutions immédiates. Étude de cinq juridictions de la Cour d'appel de Douai*, Rapport de recherche, Mission « Droit et justice » du Ministère de la Justice, Université Lille 2, CERAPS, CNRS.

DOURGNON P., JUSOT F., SERMET C., SILVA J., 2008. « La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'économie de la santé*, n°133, p. 1-6.

DOURGNON P., JUSOT F., SERMET C., SILVA J., 2009. « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, n°146, p. 1-6.

DUBAR C., 1996. « Socialisation et processus » dans S. PAUGAM (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris : La Découverte, coll. « Textes à l'appui », p. 111-119.

DUBAR C., 1998. « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines*, Vol. 29, n°1, p. 73-85.

DUBAR C., 2001. « Entretiens biographiques de recherche : entre histoire collective et singularité », *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, n°3, p. 35-41.

DUBAR C., NICOURD S., 2017. *Les biographies en sociologie*, Paris : La Découverte, coll. « Repères ».

DUBET F., MARTUCCELLI D., 2014 [1996]. *À l'école. Sociologie de l'expérience scolaire*, Paris : Le Seuil, coll. « Essai ».

DUBOIS V., 1999. *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris : Économica.

DURKHEIM É., 1960 [1893]. *De la division du travail social*, Paris : Presses universitaire de France.

DURKHEIM É., 1988 [1894]. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : Flammarion.

DURKHEIM É., MAUSS M., 1903. « De quelques formes de classification. Contribution à l'étude des représentations collectives », *L'Année sociologique*, Vol. VI, p. 1-72.

DUTHÉ G., HAZARD A., KENSEY A., 2014. « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population*, Vol. 69, n°4, p. 7-38.

DUVAL J., 2013. « L'analyse des correspondances et la construction des champs », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 5, n° 200, p. 110-123.

DUVOUX N., 2009a. « L'injonction biographique dans les politiques sociales. Spécificité et exemplarité de l'insertion », *Informations sociales*, Vol. 6, n°156, p. 114-122.

DUVOUX N., 2009b. *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

ELIAS N., 1994a [1973]. *La civilisation des mœurs*, Paris : Calmant-Lévy, coll. « Liberté de l'esprit ».

ELIAS N., 1994b [1975]. *La dynamique de l'occident*, Paris : Camant-Lévy, coll. « Liberté de l'esprit ».

FACK G., GRENET J., 2009. « Sectorisation des collèges et prix des logements à Paris », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, Vol. 180, n°5, p. 44-63.

FAINZANG S., 2001. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Ethnologies-controverses ».

FAINZANG S., 2002. « Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse » dans R. MASSÉ, J. BENOIST (dir), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris : Les Éditions Karthala, coll. « Médecines du monde », p. 125-142.

FAINZANG S., 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Ethnologie ».

FARGES E., 2007. « Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », *Raisons politiques*, Vol. 1, n°25, p. 101-125.

FARGES E., 2013. « Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la "médecine pénitentiaire" (1970-1994) », Thèse de doctorat en science politique, Lyon : Université Lyon 2, 755 p.

FARMER P., 2002. « The House of the Dead : Tuberculosis and Incarceration » dans M. MAUER, M. CHESNEY-LIND (dir.), *Invisible Punishment : The Collateral Consequences of Mass Imprisonment*, New York : The New Press, p. 239-257.

FASSIN D., 2001. « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers », *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, n°4, p. 5-34.

FASSIN D., 2006. « The End of Ethnography as Collateral Damage of Ethical Regulation ? », *American Ethnologist*, Vol. 33, n°4, p. 522-524.

FASSIN D., 2008. « L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud », *Sociétés contemporaines*, Vol. 3, n°71, p. 117-135.

FASSIN D., 2009. « Les économies morales revisitées », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, Vol. 64, n°6, p. 1237-1266.

FASSIN D., 2015. *L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris : Le Seuil, coll. « La couleur des idées ».

FASSIN D., BOUAGGA Y., COUTANT I., EIDELIMAN J.-S., FERNANDEZ F., FISCHER N., KOBELINSKY C., MAKAREMI C., MAZOUZ S., ROUX S., 2013. *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'État*, Paris : Le Seuil.

FASSIN D., MEMMI D. (dir.), 2004. *Le gouvernement des corps*, Paris : EHESS, coll. « Cas de figure ».

FAUCHILLE É., THIENPONT C., SANNIER O., FAURE R., TRUGEON A., 2016. « Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°18-19, p. 344-349.

FAUGERON C., LE BOULAIRE J.-M., 1992. « Prisons, peines de prison et ordre public », *Revue française de sociologie*, Vol. 33, n°1, p. 3-32.

FERONI I., LOVELL A. M., 2007. « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible : le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés », *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 153-170.

FERNANDEZ F., 2003. « Du "corps otage" au "corps mémoire" : les actes d'automutilation en prison chez les usagers de drogues et leurs mises en récits », *Face à face*, Vol. 5, [En ligne].

FERNANDEZ F., 2010. *Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*, Bruxelles : Larcier, coll. « Crimen ».

FERNANDEZ F., LÉZÉ S., 2011. « Finding the moral heart of treatment : Mental health care in a French prison », *Social Science and Medicine*, Vol. 72, p. 1563-1569.

FERNANDEZ F., LÉZÉ S., STRAUSS H., 2010. « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 1, n°128-129, p. 177-204.

FISCHER N., 2012. « Protéger les mineurs, contrôler les migrants. Enjeux émotionnels et moraux des comparutions de mineurs enfermés aux frontières devant le Juge des libertés et de la détention », *Revue française de sociologie*, Vol. 53, n°4, p. 689-717.

FOUCAULT M., 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard.

FOUCAULT M., 1976. *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.

FOUCAULT M., 1994. *Dits et Écrits. Tome IV (1980-1988)*, Paris : Gallimard.

FOUCAULT M., 1988. « Histoire de la médicalisation », *Hermès, La Revue*, Vol. 2, n°2, p. 11-29.

FOUCAULT M., 2004a. *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-1978)*, Paris : Gallimard.

FOUCAULT M., 2004b. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris : Gallimard.

FOURNIER P., 2006. « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquêté, contraignants pour l'enquêteur », *ethnographiques.org*, n°11 [en ligne].

FOVET T., AMAD A., ADINS C., THOMAS P., 2014. « Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM », *La Presse Médicale*, Vol. 43, n°5, p. 520-528.

FREIDSON E., 1970. *Profession of Medicine*, New York : Harper & Row.

FREUDENBERG N., 2002. « Adverse effects of US jail and prison policies on the health and well-being of women of color », *American Journal of Public Health*, Vol. 92, n°12, p. 1895-1899.

GALEMBERT C. (DE), 2014. « "La prière qui n'existe pas..." Sociologie d'une mise à l'épreuve du droit disciplinaire en maison centrale », *Droit et société*, Vol. 2, n°87, p. 349-374.

GALEMBERT C. (DE), BÉRAUD C., ROSTAING C., 2016. « Islam et prison : liaisons dangereuses ? », *Pouvoirs*, Vol. 3, n°158, p. 67-81.

GALEMBERT C. (DE), HENNEGUELLE A., TOURAUT C., 2017. « Prison et méthode de recherche : présentation », *Criminocorpus* [En ligne].

GALLAND O., 2001. « Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations », *Revue française de sociologie*, Vol. 42, n°4, p. 611-640.

GARCIA S., 2014. *À l'école des dyslexiques. Naturaliser ou combattre l'échec scolaire*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences Humaines ».

GARLAND D. (dir.), 2001. *Mass imprisonment : Social causes and consequences*, London, California, New Delhi : Sage Publications.

GAUTRON V., RETIÈRE J.-N., 2013. « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées » dans J. DANET (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, p. 211-251.

GAUTRON V., RETIÈRE J.-N., 2014. « Le traitement pénal aujourd'hui : juger ou gérer ? », *Droit et société*, Vol. 3, n°88, p. 579-590.

GELSTHORPE L., LOUCKS N., 1997. « Magistrates' explanations of sentencing decisions » dans C. HEDDERMAN, L. GELSTHORPE (dir.), *Understanding the sentencing of women*, Londres : Home Office, p. 22-53.

GIULIANI F., 2006. « La procédure de l' "entretien individualisé" dans le travail d'accompagnement : quand usagers et intervenants sociaux ont à organiser l'expérience de situations sans qualités » dans I. ASTIER, N. DUVOUX (dir.), *La société biographique. Une injonction à vivre dignement*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », p. 195-212.

GLASER B. G., STRAUSS A. L., 2006 [1965]. *Awareness of dying*, New York : Aldine.

GLASER B. G., STRAUSS A. L., 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New York : Aldine, coll. « Observations ».

GOLLAC M., 1997. « Des chiffres insensés ? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie*, Vol. 38, n°1, p. 5-36.

GOFFMAN E., 1968 [1961]. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris : Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun ».

GOFFMAN E., 1973 [1959]. *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*, Paris : Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun ».

GOFFMAN E., 1975 [1963]. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun ».

GOFFMAN E., 1977. « La ritualisation de la féminité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 14, n°1, p. 34-50.

GRAS L., 2003. « Carrières sportives en milieu carceral : l'apprentissage d'un nouveau rapport a soi », *Sociétés contemporaines*, Vol. 1, n°49-50, p. 191-213.

GROS J., 2017. « Quantifier en ethnographe. Sur les enjeux d'une émancipation de la représentativité statistique », *Genèses*, Vol. 3, n°108, p. 129-147.

GROSS S. R., MAURO R., 1989. *Death and Discrimination: Racial Disparities in Capital Sentencing*, Boston : Northeastern University Press.

GROSSETÊTE M., 2010 « L'enracinement social de la mortalité routière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 4, n° 184, p. 38-57.

GUIGNARD L., 2010. *Juger la Folie. La folie criminelle devant les Assises au XIXe siècle*, Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Droit et justice ».

GUILBAUD F., 2006. *Le travail pénitentiaire. Une étude de sociologie du travail*, Rapport de recherche, GIP « Mission de Recherche Droit et Justice ».

GUILBAUD F., 2008. « Le travail pénitentiaire : sens et articulation des temps vécus des travailleurs incarcérés », *Revue française de sociologie*, Vol. 49, n°4, p. 763-791.

HACKING I., 1995. « The looping effects of human kinds » dans D. SPERBER, D. PREMACK, A. J. PREMACK (dir.), *Symposia of the Fyssen Foundation. Causal cognition : A multidisciplinary debate*, New York : Clarendon Press/Oxford University Press, p. 351-394.

HACKING I., 2002. « Façonner les gens. Cours au Collège de France (2001-2002) », Paris : Collège de France.

HACKING I., 2004. « Between Michel Foucault and Erving Goffman: Between discourse in the abstract and face-to-face interaction », *Economy and Society*, Vol. 33, n°3, p. 277-302.

HAGÈGE M., 2016. « Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilités de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C », Thèse de doctorat en sociologie, Paris : EHESS, 721p.

HALFMANN D., 2012. « Recognizing medicalization and demedicalization : discourses, practices, and identities », *Health*, Vol. 16, n°2, p. 186-207.

HENNEGUELLE A., 2017. « La fabrique des statistiques pénitentiaires. Comment une enquête ethnographique peut éclairer une recherche économétrique », *Criminocorpus* [En ligne].

HEDDERMAN C., GELSTHORPE L. (dir.), 1997. *Understanding the Sentencing of women*, Londres : Home Office.

HEINICH N., 2010. « Pour en finir avec l'"illusion biographique" », *L'Homme, Revue française d'anthropologie*, Vol. 195-196, p. 421-430.

HEINRITZ C., RAMMSTEDT A., 1991. « L'approche biographique en France », *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol. 41, p. 331-370.

HERPIN N., 1977. *L'application de la loi. Deux poids deux mesures*, Paris : Le Seuil, coll. « Sociologie ».

HERZLICH C., PIERRET J., 1991 [1984]. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris : Éditions Payot, coll. « Bibliothèque scientifique ».

HILL R. F., FORTENBERRY J. D., 1992. « Adolescence as a Culture-bound Syndrome », *Social Science & Medicine*, Vol. 35, n°1, p. 73-80.

HOCHSTEDLER E., 1986. « Criminal prosecution of the mentally disordered », *Law and Society Review*, Vol. 20, n°2, p. 279-292.

HOOD R., 1992. *Race and Sentencing. A Study in the Crown Court. A Report for the Commission for Racial Equality*, Oxford : Clarendon Press.

HOUSSAYE J., 2005. *C'est beau comme une colo. La socialisation en centre de vacances*, Vigneux : Matrice, coll. « Colos et centres de loisirs ».

HUGHES E. C., 1955. « The Making of a Physician. General Statement of Ideas and Problems », *Human Organization*, Vol. 14, n°4, p. 21-25.

HUGHES E.-C., 1996 [1951]. *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris : Éditions de l'EHESS, coll. « Recherches d'histoire sociale ».

ILLICH I., 1971. *Une société sans école*, Paris : Le Seuil.

ILLICH I., 1973. *La convivialité*, Paris : Le Seuil.

ILLICH I., 1975. *Némésis médicale*, Paris : Le Seuil.

INCA, 2010. *La situation du cancer en France en 2010*, Boulogne-Billancourt : INCa, coll. « Rapport & synthèses ».

INPES, 2012. « État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », Rapport, Paris : INPES.

ISRAËL L., 1999. « Les mises en scène d'une justice quotidienne », *Droit et société*, Vol. 42, n°1, p. 393-419.

ISRAËL L., SACRISTE G., VAUCHEZ A., WILLEMEZ L. (Dir.), 2004. *Sur la portée sociale du droit : usage et légitimité du registre juridique*, Paris : Presses universitaires de France.

IZAMBERG C., 2016. « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, n°58, p. 89-104.

JANICAUD É., 2013. « La construction sociale de la paranoïa pénitentiaire », *Champ pénal/Penal field*, Vol. X, [en ligne].

JANSSEN E., BASTIANIC T., 2013. « Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. Estimations locales et extrapolations nationales », *Consommations et conséquences*, Saint-Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

JOANA J., 1998. « Entre la Barre et la Tribune. Les secrétaires de la Conférence du stage du Barreau de Paris face à l'activité parlementaire au 19ème siècle », *Revue française de science politique*, 48ème année, n°3-4, p. 480-506.

JOBARD F., NÉVANEN S., 2007. « La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005) », *Revue française de sociologie*, Vol. 48, n°2, p. 243-272.

JOBARD F., LÉVY R., LAMBERTH J., NÉVANEN S., 2012. « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles d'identité à Paris », *Population*, Vol. 67, n°3, p. 423-451.

JOËL M., 2017. *La sexualité en prison de femmes*, Paris : Presses de Sciences Po, coll. « Académiques ».

JOËL M., 2018. « Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie », Rapport de recherche, Paris : Sidaction, Ined.

JOHNSON R. C., RAPHAËL S., 2009. « The effects of male incarceration dynamics on acquired immune deficiency syndrome infection rates among African American women and men », *Journal of Law and Economics*, Vol. 52, n°2, p. 251-293.

JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P., SERMET C., 2009. « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », *Revue économique*, n°60, p. 385-411.

KALUNTA-CRUMPTON A. (dir.), 2012. *Race, Ethnicity, Crime and Criminal Justice in the Americas*, Basingstoke : Palgrave Macmillan.

KAMINSKI D., 1990. « Toxicomanie : le mot qui rend malade », *Déviance et société*, Vol. 14, n°2, p. 179-196.

KAUFMANN J.-C., 1985. « "S'en sortir", "pas de problèmes", "faire avec" : au cœur de la culture populaire », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 9, n°2, p. 195-201.

KELLENS G., 1978. « La détermination de la sentence pénale : de la lunette au microscope », *Déviance et société*, Vol. 2, n°1, p. 77-95.

KENSEY A., 2012. « Que sait-on de la situation socioéconomique des sortants de prison ? », *Revue du MAUSS*, Vol. 2, n°40, p. 147-160.

KLECK G., 1981. « Racial Discrimination in Criminal Sentencing: A Critical Evaluation of the Evidence with Additional Evidence on the Death Penalty », *American Sociological Review*, Vol. 46, n°6, p. 783-805.

KOKOREFF M., 2000. « Faire du business dans les quartiers. Éléments sur les transformations socio-historiques de l'économie des stupéfiants en milieux populaires. Le cas du département des Hauts-De-Seine », *Déviance et société*, Vol. 24, n°4, p. 403-423.

LABERGE D., LANDREVILLE P., MORIN D., ROBERT M., SOULLIÈRE N., 1995. *Maladie mentale et délinquance. Deux fgures de la déviance devant la justice pénale*, Bruxelles, Montréal : De Bœck, Presses de l'Université de Montréal.

LABOV W., 1978. *Le parler ordinaire. La langue dans les ghettos noirs des États-Unis*, Paris : Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun ».

LACHENAL G., LEFÈVE C., NGUYEN V.-N. (dir.), 2014. *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Science Histoire et Société ».

LAHIRE B., 1999. *L'invention de l' « illettrisme ». Rhétorique publique, éthique et stigmates*, Paris : La Découverte, coll. « Textes à l'appui ».

LAHIRE B., 2000 [1993]. *Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de l' « échec scolaire » à l'école primaire*, Paris : Presses universitaires de Lyon.

LAHIRE B., 2007 [2005]. *L'esprit sociologique*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales ».

LAHIRE B., 2013. *Dans les plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris : La Découverte, coll. « Laboratoire des sciences sociales ».

LAHIRE B., 2018a. *L'interprétation sociologique des rêves*, Paris : La Découverte, coll. « Laboratoire des sciences sociales ».

LAHIRE B., 2018b. « Les ambitions théoriques de la sociologie », *Sociologie*, Vol. 9, n°1, p. 61-71.

LAMBERT G., 2015. *Le Mitard. Une approche sociologique de la discipline pénitentiaire*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».

LANCELEVÉE C., 2016. « Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne », Thèse de doctorat en sociologie, Paris : EHESS, 472 p.

LASCOUMES P., NAGELS C., 2014. *Sociologie des élites délinquantes. De la criminalité en col blanc à la corruption politique*, Paris : Armand Colin, coll. « Collection U ».

LASCOUMES P., SERVERIN E., 1988. « Le droit comme activité sociale : pour une approche wébérienne des activités juridiques », *Droit et société*, n°9, p. 165-185.

LAURENS S., NEYRAT F. (dir.), 2010. *Enquêter : de quel droit ? Menaces sur l'enquête en sciences sociales*, Broissieux : Éditions du croquant.

LE BRETON D., 2003. *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris : Métailié.

LE CAISNE L., 2004. « L'économie des valeurs. Distinction et classement en milieu carcéral », *L'Année sociologique*, Vol. 54, n°2, p. 511-537.

LE RENARD A., 2010. « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Genèses*, n°4, p. 128-141.

LEBON F., 2005. *Une politique de l'enfance. Du patronage au centre de loisirs*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».

LECHEVALIER HURARD L., 2016. « Être présent auprès des absents. Repenser la relation de soin en établissement d'hébergement pour personnes âgées », *SociologieS*, [en ligne].

LEIMDORFER F., 2008. « Registres discursifs, pratiques langagières et sociologie », *Langage et société*, Vol. 2, n°124, p. 5-14.

LELIÈVRE M., LÉONARD T., 2012. « Une femme peut-elle être jugée violente ? Les représentations de genre et les conditions de leur subversion lors des procès en

comparution immédiate » dans C. CARDI, G. PRUVOST (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris : La Découverte, p. 314-329.

LEMIRE G., 1990. *Anatomie de la prison*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, coll. « Criminologie ».

LÉONARD T., 2010. « Ces papiers qui font le jugement. Inégalités entre Français et étrangers en comparution immédiate », *Champ pénal/Penal field*, [En ligne].

LÉPINE J.-P., GASQUET I., KOVESS V., ARBABZADEH-BOUCHEZ S., NÈGRE-PAGES L., NACHBAUR G., GAUDIN A.-F., 2005. « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 », *L'Encéphale*, Vol. 31, n°2, p. 182-194.

LÉVY R., 1984. *Pratiques policières et processus pénal : le flagrant délit*, Paris : CESDIP, coll. « Déviance et contrôle social ».

LÉVY R., 1986. « Un aspect de l'économie répressive au XIX^e^ siècle : la loi de 1863 sur les flagrants délits », *Revue historique*, Vol. 274, n°1, p. 43-77.

LÉZÉ S., 2008. « Réfléchir l'écho psychotique. Notes sur l'usage de la psychanalyse dans un hôpital de jour pour adolescent » dans S. LÉZÉ, F. FERNANDEZ, H. MARCHE (dir.), *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris : Économica/Anthropos, coll. « Sociologiques », p. 289-319.

LHUILIER D., 2001. *Le choc carcéral. Survivre en prison*, Paris : Bayard, coll. « Essais ».

LHUILIER D., AYMARD N., 1997. *L'Univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison*, Paris : Desclée de Brouwer, coll. « Sociologie clinique ».

LHUILIER D., RIDEL A., SIMONPIETRI A., VEIL C., 1995. « Identité professionnelle, identité de sexe et SIDA : le cas des surveillant(e)s de prison » dans ANRS (dir.), *Journée d'animation de l'ANRS : SIDA, Système judiciaire et milieu carcéral*, Paris : ANRS, p. 39-45.

LIEBLING A., MARUNA S. (dir.), 2005. *The Effects of Imprisonment*, Portland : Willan Publishing, coll. « Cambridge Criminal Justice Series ».

LIGHT M. T., MASSOGLIA M., KING R. D., 2014. « Citizenship and Punishment. The Salience of National Membership in US Criminal Courts », *American Sociological Review*, Vol. 79, n°5, p. 825-847.

LIGNIER W., 2012. *La petite noblesse de l'intelligence. Une sociologie des enfants surdoués*, Paris : La Découverte, coll. « Laboratoire des sciences ».

LOVELL A. M., 2006. « Addiction markets : the example of opiate substitutes in France » dans A. PETRYNA, A. LAKOFF, A. KLEINMAN (dir.), *Global*

Pharmaceuticals : Ethics, Markets, Practices, Chapel Hill, NC : Duke University Press, p. 136-170.

LUPTON D., 1995. *The imperative of health. Public health and the regulated body*, London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage Publications.

LUPTON D., 2003 [1994]. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London, Thousand Oaks, New Delhi : Sage Publications.

MCDONALD D. C., 1999. « Medical Care in Prisons », *Crime and Justice*, Vol. 26, p. 427-478.

MAHI L., 2009. « Identités en exil. Étude sur le déclassement social de journalistes réfugiés en France », Mémoire de Master I, Nanterre : Université Paris Nanterre, 204 p.

MAHI L., 2015a. « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie*, Vol. 56, n°4, p. 697-733.

MAHI L., 2015b. « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé*, Vol. 10, [en ligne].

MAHI L., 2017. « Sur la balance, le poids de la peine. Analyse des usages d'un instrument de mesure » dans P. COMBESSIE (dir.), *Corps en péril, corps miroir. Approches socio-anthropologiques*, Nanterre : Presses universitaires de Paris Nanterre, coll. « Le social et le politique », p. 117-130.

MAHI L., NOBLE L., 2008. « Étude socio-anthropologique sur les joueurs de *World of Warcraft* », Document de validation d'un enseignement universitaire (Licence), Nanterre : Université Paris Nanterre, 156 p.

MALINOWSKI B., 1989 [1922]. « Introduction. Sujet, méthode et but de cette enquête », *Les Argonautes du Pacifique Occidental*, Paris : Gallimard, p. 57-82.

MALLON I., 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

MANNHEIM K, 1952. « The Problem of Generations » dans P. KECKSEMETI (dir.), *Essays on the Sociology of Knowledge*, London : Routledge and Kegan Paul, p. 276-320.

MARCHANT A., 2014. « L'impossible prohibition. La lutte contre la drogue en France (1966-1996) », Thèse de doctorat en histoire, Cachan : ENS, 1002 p.

MARCHETTI A.-M., 1997. *Pauvretés en prison*, Ramonville Saint-Agne : Érès, coll. « Trajets ».

MARICHALAR P., 2014. *Médecin du travail, médecin du patron ?*, Paris : Presses de Science po, coll. « Nouveaux débats ».

MARY F.-L., 1996. *Femmes, délinquances et contrôle pénal. Analyse sociodémographique des statistiques administratives françaises*, Guyancourt : CESDIP, Collection « Études et données pénales », n°75.

MASSOGLIA M., 2008. « Incarceration, Health, and Racial Disparities in Health », *Law & Society Review*, Vol. 42, n°2, p. 275-306.

MASSOGLIA M., PRIDEMORE W. A., 2015. « Incarceration and Health », *Annual Review of Sociology*, Vol. 41, p. 291-310.

MCKENDY J. P., 2006. « "I'm very careful about that": Narrative and agency of men in prison », *Discourse & Society*, Vol. 17, n°4, p. 473-502.

MEAD G. H., 2006 [1963]. *L'esprit, le soi et la société*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».

MEMMI D., 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris : La Découverte, coll. « Textes à l'appui ».

MERCKLÉ P., OCTOBRE S., 2015. « Les enquêtés mentent-ils ? Incohérences de réponse et illusion biographique dans une enquête longitudinale sur les loisirs des adolescents », *Revue française de sociologie*, Vol. 56, n°3, p. 561-591.

MERLE P., 2011. « La carte scolaire et son assouplissement. Politique de mixité sociale ou de ghettoïsation des établissements ? », *Sociologie*, Vol. 2, n°1, p. 37-50.

MERLE P., 2012. « Carte scolaire et ségrégation sociale des établissements. Une analyse monographique des collèges rennais », *Espaces et Sociétés*, Vol. 3, n°151, p. 103-121.

MERLLIÉ D., 1985. « Analyse de l'interaction entre variables : problème statistique ou sociologique », *Revue française de sociologie*, Vol. 26, n°4, p. 629-652.

MERTON R. K., READER G., KENDALL P. L., 1957. *The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Oxford, England : Harvard University Press.

MILLET M., THIN D, 2012 [2005]. *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

MILLET TAUNAY N. 2018, « L' "Enquête sociale rapide" : pour quelle individualisation de la peine ? », Mémoire de Master II, Paris : EHESS.

MILLY B., 2001. *Soigner en prison*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Sociologies ».

MILLY B., 2003. « L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué », *Droit et société*, Vol. 3, n°55, p. 745-765.

MORAN D., JEWKES Y., 2015. « Linking the carceral and the punitive state: A review of research on prison architecture, design, technology and the lived experience of carceral space », *Annales de géographie* , Vol. 702-703, n°2, p. 163-184.

MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J. ET L'ÉQUIPE COCON, 2004. « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, Vol. 59, n°3, p. 503-518.

MOREL S., 2008. « Des problèmes scolaires aux difficultés psychologiques. Reformulations d'une déviance » dans G. MAUGER, J. L. MORENO PESTAÑA, M. ROCA I ESCODA (dir.), *Normes, déviances, insertion*, Genève, Zurich : Seismo, p. 87-113.

MOREL S., 2014. *La médicalisation de l'échec scolaire*, Paris : La Dispute, coll. « L'enjeu scolaire ».

MOREL S., 2016. « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé », *Agone*, n°58, p. 73-88.

MORMICHE P., 1993. « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Économie et statistique*, n°265, p. 45-52.

MOUQUET M.-C., 2005. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n°386.

MOUQUET M. C., DUMONT M., BONNEVIE M. C., 1999. « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », *Études et résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques, n°4.

MURPHY E., DINGWALL R., 2007. « Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice », *Social Science & Medicine*, Vol. 65, n°11, p. 2223-2234.

MUSSO S., 2012. « Être régularisé au titre de la maladie en France », *Corps*, Vol. 10, p. 153-163.

MYERS M. A., TALARICO S. M., 1987. *Social Contexts of Criminal Sentencing*, New York : Springer Verlag.

NATHANSON C. A., 1977. « Sex, Illness, and Medical Care: A Review of Data, Theory, and Method », *Social Science & Medicine*, Vol. 11, n°1, p. 13-25.

OBRADOVIC I., 2012. « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses », *Déviance et société*, Vol. 36, n°4, p. 441-469.

OBRADOVIC I., 2013. « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes*, Vol. 19, n°3, p. 173-195.

OGIEN A., 2017. « L'usage de drogues, un "problème social" ? Quelque chose a-t-il changé depuis vingt ans ? », *Après-demain*, Vol. 44, n°4, p. 5-7.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995. « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, Vol. 1, p. 71-109.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2003. « Observation et description en socio-anthropologie » dans B. GIORGIO, J.-P. OLIVIER DE SARDAN (dir.), *Pratiques de la description*, Paris : Éditions de l'EHESS, coll. « Enquête », p. 13-40.

OLLION É., 2015. « L'abondance et ses revers. Big data et recherches sur les questions sociales », *Informations sociales*, Vol. 5, n°191, p. 70-79.

OLLION É., BOELAERT J., 2015. « Au delà des *Big data*. Les sciences sociales et la multiplication des données numériques », *Sociologie*, Vol. 6, n°3, p. 295-310.

PAGIS J., 2011. « Engagements soixante-huitards sous le regard croisé des statistiques et des récits de vie », *Politix*, Vol. 24, n°93, p. 93-114.

PARIZOT I., 2003. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le Lien social ».

PASSERON J.-C., 1990. « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, Vol. 31, n°1, p. 3-22.

PASSERON J.-C., PEDLER E., 1999. « Le temps donné au regard. Enquête sur la réception de la peinture », *Protée*, Vol. 27, n° 2, p. 93-116.

PAUGAM S., DUVOUX N., 2013 [2008]. *La régulation des pauvres*, Paris : Presses universitaires de France.

PENNETIER C., PUDAL B., 2002. *Autobiographies, autocritiques, aveux dans le monde communiste*, Paris : Belin, coll. « Socio-histoires ».

PENNETIER C., PUDAL B., 2014. *Le sujet communiste. Identités militantes et laboratoires du "moi",* Rennes : Presses universitaires de Rennes.

PERROT M., 2001. *Les ombres de l'histoire. Crime et châtiment au XIX*ème *siècle*, Paris : Flammarion.

PETIT J.-G., 1990. *Ces peines obscures. La prison pénale en France 1780-1875*, Paris : Fayard.

PÉTONNET C., 1982. « L'observation fbttante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, T. 22, n°4, p. 37-47.

PIERRET J., 2001. « Vivre avec la contamination par le VIH : contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix », *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, n°3, p. 5-34.

PIERRET J., 2006. *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».

PIOCHE C., PELAT C., LARSEN C., DESENCLOS J-C., JAUFFRET-ROUSTIDE M., LOT F., PILLONEL J., BROUARD C., 2016. « Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°13-14, p. 224-229.

POLLAK M., 1986. « La gestion de l'indicible », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 62, n°1, p. 30-53.

PRIETO N., FAURE P., 2004. « La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR », *L'Encéphale*, Vol. 30, n°6, p. 525-531.

PROTAIS C., 2016. *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire sous l'emprise de la folie (1950-2009)*, Paris : Éditions de l'EHESS, coll. « Cas de figure ».

RAINWATER L., 1970. *Behind Ghetto Walls. Black Families in a Federal Slum*, Chicago : Aldine.

RAOULT S., HARCOURT B. E., 2016. « The mirror image of asylums and prisons: A study of institutionalization trends in France (1850–2010) », *Punishment & Society*, Vol. 19, n°2, p. 155-179.

RÉAU B., 2005. « Évasions temporaires : socialisations et relâchements des contrôles dans les villages de vacances familiaux », Espaces et sociétés, Vol. 1, n°120-121, p. 123-139.

REINERT M., 1993. « Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars », *Langage et société*, Vol. 66, p. 5-39.

RÉMY A. J., CANVA V., CHAFFRAIX F., HADEY C., HARCOUET L., TERRAIL N., VALLET N., HAPPIETTE A., GAILLET M., SANNIER O., SILVAIN C., 2017. « L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°14-15, p. 277-284.

RICORDEAU G., 2008. *Les détenus et leurs proches. Solidarités et sentiments à l'ombre des murs*, Paris : Éditions Autrement, coll. « Mutations ».

RIMBERT G., 2005. « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, n°54, p. 93-104.

ROBERT D., FRIGON S., 2006. « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et Société*, Vol. 30, n°3, p. 305-322.

ROBERT P., 1977. « Le contrôle social : du pénal à la politique de la famille », *L'année sociologique*, Vol. 28, p. 453-490.

ROBERT P., AUBUSSON DE CAVARLAY B., LAMBERT T., 1976. « Condamnations selon l'âge et la catégorie socio-professionnelle. Analyse et prévision », *Population*, Vol. 31, n°1, p. 87-109.

ROBERT P., AUBUSSON DE CAVARLAY B., POTTIER M.-L., TOURNIER P., 1994. *Les comptes du crime. Les délinquances en France et leurs mesures*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».

ROBERT P., TOURNIER P., 1989. « Migrations et délinquance. Les étrangers dans les statistiques pénales », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 5, n°3, p. 5-31.

ROSE N., 2007. « Beyond Medicalisation », *Lancet*, Vol. 369, n°24, p. 700-702.

ROSECRANCE J., 1985. « Compulsive Gambling and the Medicalization of Deviance », *Social Problems*, Vol. 32, n°3, p. 275-284.

ROSS C. E., MIROWSKY J., 1995. « Does Employment Affect Health ? », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, n°3, p. 230-243.

ROSSOL J., 2001. « The Medicalization of Deviance as an Interactive Achievement : The Construction of Compulsive Gambling », *Symbolic Interaction*, Vol. 24, n°3, p. 315-341.

ROSTAING C., 1996a. « Les détenus : de la stigmatisation à la négociation d'autres identités » dans S. PAUGAM (dir.), *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris : La Découverte, coll. « Textes à l'appui », p. 354-362.

ROSTAING C., 1996b. « Les relations entre surveillantes et détenus » dans C. FAUGERON, A. CHAUVENET, P. COMBESSIE (dir.), *Approches de la prison*, Paris, Bruxelles : De Boeck Université, coll. « Perspectives criminologiques », p. 101-125.

ROSTAING C., 1997. *La relation carcérale. Identité et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».

ROSTAING C., 1998. « À chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison », *Sociologies pratiques*, Vol. 2, n°17, p. 81-94.

ROSTAING C., 2009. « Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, Vol. 2, n°17, p. 89-108.

ROSTAING C., 2017a. « La non-mixité des établissements pénitentiaires et ses effets sur les conceptions de genre : une approche sociologique » dans I. HEULLANT-DONAT, J. CLAUSTRE, É. LUSSET, F. BRETSCHNEIDER (dir.), *Enfermements III. Le genre enfermé. Hommes et femmes en milieux clos (XIII^e^-XX^e^ siècle)*, Paris : Éditions de la Sorbonne, coll. « Homme et Société », p. 33-52.

ROSTAING C., 2017b. « Quelques ficelles de sociologie carcérale », *Criminocorpus* [en ligne].

ROTILY M., PRUDHOMME J., DOS SANTOS PARDAL M., HARIGA F., IANDOLO E., PAPADOURAKIS A., MOATTI J., 2001. « Connaissances et attitudes du personnel de surveillance pénitentiaire face au VIH et/ou sida : une enquête européenne », *Santé publique*, Vol. 4, n° 13, p. 325-338.

ROUANET H., LEBARON F., LE HAY V., ACKERMANN W., LE ROUX B., 2002. « Régression et analyse géométrique des données : Réflexions et suggestions », *Mathématiques & Sciences humaines*, n°160, p. 13-45.

ROWELL J., 2016. « De l'urne de Bernoulli au big data. Penser la quantification avec Alain Desrosières », *Genèses*, n° 104, p. 163-168.

SAETTA S., SICOT F., RENARD T., 2010. « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviance et société*, 34, 4, p. 647-669.

SAETTA S., 2016. « Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner », *Champ pénal/Penal field*, Vol. XIII, [En ligne].

SAHAJIAN F., LAMOTHE P., FABRY J., 2006. « Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison », *Santé Publique*, Vol. 18, n°2, p. 223-234.

SALANE F., 2010. *Être étudiant en prison. L'évasion par le haut*, Paris : La Documentation française, coll. « Études & Recherches ».

SALLE G., 2004. « Mettre la prison à l'épreuve. Le GIP en guerre contre l' "Intolérable" », *Cultures & Conflits*, Vol. 55, p. 71-96.

SALLE G., 2016. « La marchandisation de la gestion carcérale : prison et néolibéralisme », *Mouvements*, Vol. 4, n° 88, p. 34-41.

SALLE G., MOREAU DE BELLAING C., 2010. « Les grincements d'un rouage de l'État. Tensions et contradictions d'un greffe pénitentiaire », *Terrains & travaux*, Vol. 1, n°17, p. 163-180.

SALLÉE N., CHANTRAINE G., 2014. « Observer, consigner, tracer. Les usages d'un cahier électronique controversé en établissement pénitentiaire pour mineurs », *Sociologie du travail*, Vol. 56, p. 64-82.

SARG R., LAMINE A.-S., 2011. « La religion en prison », *Archives de sciences sociales des religions*, n°153, p. 85-104.

SCHEER D., 2015. « Condamnés à l'immobilité. La prison contemporaine en quête de discipline », *SociologieS*, [en ligne].

SCHLOSSER J. A., 2008. « Issues in interviewing inmates: Navigating the methodological landmines of prison research », *Qualitative Inquiry*, Vol. 14, n°8, p. 1500-1525.

SCHNEIDER J. W., 1978. « Deviant Drinking as Disease : Alcoholism as a Social Accomplishment », *Social Problems*, Vol. 25, n°4, p. 361-372.

SERRE D., 2015. « Être doctorant-e. Socialisations, contextes, trajectoires », *Sociologos*, Vol. 10, [En ligne].

SEYLER M., 1977. « L'application de la loi, par Nicolas Herpin », *Esprit*, n°9, p.134-135.

SICOT F., 2008 [2006]. « La psychologisation rampante de la question sociale » dans S. BEAUD, J. CONFAVREUX, J. LINDGAARD (dir.), *La France invisible*, Paris : La Découverte, coll. « Sciences humaines et sociales », p. 618-631.

SIM J., 1990. *Medical power in prisons. The prison medical service in England 1774-1989*, Milton Keynes, Philadelphia : Open University Press.

SIMMAT-DURAND L., 1999. « L'obligation de soins : une pratique ambiguë », *Déviance et société*, Vol. 23, n°4, p. 421-436.

SINGLY F. (DE), 1984. « Les bons usages de la statistique dans la recherche sociologique », *Économie et Statistique*, n°168, p. 13-21.

SMALL M. L., 2009. « "How many cases do I need?" : On science and the logic of case selection in field-based research », *Ethnography*, Vol. 10, n°1, p. 5-38.

SORIGNET P.-E., 2006. « Danser au-delà de la douleur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 163, n°3, p. 46-61.

SPIRE A., 2008. *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris : Liber, coll. « Raisons d'agir ».

SPIRE A., 2013. « Pour une approche sociologique de la délinquance en col blanc », *Champ pénal/Penal Field*, Vol. X [en ligne].

SPIRE A., 2017. « Des dominants à la barre. Stratégies de défense dans les procès pour fraude fiscale », *Sociétés contemporaines*, Vol. 4, n° 108, p. 41-67.

SPOHN C., 2000. « Thirty Years of Sentencing Reform : The Quest for a Racially Neutral Sentencing Process » dans J. HORNEY (dir.), *Politics, Processes and Decisions of the Criminal Justice System*, Washington : National Institute of Justice, p. 427-501.

SPOHN C., WELCH S., GRUHL J., 1985. « Women Defendants in Court : The Interaction Between Sex and Race in Convicting and Sentencing », *Social Science Quarterly*, Vol. 66, n°1, p. 178-185.

STANLEY E. A., SMITH N (dir.), 2011. *Captive Genders. Trans Embodiment and the Prison Industrial Complex*, Édimbourg, Oakland, Baltimore : AK Press.

STEFFENSMEIER D., DEMUTH S., 2001. « Ethnicity and Judges' Sentencing Decisions : Hispanic-Black-White Comparisons », *Criminology*, Vol. 39, p. 145-178.

STEFFENSMEIER D., ULMER J., KRAMER J., 1998. « The Interaction or Race, Gender, and Age in Criminal Sentencing: The Punishment Cost of being Young, Black, and Male », *Criminology*, Vol. 36, n°4, p. 763-798.

STITES S. D., DAHLSGAARD K. K., 2015. « Mental Health Mitigating Evidence and Judicial Outcomes for Federal Capital Defendants », *International Journal of Law, Crime and Justice*, Vol. 43, n°4, p. 676-700.

STITH K., CABRANES J. A., 1998. *Fear of Judging. Sentencing Guidelines in the Federal Courts*, Chicago : The University of Chicago Press.

STRATHERN M., 2000. *Audit Cultures : Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*, Londres : Routledge.

STRAUSS A., 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris : L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».

SUTHERLAND E. H., 1940. « White collar criminality », *American Sociological Review*, Vol. 5, p. 1-12.

SYKES G. M., 1958. *The society of captives : A study of a maximum security prison*, Princeton : Princeton University Press.

TANNEN D., WALLAT C., 1983. « Doctor/Mother Analysis of a pediatric Interaction » dans S. FISHER, A. D. TODD (dir.), *The Social Organization of Doctor-Patient Communications*, Washington D. C. : The Center for Applied Linguistics.

THÉVENOT L., 1992. « Jugements ordinaires et jugement de droit », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, Vol. 47, n°6, p. 1279-1299.

THOMAS W. I., 1969 [1923], *The Unadjusted Girl. With Cases and Standpoint for Behavior Analysis*, Montclair : Patterson Smith.

THOMAS W. I., THOMAS D. S., 1938 [1928], *The Child in America. Behavior Problems and Programs*, New York : Alfred A. Knopf.

THORNE B., 1980. « "You Still Takin'Notes?" Fieldwork and Problems of Informed Consent », *Social Problems*, Vol. 27, n°3, p. 284-297.

THYS P., KORN M., 1992. « À propos de l'expertise pénale : analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité », *Déviance et société*, Vol. 16, n° 4, p. 333-347.

TOURAUT C., 2012. *La famille à l'épreuve de la prison*, Paris : Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».

TOURAUT C., 2015a. « Corps vieillissants en prison : expérience des personnes détenues "âgées" », *Gérontologie et société*, Vol. 37, n° 148, p. 111-122.

TOURAUT C., 2015b. « Âges et usages des espaces carcéraux : l'expérience des détenus "âgés" en France », *Espaces et sociétés*, Vol. 3, n° 162, p. 47-61.

TSOUKAS H., 2009. « Craving for Generality and Small-N Studies : A Wittgensteinian Approach towards the Epistemology of the Particular in Organization and Management Studies » dans D. BUCHANAN, A. BRYMAN (dir.), *The Sage Handbook of Organizational Research Methods*, Londres : Sage Publications, p. 285-301.

TWADDLE A. C., 1976. « Utilization of medical services by a captive population : an analysis of sick call in a state prison », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 17, n°3, p. 236-248.

VANHAMME F., 2009. *La rationalité de la peine. Enquête au tribunal correctionnel*, Bruxelles : Bruylant, coll. « École des sciences criminologiques Léon Cornil ».

VANHAMME F., 2012. « "On ne me reconnaît pas nécessairement sans ma toge". L'organisation sociale des responsabilités au tribunal », *Déviance et société*, Vol. 36, n°3, p. 277-289.

VANHAMME F., BEYENS K., 2007. « La recherche en sentencing : un survol contextualisé », *Déviance et société*, Vol. 31, n°2, p. 199-228.

VASSY C., 2010. « Contrôles éthiques des recherches en sciences sociales : pratiques anglo-saxonnes et répercussions françaises » dans S. LAURENS, F. NEYRAT (dir.), *Enquêter : de quel droit ? Menaces sur l'enquête en sciences sociales*, Broissieux : Éditions du croquant, p. 245-266.

VASSY C., 2011. « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France », *Sciences sociales et santé*, Vol. 29, n°3, p. 5-32.

VASSY C., KELLER R., 2008. « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales et comment ? », *Mouvements*, Vol. 3, n°55-56, p. 128.141.

VERBRUGGE L., 1989. « The Twain Meet : Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, n°3, p. 282-304.

VESENTINI F., 2007. « Déviance, justice et statistiques. Introduction », *Histoire & mesure,* Vol. XXII, n°2, [En ligne].

VUATTOUX A., 2014. « Adolescents, adolescentes face à la justice pénale », *Genèses*, n°97, p. 47-66.

VUATTOUX A., 2015. « Les jeunes Roumaines sont des garçons comme les autres », *Plein droit*, n°104, p. 27-30.

WAKEFIELD S., UGGEN C., 2010. « Incarceration and stratification », *Annual Review of Sociology,* Vol. 36, p. 387-406.

WAKEFIELD S., WILDEMAN C., 2013. *Children of the Prison Boom : Incarceration and the Future of American Inequality*, New York : Oxford University Press.

WEBER F., 2008. « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés », *Genèses*, Vol. 1, n° 70, p. 140-150.

WEBER M., 1992 [1913]. « Essai sur quelques catégories de la sociologie compréhensive » dans *Essais sur la théorie de la science*, Paris : Plon, coll. « Agora ».

WELZER-LANG D., CASTEX P. (dir.), 2012. *Comparutions immédiates : quelle justice ? Regards citoyens sur une justice du quotidien*, Toulouse : Érès, coll. « Société ».

WERTZ, R. W., WERTZ D. C., 1989. *Lying-in : A history of childbirth in America*, New Haven : Yale University Press.

WHEELER S., 1961. « Socialization in correctional communities », *American Sociological Review*, Vol. 26, n°5, p. 697-712.

WILDEMAN C., MULLER C., 2012. « Mass Imprisonment and Inequality in Health and Family Life », *Annual Review of Law and Social Science*, Vol. 8, p. 11-30.

WILDEMAN C., WANG E. A., 2017. « Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA », *Lancet*, Vol. 389, p. 1464-1474.

WILEY N., 2016. *Inner speech and the dialogical speech*, Philadelphia : Temple University Press.

WILLIAMS S. J., MARTIN P., GABE J., 2011. « The Pharmaceuticalisation of Society ? A Framework for Analysis », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 33, n°5, p. 710-725.

YENI P., 2010. *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris : La Documentation française.

YOUNG V. D., 1986. « Gender Expectations and Their Impact on Black Female Offenders and Victims », *Justice Quarterly*, Vol. 3, p. 305-326.

ZATZ M. S., 1987. « The Changing Forms of Racial/Ethnic Biases in Sentencing », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, Vol. 24, n°1, p. 69-92.

ZERUBAVEL E., 1979. *Patterns of Time in Hospital Life : A Sociological Perspective*, Chicago : University of Chicago Press.

ZERUBAVEL E., 1999 [1997]. *Social Mindscapes. An Invitation to Cognitive Sociology*, Cambridge, Massachusetts, London, England : Harvard University Press.

ZOLA I. K., 1972. « Medicine as an Institution of Social Control », *The Sociological Review*, Vol. 20, n°4, p. 487-504.

Annexes

Annexe A. Sources des publications biomédicales étudiées citées

[0] Les références complètes sont les suivantes : S. Fazel, J. Baillargeon, 2011. « The health of prisoners », *Lancet*, Vol. 377, p. 956 ; K. Moschetti, V. Zabrodina, P. Stadelmann, T. Wangmo, A. Holly, J.-B. Wasserfallen, B. S. Elger, 2017. « Exploring differences in healthcare utilization of prisoners in the Canton of Vaud, Switzerland », *PloS One*, Vol. 12, n°10 ; D. M. Dumont, B. Brockmann, S. Dickman, N. Alexander, J. D. Rich, 2012. « Public Health and the Epidemic of Incarceration », *Annual Review of Public Health*, Vol. 33 ; A. P. Wilper, S. Woolhandler, J. W. Boyd, K. E. Lasser, D. McCornick, 2009. « The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey », *American Journal of Public Health*, Vol. 99, n°4, p. 670 ; R. Lines, 2008. On peut traduire les extraits cités en langue originale comme suit : « *Les prisonniers portent une lourde charge de troubles somatiques et psychiatriques en comparaison à la population générale* » ; « *Dans notre échantillon, 40,6% des détenus ont au moins une maladie somatique chronique diagnostiquée, 44,8% ont au moins un problème psychiatrique. [...] Seuls 37,0% des détenus n'ont ni maladie somatique chronique ni trouble psychiatrique* » ; « *Le turnover important [en prison] complique les pratiques de dépistage et de soins médicaux, mais il crée aussi une opportunité en permettant d'accéder à une grande diversité de communautés souvent inaccessibles aux initiatives de santé publique* » ; « *L'atténuation des troubles physiques et mentaux des détenus constitue une étape importante dans leur réinsertion familiale et professionnelle* ».

[1] E. Godin-Blandeau, C. Verdot, A.-E. Develay, 2013. « La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°35-36, p. 434.

[2] Voir aussi, par exemple : C. Buchaillet, D. Mauillon, C. Barbier, P. Dosquet, N. Jousset, C. Rougé-Maillart, 2013. « Prise en charge en détention des personnes diabétiques insulino-requérantes en France en 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°35-36, pp. 441-444 ; E. Durand, M. Chevignaud, M. Fix, J.-J. Weiss, P. Pradat-Diehl, 2013. « Antécédents de traumatisme crânien chez les détenus : résultats préliminaires d'une enquête de prévalence », *Annales de réadaptation et de médecine*

physique, Vol. 56, pp. e86-e87 ; A. Désesquelle, 2005. « Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? », *Population*, Vol. 60, n°1, p. 76.

[3] R. Gastone, 2003. « Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001 », *Santé Publique*, Vol. 15, n°2, p. 133.

[4] O. Sannier, M. Gignon, C. Defouilloy, A. Hermant, C. Manaouil, O. Jardé, 2009. « Dépistage de l'asthme et de la bronchopneumopathie obstructive à la maison d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale », *Revue de Pneumologie clinique*, Vol. 65, n°1, p. 2.

[5] A. Dereix, 2015. « Antécédents de traumatisme crânien dans une population d'arrivants en prison. Influence de l'âge de survenue du traumatisme crânien sur le parcours de vie et conséquences pour la prise en charge », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université Pierre et Marie Curie, pp. 108-109.

[6] J. Richard, 2009. « Prise en charge du diabète en milieu carcéral. Intérêt d'un dépistage systématique par glycémie capillaire à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université Lille-2 ; V. Baclet, J.-C. Guichard, M. Valette, V. Hédouin, E. Senneville, 2014. « Estimation de la prévalence de Clamydia trachomatis (CT) et Neisseria (NG) chez les hommes (n 526) entrants ou sortants de Maison d'Arrêt (MA) », Poster affiché lors des 15èmes Journées nationales d'infectiologie, 11-13 Juin, Palais des Congrès de Bordeaux ; O. Sannier, M. Gignon, C. Defouilloy, A. Hermant, C. Manaouil, O. Jardé, 2009. « Dépistage de l'asthme et de la broncho-pneumopathie obstructive à la maison d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale », *Revue de Pneumologie clinique*, Vol. 65, n°1, p. 4.

[7] O. Sannier, M. Gignon, C. Defouilloy, A. Hermant, C. Manaouil, O. Jardé, 2009. « Dépistage de l'asthme et de la broncho-pneumopathie obstructive à la maison d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale », *Revue de Pneumologie clinique*, Vol. 65, n°1, p. 4.

[8] R. Gastone, 2003. « Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001 », *Santé Publique*, Vol. 15, n°2, p. 136.

[9] F. Perrodeau, 2015. « État des lieux et piste pour optimiser la vaccination contre le virus de l'hépatite B au centre pénitentiaire de Gradignan (Bordeaux) », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Bordeaux, p. 48.

[10] K. Chemlal, J. Bouscaillou, M. Jauffret-Roustide, C. Semaille, C. Barbier, C. Michon, M.-A. Valantin, L. Cate et le Groupe Prévacar, 2012. « Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadair*e, n°10-11, p. 133.

[11] O. Sannier, S. Nappez, C. Manaouil, 2010. « Prise en charge sanitaire des mineurs détenus », *Archives de Pédiatrie*, Vol. 17, p. 169.

[12] C. Buchaillet, D. Mauillon, C. Barbier, P. Dosquet, N. Jousset, C. Rougé-Maillart, 2013. « Prise en charge en détention des personnes diabétiques insulino-requérantes en France en 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°35-36, pp. 441-444.

[13] F. Sahajian, P. Lamothe, J. Fabry, 2006. « Consommation de substances psychoactives chez les personnes entrant en prison », *Santé Publique*, Vol. 18, n°2, p. 233.

[14] F. Perrodeau, 2015. « État des lieux et piste pour optimiser la vaccination contre le virus de l'hépatite B au centre pénitentiaire de Gradignan (Bordeaux) », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Bordeaux, p. 71.

[15] E. Durand, L. Watier, M. Fix, J.-J. Weiss, M. Chevignard, P. Pradat-Diehl, 2014. « Antécédents de traumatisme crânien chez les détenus : différences de profils suivant la sévérité du traumatisme déclaré », *Annales de réadaptation et de médecine physique*, Vol. 57, p. e79.

[16] C. Bertholom, 2008. « Tuberculose dans les maisons d'arrêt d'Île-de-France », *Option/Bio*, Vol. 19, n°405, p. 8.

[17] J. Richard, 2009. « Prise en charge du diabète en milieu carcéral - Intérêt d'un dépistage systématique par glycémie capillaire à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université Lille-2.

[18] C. Buchaillet, D. Mauillon, C. Barbier, P. Dosquet, N. Jousset, C. Rougé-Maillart, 2013. « Prise en charge en détention des personnes diabétiques insulino-requérantes en France en 2012 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°35-36, p. 444.

[19] O. Sannier, M. Gignon, C. Defouilloy, A. Hermant, C. Manaouil, O. Jardé, 2009. « Dépistage de l'asthme et de la broncho-pneumopathie obstructive à la maison d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale », *Revue de Pneumologie clinique*, Vol. 65, n°1, p. 7-8.

[20] O. Sannier, M. Gignon, C. Defouilloy, A. Hermant, C. Manaouil, O. Jardé, 2009. « Dépistage de l'asthme et de la broncho-pneumopathie obstructive à la maison d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale », *Revue de Pneumologie clinique*, Vol. 65, n°1, p. 7.

[21] É. Fauchille, C. Thienpont, O. Sannier, R. Faure, A. Trugeon, 2016. « Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°18-19, p. 347.

[22] A.-E. Develay, S. Emmambux, 2014. « Étude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral », Rapport, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

[23] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 102.

[24] A.-J. Rémy, 2007. « Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? », *Gastro-entérologie clinique et biologique*, Vol. 31, n° 8-9, p. 657.

[25] H. Cheddani, 2013. « Prévalence des infections virales par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine en milieu carcéral : une étude départementale. Traitement de l'hépatite C à la maison d'arrêt de Rouen », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rouen, p. 93.

[26] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 100.

[27] H. Cheddani, 2013. « Prévalence des infections virales par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine en milieu carcéral : une étude départementale. Traitement de l'hépatite C à la maison d'arrêt de Rouen », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rouen, p. 95.

[28] L. Harcouët, S. Balanger, N. Meunier, A. Mourgues, S. Grabar, B. Haouili, L. Guillevin, 2008. « La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris-La Santé », *La revue de médecine interne*, Vol. 29, n°5, p. 361.

[29] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 102.

[30] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 103.

[31] O. Obrecht, 2002. « Des progrès pour la santé en prison », *Projet*. Vol. 1, n°269, p. 113.

[32] L. Albertini, C. Herbourg, S. Bresciani, P. Böhme, 2015. « Diabète en prison: mise en place d'un programme d'ETP », *Education Thérapeutique du Patient*, Vol 7, n°2, pp. 1-6.

[33] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 100.

[34] O. Obrecht, 2002. « Des progrès pour la santé en prison », *Projet*, Vol. 1 n°269, p. 113.

[35] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 100.

[36] O. Sannier, M. Gignon, C. Defouilloy, A. Hermant, C. Manaouil, O. Jardé, 2009. « Dépistage de l'asthme et de la broncho-pneumopathie obstructive à la maison

d'arrêt d'Amiens : étude préliminaire transversale », *Revue de Pneumologie clinique*, Vol. 65, n°1, p. 2.

[37] E. Durand, M. H. Baffrey, N. Bensoussan, O. Obrecht, 1999. « La kinésithérapie en prison : facteur d'insertion ? », *Annales de réadaptation et de médecine physique*, Vol. 42, n°7, p. 410.

[38] L. Albertini, S. Bresciani, C. Herbourg, P. Böhme, 2015. « Création d'un programme d'éducation thérapeutique des diabétiques en prison : expérience au centre de détention de Toul », *Diabetes & Metabolism*, Vol. 41, Sup. 1, p. A48.

[39] A. Dereix, 2015. « Antécédents de traumatisme crânien dans une population d'arrivants en prison. Influence de l'âge de survenue du traumatisme crânien sur le parcours de vie et conséquences pour la prise en charge », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université Pierre et Marie Curie, p. 104.

[40] O. Sannier, S. Nappez, C. Manaouil, 2010. « Prise en charge sanitaire des mineurs détenus », *Archives de Pédiatrie*, Vol. 17, p. 172.

[41] O. Sannier, S. Nappez, C. Manaouil, 2010. « Prise en charge sanitaire des mineurs détenus », *Archives de Pédiatrie*, Vol. 17, p. 172.

[42] G. Guérin, 2003. « La prise en charge sanitaire », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, p. 42.

[43] G. Guérin, 2003. « La prise en charge sanitaire », *Actualité et dossier en santé publique*, n°44, p. 42.

[44] H. Cheddani, 2013. « Prévalence des infections virales par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine en milieu carcéral : une étude départementale. Traitement de l'hépatite C à la maison d'arrêt de Rouen », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rouen, p. 95.

[45] L. Harcouët, S. Balanger, N. Meunier, A. Mourgues, S. Grabar, B. Haouili, L. Guillevin, 2008. « La réduction tabagique à la maison d'arrêt de Paris-La Santé », *La revue de médecine interne*, Vol. 29, n°5, p. 361.

[46] H. Cheddani, 2013. « Prévalence des infections virales par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine en milieu carcéral : une étude départementale. Traitement de l'hépatite C à la maison d'arrêt de Rouen », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rouen, p. 95.

[47] C. Bertholom, 2008. « Tuberculose dans les maisons d'arrêt d'Île-de-France », *Option/Bio*, Vol. 19, n°405, p. 9.

[48] O. Obrecht, 2002. « Des progrès pour la santé en prison », *Projet*, Vol. 1 n°269, p. 113.

[49] V. Fages-Puech, 2010. « La continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : étude de la communication entre l'unité de consultations et des soins ambulatoires

(Ucsa) de la maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault », thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Montpellier I.

[50] O. Obrecht, 2002. « Des progrès pour la santé en prison », *Projet*, Vol. 1 n°269, pp. 112-113.

[51] A. Lécu, 2012. *La prison, un lieu de soin ?*, Paris : Les Belles lettres.

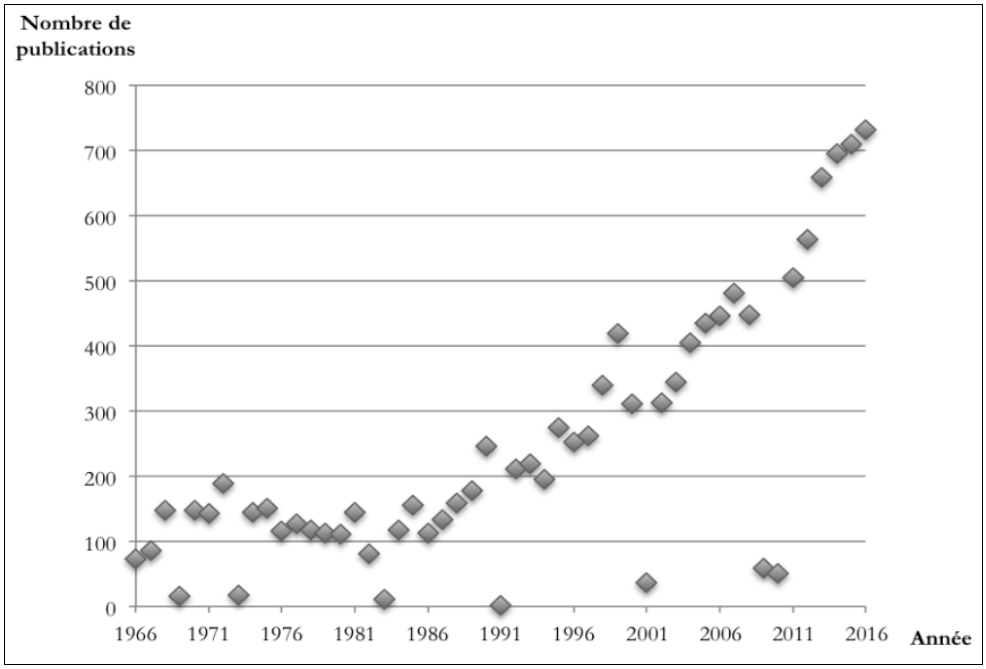
[52] V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, 2007. « La santé en prison », *Sève*, Vol. 4, n°17, p. 100.

[53] O. Obrecht, 2002. « Des progrès pour la santé en prison », *Projet*, Vol. 1 n°269, pp. 112-113.

[54] J. E. Paris, 1994. « Inmate Overutilization of Health Care Is There a Way Out ? », *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 1, n°1, pp. 73-90.

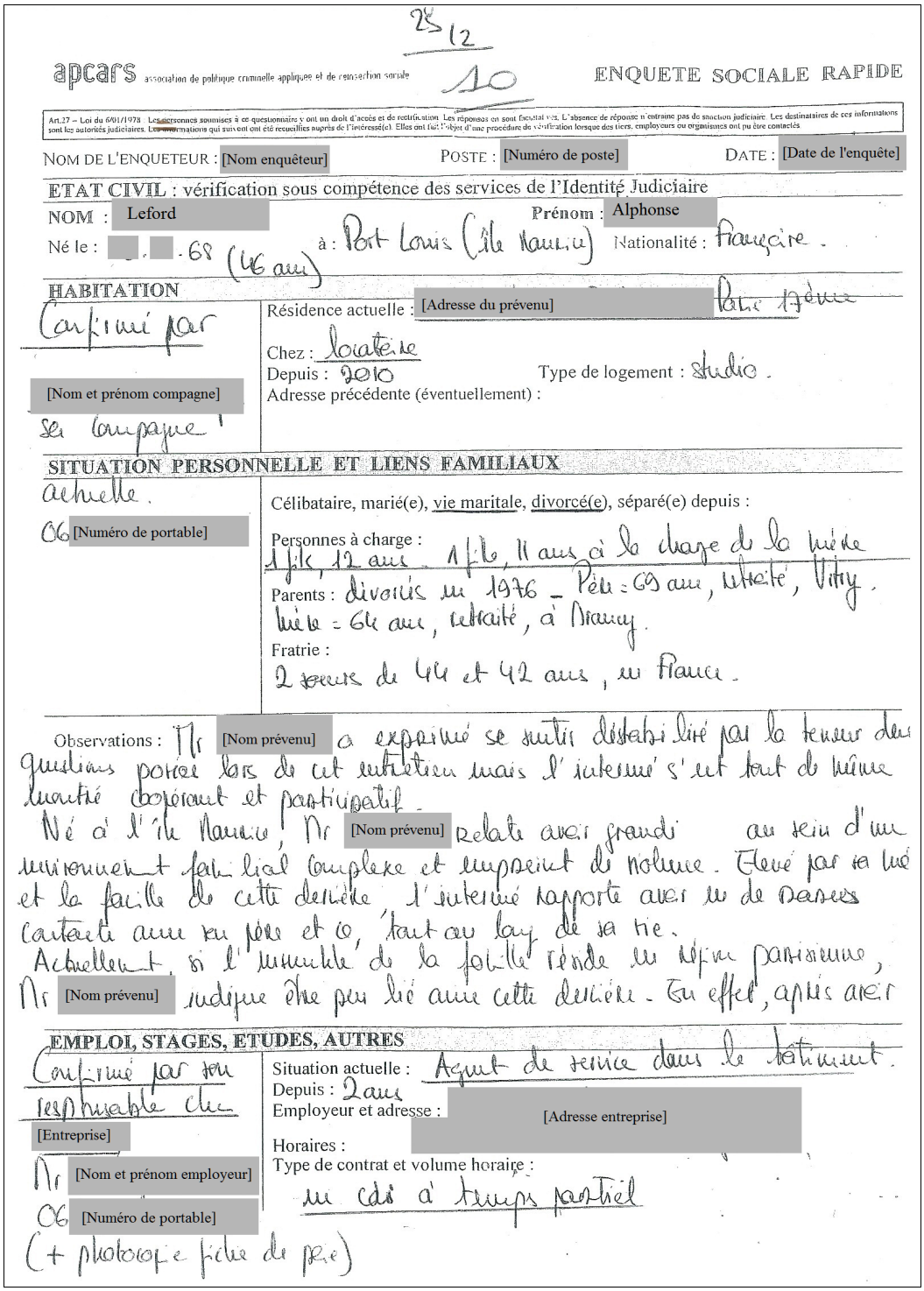
[55] A. Lécu, 2006. « Médicaments et prison », *Éthique publique*, Vol. 8, n°2 [en ligne].

Annexe B. Volume des publications sur le milieu carcéral (1966-2016)



Source : Résultats à une recherche avec le mot-clé « prison » dans la base de données bibliographiques biomédicales PubMed.

Annexe C. Un formulaire d'enquête sociale rapide



28/12
10

apcars association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale

ENQUETE SOCIALE RAPIDE

Art.27 – Loi du 6/01/1978 Les personnes soumises à ce questionnaire y ont un droit d'accès et de rectification. Les réponses en sont facultatives. L'absence de réponse n'entraine pas de sanction judiciaire. Les destinataires de ces informations sont les autorités judiciaires. Les informations qui sont ont été recueillies auprès de l'intéressé(e). Elles ont fait l'objet d'une procédure de vérification lorsque des tiers, employeurs ou organismes ont pu être contactés.

NOM DE L'ENQUETEUR : [Nom enquêteur] POSTE : [Numéro de poste] DATE : [Date de l'enquête]

ETAT CIVIL : vérification sous compétence des services de l'Identité Judiciaire

NOM : Leford Prénom : Alphonse

Né le : [redacted].[redacted].68 (46 ans) à : Port Louis (Ile Maurice) Nationalité : Française.

HABITATION

Confirmé par [Nom et prénom compagne] Sa compagne

Résidence actuelle : [Adresse du prévenu] Paris 12ème

Chez : locataire

Depuis : 2010 Type de logement : studio.

Adresse précédente (éventuellement) :

SITUATION PERSONNELLE ET LIENS FAMILIAUX

actuelle.

06 [Numéro de portable]

Célibataire, marié(e), vie maritale, divorcé(e), séparé(e) depuis :

Personnes à charge : 1 fils, 12 ans - 1 fils, 11 ans à la charge de la mère

Parents : divorcés en 1976 - Père = 69 ans, retraité, Vitry. Mère = 64 ans, retraité, à Drancy.

Fratrie :

2 sœurs de 44 et 42 ans, en France.

Observations : Mr [Nom prévenu] a exprimé se sentir déstabilisé par la teneur des questions posées lors de cet entretien mais l'intéressé s'est tout de même montré coopérant et participatif.

Né à l'île Maurice, Mr [Nom prévenu] relate avoir grandi au sein d'un environnement familial complexe et empreint de violence. Élevé par sa mère et la famille de cette dernière, l'intéressé rapporte avoir eu de rares contacts avec son père et ce, tout au long de sa vie.

Actuellement, si l'ensemble de la famille réside en région parisienne, Mr [Nom prévenu] indique être peu lié avec cette dernière. En effet, après avoir

EMPLOI, STAGES, ETUDES, AUTRES

Confirmé par son responsable chez [Entreprise]

Situation actuelle : Agent de service dans le bâtiment.

Depuis : 2 ans

Employeur et adresse : [Adresse entreprise]

Horaires :

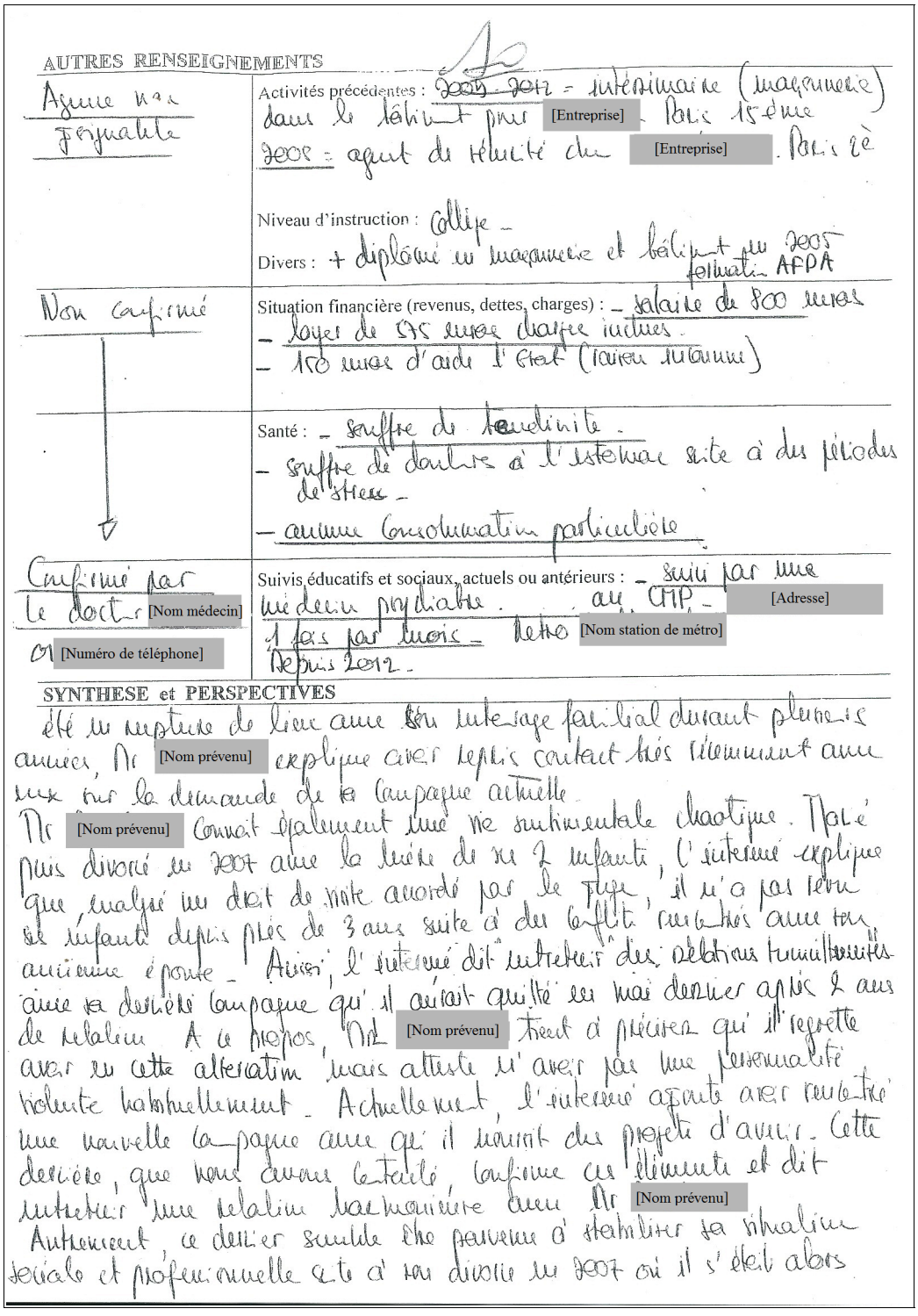
Type de contrat et volume horaire :

en cdi à temps partiel

Mr [Nom et prénom employeur]

06 [Numéro de portable]

(+ photocopie fiche de paie)



AUTRES RENSEIGNEMENTS

Agence non formable

Activités précédentes : 2009-2012 = intérimaire (magasinier) dans le bâtiment pour [Entreprise] à Paris 15ème
2008 = agent de sécurité chez [Entreprise] à Paris 2è

Niveau d'instruction : Collège

Divers : + diplômé en magasinier et bâtiment en 2005 formation AFPA

Non confirmé

Situation financière (revenus, dettes, charges) : - salaire de 800 euros
- loyer de 575 euros charges incluses
- 150 euros d'aide l'Etat (revenu minimum)

Santé : - souffre de tendinite
- souffre de douleurs à l'estomac suite à des périodes de stress
- aucune consommation particulière

Confirmé par le docteur [Nom médecin]

01 [Numéro de téléphone]

Suivis éducatifs et sociaux, actuels ou antérieurs : - suivi par une médecin psychiatre au CMP - [Adresse]
1 fois par mois - Metro [Nom station de métro]
Depuis 2012.

SYNTHESE et PERSPECTIVES

été en rupture de lien avec son entourage familial durant plusieurs années, Mr [Nom prévenu] explique avoir repris contact très récemment avec eux sur la demande de la campagne actuelle.

Mr [Nom prévenu] Connait également une vie sentimentale chaotique. Marié puis divorcé en 2004 avec la mère de ses 2 enfants, l'intéressé explique que malgré un droit de visite accordé par le juge, il n'a pas revu ses enfants depuis plus de 3 ans suite à des conflits conjugaux avec son ancienne épouse. Ainsi, l'intéressé dit entretenir des débuts tumultueux avec sa dernière compagne qui il aurait quitté ces mois derniers après 2 ans de relation. A ce propos, Mr [Nom prévenu] tient à préciser qu'il regrette avoir eu cette altercation mais atteste n'avoir pas une personnalité violente habituellement. Actuellement, l'intéressé affirme avoir rencontré une nouvelle compagne avec qui il souhaite des projets d'avenir. Cette dernière, que nous avons contacté, confirme ces éléments et dit entretenir une relation harmonieuse avec Mr [Nom prévenu]

Autrement, ce dernier semble être parvenu à stabiliser sa situation sociale et professionnelle suite à son divorce en 2004 où il s'était alors

Se retrouve en difficulté. Depuis 2010 l'interné est locataire d'un studio après avoir été hébergé par différents amis. Ainsi, après avoir effectué quelques années en intérimaire, Mr [Nom prévenu] déclare avoir été embauché dans 2 entreprises différentes, à temps partiel et un CDI sous responsable, que nous avons le tenu, atteste du comportement irréprochable de Mr [Nom prévenu] au travail.

Enfin, le psychiatre qui a suivi Mr [Nom prévenu] sur décision judiciaire, dit être prêt à le revoir de nouveau et exprime que l'interné était relativement bien engagé dans un travail thérapeutique.

[Signature enquêteur]

Annexe D. La première heure en maison d'arrêt : retranscription du carnet de terrain

« Vous allez bien à la prison de Servoud ? » Le chauffeur du bus confirme. Parcourant les rues étroites de [ville], je guette [élément géologique]. Aucune femme assise dans le bus ne porte de gros sacs de supermarché remplis de vêtements propres. Pas de « famille » pour des parloirs ? Je repense à [prénom] de l'OIP[450] qui m'a dit vendredi : « Quand tu cherches une prison et que tu es perdue, fie-toi aux panneaux "déchetterie" et tu trouveras ton chemin. » Je ne vois pas de panneau « déchetterie », mais les stations commencent par contre toutes à porter le nom « Servoud quelque chose ». Je me rapproche, sans rien distinguer qui ressemble à une prison. Et puis à un moment, le bus passe devant un haut mur couleur crème, je tourne rapidement la tête : le mur est assez haut pour être celui d'une prison et j'ai cru apercevoir un drapeau tricolore flotter au vent... mais le bâtiment est aussi entouré de pavillons résidentiels. C'est là que j'aperçois un surveillant marchant sur le bas côté de la route ; je cours jusqu'au chauffeur : « C'était la prison ? » Il confirme et il arrête le bus pour que je descende. J'ai rendez-vous à neuf heures avec l'éducatrice qui va m'accompagner pour entrer. Il est précisément neuf heures. Je m'avance vers une porte, sous le drapeau tricolore. Trois personnes attendent devant. Je leur demande : « C'est ici l'entrée pour le personnel ? » « Oui. » Je me recule, et j'aperçois plus loin une autre porte devant laquelle des femmes attendent, sacs de courses à leurs pieds. L'entrée des parloirs. Un peu plus loin, une autre porte surplombée d'un panneau où il est écrit « Relais famille ». Les trois personnes poussent la lourde porte vert bouteille. Je reste en retrait. J'attends. La porte se referme. Un autre groupe arrive, attend que la porte s'ouvre, puis entre. J'hésite et, juste avant que la porte se referme, je m'engouffre moi aussi. Je suis surprise : il s'agit d'un sas, avec juste un miroir sur la droite (une vivre sans tain), un mur sur la gauche, et une grille qui ouvre sur la prison en face. Les personnes du groupe badgent leur sac contre un boitier – voyant lumineux, *bruit* –, puis elles poussent la grille. Cette fois-ci je ne les suis pas. Je reste en retrait. Et la grille se referme. J'entends une musique : un interphone. Derrière la vitre sans tain (je ne vois rien de ce qu'il se passe de l'autre côté, je devine juste une silhouette à quelques moments), une personne – voix féminine – s'adresse à moi : « Vous êtes ? » J'explique que je suis « Lara Mahi, une sociologue stagiaire » et que « j'ai rendez-vous avec Madame [nom] ». La voix me demande ma carte d'identité : je la glisse dans un tiroir qui s'ouvre sous la vitre. Le tiroir se referme et

450. Observatoire international des prisons.

puis plus rien. Un autre groupe entre dans le sas – badge-voyant-lumineux-*bruit* – et franchit la grille, qui se referme ensuite derrière eux. Puis vient encore un autre groupe. La musique sonne à nouveau : « Mme [nom] vient vous chercher, je vais vous demander d'attendre ici. » Le tiroir s'ouvre à nouveau. À l'intérieur : un badge. Je le récupère, et je l'épingle à mon manteau. J'attends. L'éducatrice arrive de l'autre côté de la grille – *bruit*, la grille m'est ouverte. À partir de là, tout va extrêmement vite : nous traversons une petite route (ou était-ce un parking ?), nous montons trois marches et nous poussons la porte de ce qui m'a semblé être une petite maison. En fait, c'est le bâtiment principal du centre pénitentiaire. Plus d'un millier de personnes y est emprisonné. (…) Juste après avoir passé la porte : un grand hall et un portique de sécurité. Je suis ennuyée ; je m'attendais à trouver, comme à [la maison d'arrêt de] Nanterre[451], un casier où j'aurais pu laisser mon téléphone portable. J'indique au surveillant que j'ai sur moi un téléphone. Il me dit quelque chose que je n'entends pas. Je suis pourtant à moins d'un mètre de lui. Il répète ce qu'il vient de dire. Je devine le mot « voiture » alors je réponds : « Non, je n'ai pas de clé de voiture. » Mais je comprends juste après qu'il m'a probablement dit de laisser mon téléphone portable dans ma voiture. (…) L'éducatrice me précède à toute allure. Nous passons plusieurs portes (combien ?). Entre chacune, elle sert des mains, elle dit « salut » ou rien. Je l'imite. J'attends de voir avec quelle insistance elle me présente. Si elle laisse du temps entre le prénom de la personne et le mien, je comprends que je dois lui serrer la main. Et si elle ne repart pas aussitôt après ce serrement de main, je comprends qu'il faut aussi que j'explique dès-à-présent qui je suis et ce que je fais là. Au fond, je suis complètement perdue. Je n'entends rien de ce que les personnes me disent. Il faut que je retienne leurs prénoms, mais je ne les entends même pas. Et tout me semble aller très vite. Après chaque porte, son pas s'accélère. Nouveau sas. Ici, je dois montrer mon badge à un surveillant installé dans un box entouré de barreaux et protégé par une vitre en plexiglas. Il le regarde longuement, puis il inscrit toute une série de chiffres dans un cahier. Je regarde mon badge, il n'y en a aucun dessus. Je me demande d'où viennent tous ces chiffres, qui ne peuvent être ni la

451. Lorsque je commence cette recherche, je dispense depuis un peu plus d'un an des cours de français à des détenus de la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine, située juste à côté de l'Université Paris Nanterre, dans le cadre de mon engagement au sein d'une association, le Genepi. J'ignore tout des activités de santé développées au sein des services médicaux de cet établissement : je n'y ai jamais croisé de professionnels de santé et j'ignore même où se trouve l'infirmerie ; je vais seulement chaque semaine de la porte de la prison jusqu'au « quartier scolaire » où je donne ce cours, puis du « quartier scolaire » jusqu'à la porte de la prison. Les grilles barrant mon chemin me sont ouvertes par des surveillants pénitentiaires, ce qui n'est pas le cas de celles qui m'en éloigneraient.

date, ni l'heure, et ne sont pas non plus dans la continuité des autres déjà inscrits dans le cahier. Le surveillant me pose ensuite une question. Je ne la comprends pas. Je n'entends rien. Une petite fenêtre s'ouvre au niveau de ma cuisse. Il dit : « Votre nom ? » Je m'accroupis et je lui dis dans l'ouverture : « Mahi. M-A-H-I ». Il me demande où je vais. Je réponds : « à l'Ucsa ». Nouveau sas, nouvelles portes. D'autres personnes, poignées de main. Et enfin une porte en bois, à côté de laquelle un panneau indique : « Ucsa ». Nous parcourons le couloir de l'Ucsa. Il est très large (une dizaine de mètres ?). De part-et-d'autre, des portes portant les inscriptions « pharmacie », « infirmerie », « dentisterie »... [l'éducatrice] me présente à tout le monde, me prévenant : « A l'Ucsa on se fait la bise. » Je m'exécute : je fais la bise aux deux surveillants, aux deux médecins généralistes, à la dentiste, au cadre infirmier, à quatre (cinq ?) infirmières. Puis nous allons prendre un café à l'office. Les infirmières me posent deux ou trois questions (où je loge, jusqu'à quand je reste dans le service déjà...), et puis elles se (re?)mettent à parler de leurs projets de vacances d'hiver.

Annexe E. Le formulaire-entrant utilisé par le personnel médical d'une maison d'arrêt

Etiquette

Fiche médicale arrivant

ACCEPTE ☐ REFUSE ☐

Date de l'examen d'entrée : ...../...../.....
Statut d'incarcération : Prévenu ☐ Condamné ☐ Transfert ☐

MEDECINS

Médecin(s)

.....

.....

.....

ANTECEDENTS PERSONNELS

MEDICAUX

- Asthme ☐ .....
- Diabète ☐ ☐ ..... - Epilepsie ☐ .....
- Tuberculose ☐ ..... - Dyslipidémie ☐ .....
- Bronchite Chronique ☐ ☐ ..... - IDM, artérite ☐ .....
- Hépatite ☐ ☐ ..... - Pathologie psychiatrique ☐ .....
- SIDA ☐ ☐ ..... - Tentative de suicide ☐ .....
- Autres : ☐ ..... - RGO, ulcère ☐ .....

.....

.....

CHIRURGICAUX

.....

.....

.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

.....

.....

.....

G...P...

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES

-.....

-.....

-.....

ALLERGIES

.....

.....

.....

.....

TRAITEMENT

.....

.....

.....

.....

VACCINATIONS ET SEROLOGIES

	Oui (préciser date)	Non	Ne sait pas	A faire
Diphtérie-tétanos polio				
Hépatite B				
Grippe saisonnière				
Sérologie : VIH, VHB, VHC				

ADDICTIONS

TABAC
Actuel ☐ Ancien ☐ Jamais ☐
Age de début : .....
Consommation actuelle :.....cigarettes/jour - Fagerström : ....
Consommation cumulée : .....paquets/année
Durée de l'arrêt de la consommation : .....
Avez-vous du tabac sur vous : oui ☐ non ☐ - Patch oui ☐ non ☐

ALCOOL
Régulièrement ☐ Festif ☐ Occasionnellement ☐ Ancien ☐ Jamais ☐
Quantité : .....
Début de la consommation : .....
Consommation aigüe compulsive (au moins une fois par mois) : ☐
Date de la dernière consommation : .....
Symptômes de sevrage : .....

DROGUES

	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Ecstasy	L.S.D	Autres
Régulier						
Occasionnel						
Jamais						
Ancienne						
IV						
Nasale						
Fumée						
Orale						
Quantité/jour						
Durée de conso						

SOCIAL

Situation professionnelle : .....
Situation familiale : .....
Langues parlées : .....
Sait lire : OUI ☐ NON ☐
Sait écrire : OUI ☐ NON ☐

EXAMEN CLINIQUE

- Taille : .....cm -Poids :.....kg - IMC :.....kg/m²

- Etat de santé :.....

- Déambulation : Normale ☐ Cannes ☐ Fauteuil ☐

- Etat bucco-dentaire :
  Bon ☐ Besoin de soins ☐ Prothèse ☐ Autres :.....

- Lunettes ☐ - Lentilles de contact ☐

- Prothèses ou matériel étranger :.....

Examen somatique : droitier ☐ gaucher ☐

TA :...../..... .mmHg T°..... (si fébrile) Pouls : ...../min.

- Examen cardiologique :
.....
.....
.....

- Examen pneumologique :
.....
.....
.....

- Autres :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENTS PRESCRITS

* Traitements au long cours	* Traitements à court terme
-	- .....
-	- .....
-	- .....
-	- .....
-	- .....
-	- .....
-	- .....
-	- .....
-	- .....

COMMENTAIRES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et Signature du médecin :

Annexe F. Extrait d'un questionnaire administré à des détenus dans le cadre d'une étude

PRÉVALENCE DES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME CRÂNIEN ET D'ÉPILEPSIE DANS UNE POPULATION D'ARRIVANTS EN PRISON

Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)
Maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis

Age : __ __ ans Sexe : F ☐ M ☐ Droitier(e) : ☐ Gaucher(e) : ☐

Prévenu(e) : ☐ Condamné(e) : ☐

Quel est votre dernier niveau scolaire ? :

Primaire ☐
Collège (6-3) ☐
Lycée (2-T) ☐
Etudes supérieures ☐

Quelle est votre dernière profession ?.....

- Ouvrier non qualifié, ouvriers spécialisés et manœuvres ☐
- Ouvrier qualifié ☐
- Employé qualifié, quelle que soit leur qualification ☐
- Employé non qualifié ☐
- Technicien et dessinateurs ☐
- Agent de maîtrise ☐
- Ingénieur ou cadre ☐
- Qualification inconnue ☐
- Chômage ☐

Comment évaluez-vous votre état de santé ?

Très mauvais ☐ Mauvais ☐ Moyen ☐ Bon ☐ Très bon ☐

Antécédent de Traumatisme Crânien (TC) :

Avez-vous déjà eu une blessure ou un coup à la tête qui a entraîné un KO (boxe ou bagarre), un étourdissement, un malaise, un endormissement, en rapport avec une chute, un accident de la voie publique ou de sport ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si oui, à quelle occasion (préciser).....

Combien de fois : 1☐ 2 ☐ 3 ☐ Plus de 3 ☐

Age du premier TC : __ __ ans Age du dernier TC : __ __ ans

S'il y a un antécédent de TC, y a-t-il un suivi ? : Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu une perte de connaissance ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, sa durée : Inférieure à une journée ☐ Plus d'une journée ☐

Avez-vous été dans le coma ? : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si oui, quelle a été la durée du coma (en jours) : .....jours

Avez-vous été hospitalisé en raison du TC ? : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si oui, nombre de jours d'hospitalisation : .....jours

29/08/2012 1

PRÉVALENCE DES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME CRÂNIEN ET D'ÉPILEPSIE DANS UNE POPULATION D'ARRIVANTS EN PRISON

Avez-vous eu des crises d'épilepsie ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est votre traitement ? :.....

Avez-vous un suivi spécialisé (neurologie) ? : Oui ☐ Non ☐

Etes-vous suivi(e) en psychiatrie ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, antécédent d'hospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Si oui, traitement en cours :.....

Usage d'alcool et de drogues :

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé de l'alcool ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quotidiennement ☐

Régulièrement (+ de 10 fois dans les 30 derniers jours) ☐

Occasionnellement ☐

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quotidiennement ☐

Régulièrement (+ de 10 fois dans les 30 derniers jours) ☐

Occasionnellement ☐

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé d'autres substances ?
(Ecstasy, MDMA, amphétamines, speed, cocaïne, Subutex, Méthadone) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser : ..... Ne souhaite pas préciser ☐

Anxiété et dépression :

Avez-vous déjà suivi un traitement pour l'anxiété ? : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Avez-vous déjà suivi un traitement pour la dépression ? : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Incarcérations :

A quel âge a eu lieu votre première incarcération ? : __ __ ans

Nombre total d'incarcérations : .....

Combien de temps avez-vous passé en prison les cinq dernières années ? : __ __ ans __ __ mois

Motif de votre incarcération en cours :

Procédure criminelle : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne veut pas répondre ☐

Procédure correctionnelle : Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne veut pas répondre ☐

29/08/2012 2

Annexe G. Extrait du questionnaire de l' "Enquête Fibroscan®"

Protocole UCSASCAN

Centre ☐☐ **N° participant** ☐☐☐ **Code lettre patient** ☐☐

QUESTIONNAIRE AUDIT

QUESTION	SCORE
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	0☐ Jamais 1☐ Une fois par mois ou moins 2☐ 2 à 4 fois par mois 3☐ 2 à 3 fois par semaine 4☐ Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	0☐ 1 ou 2 1☐ 3 ou 4 2☐ 5 ou 6 3☐ 7 ou 8 4☐ 10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	0☐Jamais 1☐Moins d'une fois par mois 2☐Une fois par mois 3☐Une fois par semaine 4☐Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	0☐Jamais 1☐Moins d'une fois par mois 2☐Une fois par mois 3☐Une fois par semaine 4☐Tous les jours ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	0☐Jamais 1☐Moins d'une fois par mois 2☐Une fois par mois 3☐Une fois par semaine 4☐Tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	0☐Jamais 1☐Moins d'une fois par mois 2☐Une fois par mois 3☐Une fois par semaine 4☐Tous les jours ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	0☐Jamais 1☐Moins d'une fois par mois 2☐Une fois par mois 3☐Une fois par semaine 4☐Tous les jours ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	0☐Jamais 1☐Moins d'une fois par mois 2☐Une fois par mois 3☐Une fois par semaine 4☐Tous les jours ou presque
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	0☐Non 2☐Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 4☐Oui, au cours de l'année
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	0☐Non 2☐Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 4☐Oui, au cours de l'année
SCORE TOTAL	

4/6

Annexe H. Le formulaire de demande de soins mis à la disposition des détenus d'un centre pénitentiaire

[Logo du centre hospitalier référent]

PÔLE MÉDICO-JUDICIAIRE

UNITÉ DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES U.C.S.A.

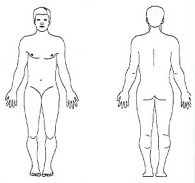
[Nom de l'établissement pénitentiaire]

Date : Nom : Prénom : Cellule : N° d'écrou :

Vous souhaitez venir à l'infirmière pour :

❑ Médecin ❑ Infirmière ❑ Ophtalmo (lunettes) ❑ Dentiste ❑ Gynéco

Indiquer d'une croix où se situe votre douleur.



❑ Consultation dentaire

❑ Prescription de médicament

❑ Résultat d'examen

Merci de préciser votre demande :

PEL2453

[Cordonnées du centre hospitalier référent de l'Ucsa : adresse postale, numéro du standard téléphonique, adresse du site internet]

Annexe I. Le formulaire de demande de soins mis à la disposition des détenus d'un centre de détention

[Logo du centre hospitalier référent]

U.C.S.A.
Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
[de ville]

DEMANDE DE CONSULTATION

Date :

Nom : **Prénom :**

N°écrou : **Cellule :**

Equipe psychiatrique

☐ **Psychiatre**
☐ **Psychologue**

☐ **Infirmière psychiatrique**

Motif de la demande :

Equipe somatique

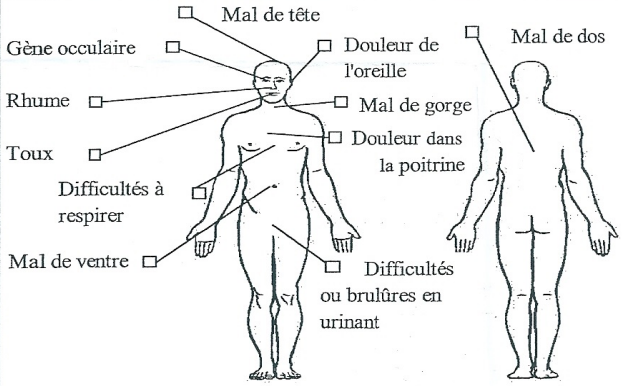
☐ **Dermatologue**

☐ **Dentiste**

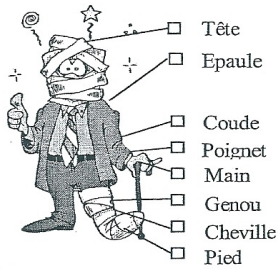
☐ **Médecin**

☐ **Infirmière**

TOUTE DEMANDE NON RENSEIGNEE NE SERA PAS TRAITEE PRIORITAIREMENT



Traumatisme



Autre :

☐ Fièvre

☐ Diarrhées

☐ Constipation

☐ Insomnie, Angoisse

☐ Démarches administratives : à compléter : ……..

☐ Renouvellement de traitement

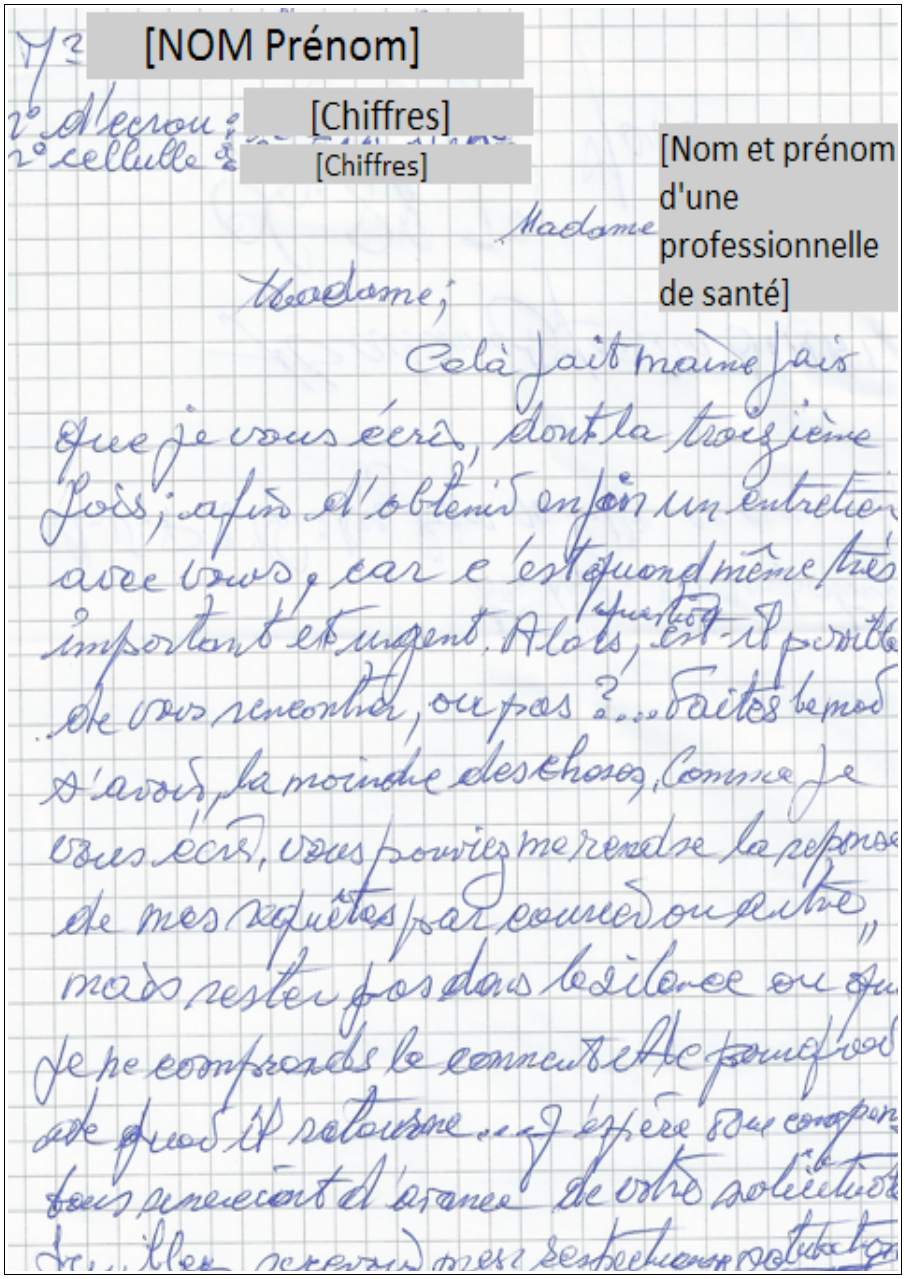
☐ Arrêter de fumer

☐ Demande de résultats d'examens

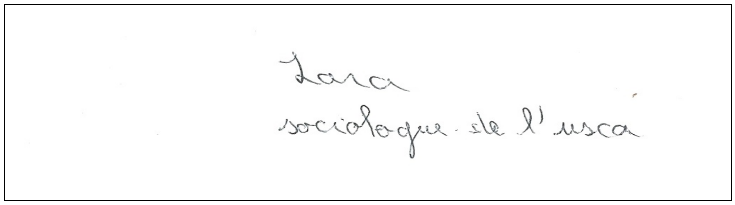
☐ Allergie ou problème de peau, ongles, cheveux

Autres renseignements à apporter à l'U.C.S.A.:

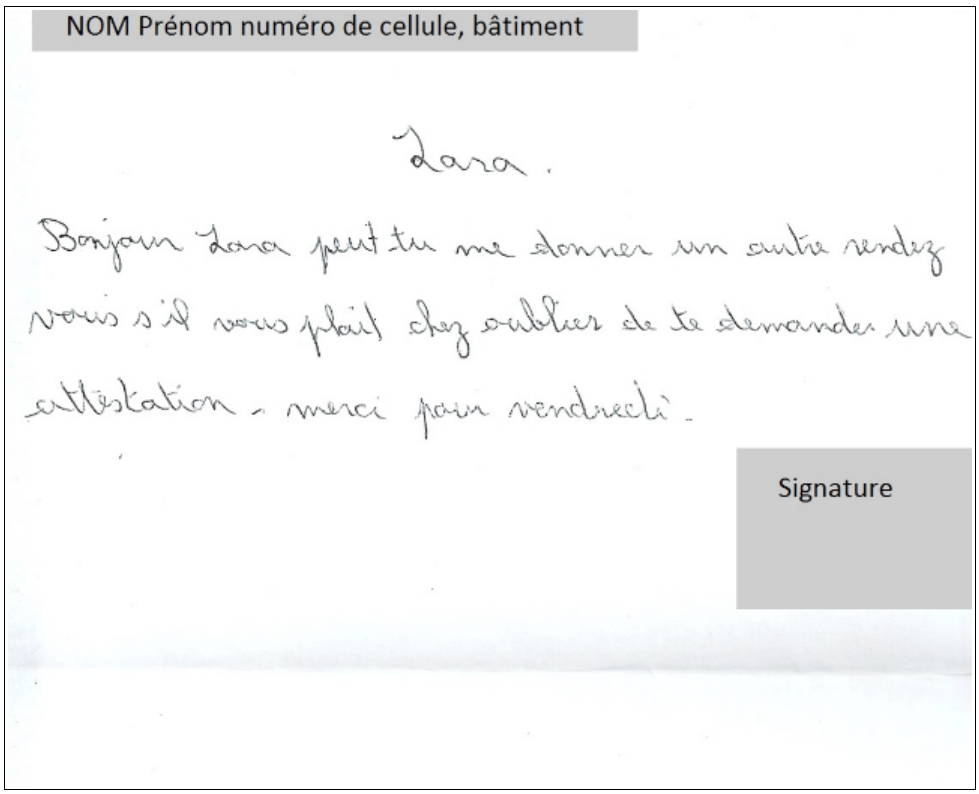
Annexe J. Un courrier adressé par un détenu à l'équipe médicale



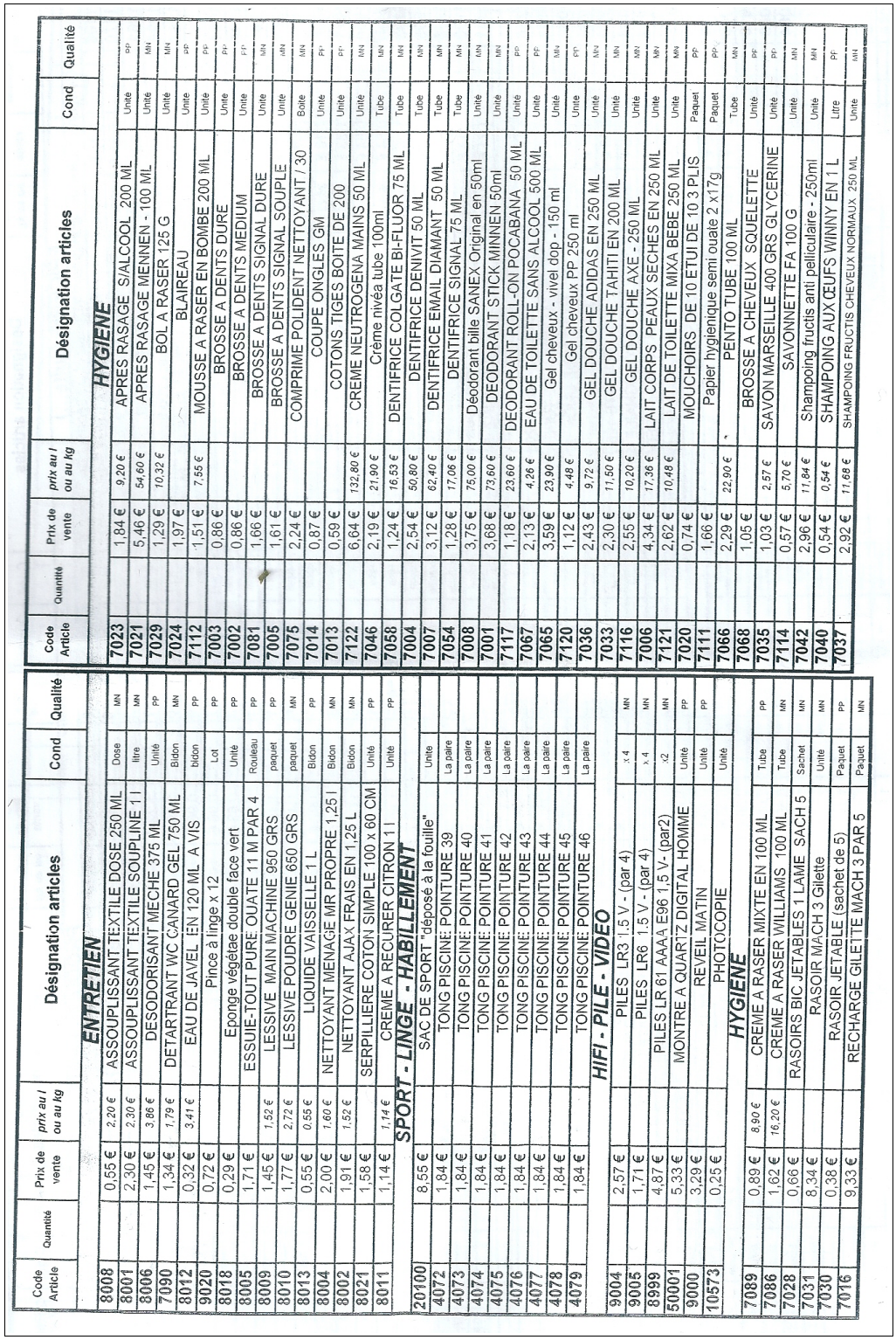
Annexe K. Un courrier adressé par un interviewé détenu à la "sociologue de l'Usca"



(Avant/Intérieur de la lettre)



Annexe L. Extrait de la liste des produits "cantinables" dans un établissement pénitentiaire



Code Article	Quantité	Prix de vente	prix au l ou au kg	Désignation articles	Cond	Qualité
				ENTRETIEN		
8008		0,55 €	2,20 €	ASSOUPLISSANT TEXTILE DOSE 250 ML	Dose	MN
8001		2,30 €	2,30 €	ASSOUPLISSANT TEXTILE SOUPLINE 1 l	litre	MN
8006		1,45 €	3,86 €	DESODORISANT MECHE 375 ML	Unité	PP
7090		1,34 €	1,79 €	DETARTRANT WC CANARD GEL 750 ML	Bidon	MN
8012		0,32 €	3,41 €	EAU DE JAVEL EN 120 ML A VIS	bidon	PP
9020		0,72 €		Pince à linge x 12	Lot	PP
8018		0,29 €		Eponge végétae double face vert	Unité	PP
8005		1,71 €		ESSUIE-TOUT PURE OUATE 11 M PAR 4	Rouleau	PP
8009		1,45 €	1,52 €	LESSIVE MAIN MACHINE 950 GRS	paquet	PP
8010		1,77 €	2,72 €	LESSIVE POUDRE GENIE 650 GRS	paquet	MN
8013		0,55 €	0,55 €	LIQUIDE VAISSELLE 1 L	Bidon	PP
8004		2,00 €	1,60 €	NETTOYANT MENAGE MR PROPRE 1,25 l	Bidon	MN
8002		1,91 €	1,52 €	NETTOYANT AJAX FRAIS EN 1,25 L	Bidon	MN
8021		1,58 €		SERPILLIERE COTON SIMPLE 100 x 60 CM	Unité	PP
8011		1,14 €	1,14 €	CREME A RECURER CITRON 1 l	Unité	PP
				SPORT - LINGE - HABILLEMENT		
20100		8,55 €		SAC DE SPORT "déposé à la fouille"	Unité	
4072		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 39	La paire	
4073		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 40	La paire	
4074		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 41	La paire	
4075		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 42	La paire	
4076		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 43	La paire	
4077		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 44	La paire	
4078		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 45	La paire	
4079		1,84 €		TONG PISCINE POINTURE 46	La paire	
				HIFI - PILE - VIDEO		
9004		2,57 €		PILES LR3 1,5 V - (par 4)	x 4	MN
9005		1,71 €		PILES LR6 1,5 V - (par 4)	x 4	MN
8999		4,87 €		PILES LR 61 AAAA E96 1,5 V - (par2)	x2	MN
50001		5,33 €		MONTRE A QUARTZ DIGITAL HOMME	Unité	PP
9000		3,29 €		REVEIL MATIN	Unité	PP
10573		0,25 €		PHOTOCOPIE	Unité	
				HYGIENE		
7089		0,89 €	8,90 €	CREME A RASER MIXTE EN 100 ML	Tube	PP
7086		1,62 €	16,20 €	CREME A RASER WILLIAMS 100 ML	Tube	MN
7028		0,66 €		RASOIRS BIC JETABLES 1 LAME SACH 5	Sachet	MN
7031		8,34 €		RASOIR MACH 3 Gilette	Unité	MN
7030		0,38 €		RASOIR JETABLE (sachet de 5)	Paquet	PP
7016		9,33 €		RECHARGE GILETTE MACH 3 PAR 5	Paquet	MN
7023		1,84 €	9,20 €	APRES RASAGE S/ALCOOL 200 ML	Unité	PP
7021		5,46 €	54,60 €	APRES RASAGE MENNEN - 100 ML	Unité	MN
7029		1,29 €	10,32 €	BOL A RASER 125 G	Unité	MN
7024		1,97 €		BLAIREAU	Unité	PP
7112		1,51 €	7,55 €	MOUSSE A RASER EN BOMBE 200 ML	Unité	PP
7003		0,86 €		BROSSE A DENTS DURE	Unité	PP
7002		0,86 €		BROSSE A DENTS MEDIUM	Unité	PP
7081		1,66 €		BROSSE A DENTS SIGNAL DURE	Unité	MN
7005		1,61 €		BROSSE A DENTS SIGNAL SOUPLE	Unité	MN
7075		2,24 €		COMPRIME POLIDENT NETTOYANT / 30	Boite	MN
7014		0,87 €		COUPE ONGLES GM	Unité	PP
7013		0,59 €		COTONS TIGES BOITE DE 200	Unité	PP
7122		6,64 €	132,80 €	CREME NEUTROGENA MAINS 50 ML	Unité	MN
7046		2,19 €	21,90 €	Crème nivéa tube 100ml	Tube	MN
7058		1,24 €	16,53 €	DENTIFRICE COLGATE BI-FLUOR 75 ML	Tube	MN
7004		2,54 €	50,80 €	DENTIFRICE DENIVIT 50 ML	Tube	MN
7007		3,12 €	62,40 €	DENTIFRICE EMAIL DIAMANT 50 ML	Tube	MN
7054		1,28 €	17,06 €	DENTIFRICE SIGNAL 75 ML	Tube	MN
7008		3,75 €	75,00 €	Déodorant bille SANEX Original en 50ml	Unité	MN
7001		3,68 €	73,60 €	DEODORANT STICK MINNEN 50ml	Unité	MN
7117		1,18 €	23,60 €	DEODORANT ROLL-ON POCABANA 50 ML	Unité	PP
7067		2,13 €	4,26 €	EAU DE TOILETTE SANS ALCOOL 500 ML	Unité	PP
7065		3,59 €	23,90 €	Gel cheveux - vivel dop - 150 ml	Unité	MN
7120		1,12 €	4,48 €	Gel cheveux PP 250 ml	Unité	PP
7036		2,43 €	9,72 €	GEL DOUCHE ADIDAS EN 250 ML	Unité	MN
7033		2,30 €	11,50 €	GEL DOUCHE TAHITI EN 200 ML	Unité	MN
7116		2,55 €	10,20 €	GEL DOUCHE AXE - 250 ML	Unité	MN
7006		4,34 €	17,36 €	LAIT CORPS PEAUX SECHES EN 250 ML	Unité	MN
7121		2,62 €	10,48 €	LAIT DE TOILETTE MIXA BEBE 250 ML	Unité	MN
7020		0,74 €		MOUCHOIRS DE 10 ETUI DE 10 3 PLIS	Paquet	PP
7111		1,66 €		Papier hygienique semi ouate 2 x17g	Paquet	PP
7066		2,29 €	22,90 €	PENTO TUBE 100 ML	Tube	MN
7068		1,05 €		BROSSE A CHEVEUX SQUELETTE	Unité	PP
7035		1,03 €	2,57 €	SAVON MARSEILLE 400 GRS GLYCERINE	Unité	PP
7114		0,57 €	5,70 €	SAVONNETTE FA 100 G	Unité	MN
7042		2,96 €	11,84 €	Shampoing fructis anti pelliculaire - 250ml	Unité	MN
7040		0,54 €	0,54 €	SHAMPOING AUX ŒUFS WINNY EN 1 L	Litre	PP
7037		2,92 €	11,68 €	SHAMPOING FRUCTIS CHEVEUX NORMAUX 250 ML	Unité	MN

Tableau des propriétés des patients détenus interviewés

Nom	Âge, diplôme et profession[452]	Statut pénal[453]	Détenu.e depuis	Détenu.e primaire	Soutien de proches[454]	En prison, diagnostic(s) reçu(s) ?	Traitement débuté ?	La surveillance médicale concerne
M. Akkouche	42 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (6 mois)	1 semaine	Non	Non	Oui	Oui	Virus de l'hépatite C
Mme Beaulieu	48 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamnée (18 ans)	6 ans	Oui	Oui	Oui	Oui	VIH, maladie cardio-vasculaire
M. Belhadj	26 ans, niveau CAP électricien, chauffeur-livreur	Condamné (10 mois)	3 mois	Non	Non	Non	Non	Infection pulmonaire
M. Benayoud	40 ans, niveau CAP, maçon	Prévenu	11 mois	Oui	Non	Non	Oui	Virus de l'hépatite C

452. L'âge est celui lors de l'entretien. Les niveaux de diplôme et les professions sont ceux lors de l'incarcération (les éventuels diplômes obtenus depuis en prison et les emplois occupés dans l'établissement ne sont pas précisés). Les interviewés ayant mentionné une activité professionnelle qui n'est pas perçue ainsi par les institutions étudiées, mais comme une infraction (« braqueur », « trafiquant », « escroc », etc.), sont « sans emploi » dans le tableau.

453. Pour les enquêtés condamnés pénalement, la durée de la peine de prison ferme à effectuer est précisée entre parenthèses.

454. La colonne renseigne l'existence (ou non) de proches qui ne sont pas détenus apportant un soutien durant l'incarcération (envoie de lettres, de mandats, visites par les parloirs, conversations au téléphone, support administratif...).

Nom	Âge, diplôme et profession	Statut pénal	Détenu.e depuis	Détenu.e primaire	Soutien de proches	En prison, diagnostic(s) reçu(s) ? Traitement débuté ?		La surveillance médicale concerne
M. Benchikh	37 ans, sans diplôme, sans emploi	Prévenu	1 an	Non	Non	Oui/Non	En discussion	Virus de l'hépatite B
M. Bessaïf	32 ans, CAP cuisine, employé dans les espaces verts	Condamné (3 ans)	1 an	Non	Oui	Non	Non	Maladie respiratoire
M. Borain	39 ans, sans diplôme, peintre dans le bâtiment	Condamné (6 mois)	4 mois	Non	Non	Oui	Oui	Virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C
M. Boyer	72 ans, sans diplôme, retraité (employé des pompes funèbres)	Prévenu	13 mois	Oui	Oui	Non	Non	Diabète
M. Cadet	47 ans, niveau CAP boucherie, manutentionnaire	Prévenu	10 mois	Non	Oui	Oui	Oui	Kyste surrénalien
M. Caire	66 ans, niveau Bac+2, retraité (préparateur en pharmacie)	Prévenu	2 ans	Oui	Oui	Non	Non	Maladie respiratoire
M. Carmin	57 ans, Bac+2, commerçant	Condamné (7 ans)	3 ans	Non	Oui	Non	Non	Diabète, maladie respiratoire
M. Cassely	33 ans, sans diplôme, employé à la cantine d'un hôpital (psy)	Prévenu	4 mois	Non	Non	Oui	Oui	Asthme
M. Chaïbeddera	37 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (8 mois)	2 semaines	Non	Non	Oui	En discussion	Virus de l'hépatite C
M. Chambert	70 ans, Bac+2, retraité (autoentrepreneur)	Condamné (7 ans)	4 ans	Non	Oui	Non	Non	Diabète, hypertension
M. Charrant	43 ans, sans diplôme, sans emploi (jongleur de rue)	Prévenu	4 mois	Oui	Oui	Non	Oui	Virus de l'hépatite C
M. Cholet	66 ans, sans diplôme, retraité (sans profession)	Prévenu	3 mois	Non	Oui	Non	Non	Maladie de Charcot, diabète, maladie de peau

Nom	Âge, diplôme et profession	Statut pénal	Détenu.e depuis	Détenu.e primaire	Soutien de proches	En prison, diagnostic(s) reçu(s) ?	Traitement débuté ?	La surveillance médicale concerne
M. Da Silva	43 ans, sans diplôme, chef de chantier	Prévenu	2 ans et ½	Non	Non	Oui	Oui	VIH, hernie, cholestérol
M. Darmane	39 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (7 ans)	3 ans et ½	Oui	Non	Oui/Non	Oui	VIH
M. Delandre	46 ans, Bac, chef cuisinier	Condamné (10 ans)	4 ans et ½	Oui	Oui	Oui	Oui	Cancer
M. El Kaouha	36 ans, BEPC, brancardier	Condamné (6 mois)	4 mois	Non	Oui	Non	Non	Asthme
M. El Salski	45 ans, Bac+5, chef d'entreprise	Prévenu	2 ans et 10 mois	Oui	Oui	Non	Non	Diabète
M. Esposito	34 ans, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment	Condamné (3 mois)	2 mois	Non	Non	Non	Oui	Virus de l'hépatite C, problème cardiaque
M. Fabiani	50 ans, CAP cuisine, chauffeur-routier	Condamné (1 an)	11 mois	Non	Oui	Non	Non	Cancer
M. Foucard	62 ans, sans diplôme, retraité (ouvrier dans le bâtiment)	Condamné (2 ans)	1 an et ½	Non	Oui	Oui	Oui	Arthrose, problème cardiaque, cataracte
M. Gargarov	28 ans, sans diplôme, bûcheron et DJ	Condamné (4 ans)	2 ans	Oui	Non	Oui	En discussion	Virus de l'hépatite B, hépatite Delta
M. Gassem	27 ans, niveau Bac pro, employé à la Poste	Condamné (3 ans)	1 an et 10 mois	Non	Oui	Oui	Oui	Asthme
M. Guibert	50 ans, sans diplôme, employé dans le nettoyage industriel	Condamné (1 an)	7 mois	Non	Oui	Non	Non	Diabète, hémophilie, virus de l'hépatite C
M. Haddad	44 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (2 ans ½)	5 mois	Non	Non	Non	Oui	VIH

Nom	Âge, diplôme et profession	Statut pénal	Détenu.e depuis	Détenu.e primaire	Soutien de proches	En prison, diagnostic(s) reçu(s) ?	Traitement débuté ?	La surveillance médicale concerne
M. Hamidi	44 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (15 mois)	5 mois	Non	Non	Oui/Non	Oui	Virus de l'hépatite C
M. Hochani	26 ans, BEPC, ouvrier dans le bâtiment	Condamné (2 ans)	1 an et 8 mois	Non	Oui	Oui	En discussion	VIH
M. Ibrahima	51 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (7 ans)	3 ans	Oui	Non	Oui	Oui	Cancer
M. Jarré	60 ans, sans diplôme, retraité (employé à la cantine d'un établissement scolaire)	Condamné (2 mois)	3 semaines	Non	Oui	Non	Non	Maladie cardiovasculaire
M. Karadji	38 ans, BEP viticulture-œnologie, agent d'entretien dans le bâtiment	Condamné (6 mois)	6 mois	Non	Oui	Oui	Oui	Virus de l'hépatite C
M. Kasmi	38 ans, CAP routier, chauffeur-routier	Condamné (4 ans)	2 ans et 3 mois	Non	Oui	Oui/Non	Oui	Virus de l'hépatite C
M. Katashev	34 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (8 mois)	6 mois	Non	Non	Oui	Oui	VIH
Mme Lacombe	24 ans, niveau CAP employée de collectivité, aide à domicile	Condamnée (2 ans)	7 mois	Non	Oui	Non	Non	Asthme, polytraumatismes
M. Lemoine	69 ans, Bac+2, retraité (chef d'entreprise)	Condamné (15 ans)	3 ans	Oui	Oui	Non	Non	Diabète
M. Maillard	34 ans, sans diplôme, bûcheron	Condamné (10 mois)	7 mois	Oui	Oui	Non	Oui	Virus de l'hépatite C
M. Maréchal	70 ans, Bac+4, retraité (propriétaire de restaurants)	Condamné (un an et ½)	1 an et 2 mois	Oui	Oui	Non	Non	Cancer, diabète

Nom	Âge, diplôme et profession	Statut pénal	Détenu.e depuis	Détenu.e primaire	Soutien de proches	En prison, diagnostic(s) reçu(s) ?	Traitement débuté ?	La surveillance médicale concerne
M. Messaoud	20 ans, sans diplôme, sans emploi	Prévenu	3 ans	Oui	Non	Oui	Oui	Virus de l'hépatite C
M. Miller	41 ans, sans diplôme, ouvrier dans le bâtiment	Condamné (2 ans)	1 an et ½	Non	Non	Oui	Oui	Virus de l'hépatite B
M. N'diaye	42 ans, niveau CAP, employé dans la restauration rapide	Condamné (8 mois)	4 mois	Non	Oui	Oui	En discussion	VIH
M. Otmane	46 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (6 mois)	1 semaine	Non	Non	Oui	En discussion	Virus de l'hépatite C
M. Pantoix	56 ans, sans diplôme, sans emploi	Prévenu	2 ans	Non	Non	Non	Non	Diabète
M. Rahmani	38 ans, niveau BEP comptabilité, sans emploi	Condamné (11 mois)	5 mois	Non	Oui	Oui	En discussion	Virus de l'hépatite C, VIH
Mme Revel	45 ans, BEP sanitaire, aide-soignante hospitalière	Condamnée (6 mois)	4 mois	Oui	Oui	Non	Non	Diabète
M. Rossi	27 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (5 ans)	1 an et ½	Non	Oui	Non	Non	Diabète
M. Saadi	23 ans, CAP, ouvrier dans le bâtiment	Condamné (1 an)	_	Non	_	Non	Non	Maladie de Crohn
M. Séchant	42 ans, sans diplôme, ouvrier intérimaire	Condamné (6 mois)	2 mois	Non	Non	Non	Non	VIH
M. Selwam	47 ans, niveau BEPC, mécanicien	Condamné (6 mois)	2 mois	Non	Oui	Oui/Non	En discussion	Virus de l'hépatite C
M. Sodamba	32 ans (puis 34), sans diplôme, sans emploi	Condamné (6 ans)	1 an (puis 2 ans ½)	Oui	Non	Oui/Non	Oui	Virus de l'hépatite B

Nom	Âge, diplôme et profession	Statut pénal	Détenu.e depuis	Détenu.e primaire	Soutien de proches	En prison, diagnostic(s) reçu(s) ?	Traitement débuté ?	La surveillance médicale concerne
M. Sorel	58 ans, sans diplôme, mécanicien	Prévenu	6 mois	Oui	Non	Non	Non	Cancer généralisé, diabète
M. Stocovic	21 ans, Bac, sans emploi	Condamné (4 ans)	3 ans	Non	Oui	Non	Oui	_
M. Tadarev	36 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (4 mois)	2 mois	Non	Non	Oui	Oui	Virus de l'hépatite C, VIH
M. Tourant	29 ans, niveau CAP pâtisserie, sans emploi	Condamné (2 ans)	1 mois	Non	Non	Oui	En discussion	Virus de l'hépatite C
M. Toussaint	28 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamné (10 mois)	3 mois	Non	Oui	Non	Non	_
M. Vernay	47 ans, Bac, gérant d'une entreprise d'informatique	Prévenu	2 mois	Non	Non	Oui	Oui	Ulcère gastrique
Mme Zaoui	49 ans, sans diplôme, sans emploi	Condamnée (2 ans)	7 mois	Non	Non	Non	En discussion	Virus de l'hépatite C

Table des tableaux, graphiques et encadrés

Tableau I. Propriétés des personnes jugées en comparution immédiate 29

Tableau II. Motif légal de la condamnation pénale 50

Tableau III. Fréquence de la mention d'événements de santé 51

Tableau IV. Variables standardisées à partir des observations 91

Tableau V. Quitter librement le tribunal ou être conduit en prison ? L'issue du procès en comparution immédiate 99

Tableau VI. Effets des informations de santé sur le risque d'être directement conduit en prison (plutôt que de quitter « libre » le tribunal) 102

Tableau VII. Effets d'un suivi médical sur le risque d'être directement conduit en prison (plutôt que de quitter « libre » le tribunal) 103

Tableau VIII. Quitter le cabinet avec (ou non) une ordonnance médicale ? L'issue de la visite médicale d'entrée 126

Tableau IX. Volume des médicaments remis aux détenus 250

Tableau X. Fréquences journalières de prise d' (au moins) un médicament 250

Graphique I. Plan de l'infirmerie du Bâtiment A de Rodan 120

Graphique II. L'espace social du travail médical en milieu carcéral 346

Encadré I. Obligations légales incombant aux professionnels de santé 139

Encadré II. De Rodan à Alauposo : les étapes de l'annonce d'un diagnostic à M. Gargarov 219

Encadré III. « C'est pour dormir. Je le revends pas, je le prends. » Négociation et contrôle de la délivrance de médicaments (I) 256

Encadré IV. Relève et tri des courriers de « demande de soins » 277

Encadré V. « À l'extérieur, même pas ça me traverse l'esprit ! »
Une attention aux « anormalités » du corps décuplée en prison 325

Encadré VI. « Ne pas faire d'exception. »
Négociation et contrôle de la délivrance de médicaments (II) 410

Retranscription de la plaidoirie d'un avocat de la défense 112

Retranscription d'une lettre adressée à l'Ucsa d'Alauposo 204

Table des matières

Résumé 3

Remerciements 7

Liste des abréviations 13

Sommaire 15

Introduction 17

Une analyse processuelle du déploiement du pouvoir médical dans et par les institutions judiciaire et carcérale 22

"Là-bas", où les directions du terrain dessinent l'itinéraire de l'enquête : une ethnographie de la chaîne pénale 25

De procès ordinaires aux procès en comparution immédiate 27
Entrer en prison par la porte d'hôpitaux 30
Une ethnographie des services médicaux de trois établissements pénitentiaires 34

1ère Partie. – Des usages du registre de la santé dans des procédures judiciaires et carcérales 41

Chapitre 1. Questionner des "problèmes" de "santé" (I) 45

1. "Levez-vous" : des malades à juger ? 49

2. La construction de la "personnalité" 52

2.1. Catégoriser 52
2.2. Évaluer 54
2.3. Prouver 55

3. La maladie en débat 57

3.1. Le corps dans la balance 58
3.1.1. Séquences des procès en comparution immédiate 58
3.1.2. Un récit de soi : parler d'une santé déficiente 65

3.1.3. Un contrôle de soi : montrer un corps souffrant et des affects 66
3.2. Créditer la maladie, discréditer des prévenus 68
3.2.1. Des “délinquants” ou des “malades” ? 68
3.2.2. Des “malades” ou des “consommateurs” ? 70
3.2.2.1. Adhérer : “Oui, mais je suis traité pour ça maintenant” 70
3.2.2.2. Refuser : “Non, c’est seulement festif” 72
3.2.3. Une “maladie” ou une “stratégie” ? 74
3.3. Dissimuler un diagnostic 75
3.3.1. Trois modes de justification 75
3.3.1.1. La revendication d’un droit à l’intimité 76
3.3.1.2. La crainte d’une stigmatisation 76
3.3.1.3. Le refus de la pitié 77
3.3.2. Ceux qui parlent 78
4. Déterminer une sanction 80
4.1. Quarante ans d’enquêtes sur la construction de la sentence pénale 80
4.2. Une analyse quantitative à partir de notes d’observation 84
4.2.1. Approche ethnographique et pratiques d’échantillonnage 85
4.2.1.1. L’inclusion dans l’échantillon statistique 86
4.2.1.2. Critères de jour, de lieu et d’heure 87
4.2.1.3. L’exclusion de procès de l’échantillon 89
4.2.2. Coder = Juger ? 90
4.2.2.1. Appréhender des jugements ordinaires 92
4.2.2.2. Exemple d’un conflit de catégorisation : l’âge 92
4.2.2.3. Jugements, représentations et primat du droit : les limites de la démarche 94
4.2.3. Réduction de la réalité et généralisation des résultats 96
4.3. Des déterminants santé de la sanction pénale ? 98
4.3.1. Deux issues : quitter librement le tribunal ou être conduit en prison 99
4.3.2. D’un effet global à un effet conditionnel 100
4.3.3. Laisser “libre” les uns, enfermer les autres 104
5. La santé dans la rhétorique judiciaire 105
5.1. La maladie comme priorité 105
5.2. La maladie comme souffrance 107
5.3. La maladie comme contrainte 108
5.4. La prison comme lieu de soin 109
6. Des jugements sociaux pour juger pénalement 113
6.1. Un impératif de crédibilité 113
6.2. Un impératif d’ “insertion sociale” 114
6.3. Un impératif de contrôlabilité 115
Chapitre 2. Questionner des “problèmes” de “santé” (II) 117
1. “Asseyez-vous” : des arrivants en prison à soigner ? 124
2. La construction d’une “opportunité” 128

2.1. Catégoriser 128
2.2. Évaluer 131
2.3. Orienter 132
3. La visite médicale d'entrée 138
3.1. Examiner les conditions de santé des arrivants 138
3.1.1. Une main se tend 139
3.1.2. Un entretien standardisé 142
3.1.3. Les mesures du corps comme référentiels 143
3.2. Prolonger les investigations 144
3.2.1. La consultation de documents médicaux 144
3.2.2. La confirmation d'informations par des tiers 146
3.2.3. La prescription d'examens complémentaires 148
3.3. Le poids des contraintes institutionnelles 152
3.3.1. Séquences des consultations entrants 152
3.3.1.1. (10h28) Première séquence 152
3.3.1.2. (11h02) Deuxième séquence 154
3.3.2. La maîtrise du temps et des flux 156
3.3.2.1. Le nombre de patients 157
3.3.2.2. La durée de l'examen 158
3.3.3. Trois formes d'ajustement de l'interrogatoire médical 159
3.3.3.1. L'adaptation aux patients 160
3.3.3.2. Les réponses aux sollicitations des patients 160
3.3.3.3. L'information aux patients 161
3.3.4. Une rationalisation des jugements médicaux 161
4. Compter les malades 162
4.1. L'institutionnalisation d'une entreprise de connaissance 162
4.2. Des enquêtes sur les conditions de santé de la population carcérale 164
4.2.1. Les acteurs engagés dans la production de données sur la santé des détenus 164
4.2.1.1. Les publiants 165
4.2.1.2. Les soignants-relais 165
4.2.1.3. Les soignants-enquêteurs 166
4.2.2. L'examen d'entrée : un dispositif d'enquête privilégié 168
4.2.2.1. Exhaustivité et standardisation des données 168
4.2.2.2. Complémentarité des producteurs de données 169
4.3. L' "Enquête FibroScan®" conduite à la maison d'arrêt des hommes de Rodan 171
4.3.1. "Grâce à cette mesure […] il est possible de savoir si votre foie est 'normal' " 171
4.3.2. Contraintes sur les enquêtés, enquête contraignante ? 173
4.3.2.1. Bureaucratisation de l'éthique de la recherche scientifique et violence symbolique 173
4.3.2.2. L'éthique « pas-à-pas » d'une enquête ethnographique en prison 175
4.3.3. Produire des données, produire des malades 177
5. La prison dans la rhétorique médicale 178
5.1. "Détecter" : une opportunité de savoir(s) 179
5.2. "Soigner" : une opportunité liée au contexte 182

5.3. “Éduquer” : une opportunité de transformer 183
5.4. Et après ? Une opportunité de “réinsérer” 185
6. Un recrutement actif dans les files actives 188
6.1. Une perspective d’exhaustivité 189
6.2. Une perspective de “santé publique” 190
6.3. Une perspective d’anticipation 191

Conclusion : Problématiser *193*

2nde Partie. – Modalités et effets d’une socialisation à la santé en établissement pénitentiaire **203**

Chapitre 3. Façonner des patients **207**
1. “Tomber.” En prison, et malade 211
2. L’annonce d’un résultat “positif” au test d’entrée 213
2.1. Catégoriser 217
2.2. Expliquer 220
2.3. Traiter 223
3. Une prise en charge totale 230
3.1. Les convocations à l’infirmerie 231
3.1.1. Dentiste, psy et démarches administratives 233
3.1.2. La production de listes de patients 238
3.1.3. Une “activité” comme une autre 241
3.2. La distribution des médicaments 245
3.2.1. Un sale boulot 245
3.2.2. Tous sous traitement ? 249
3.2.3. Le contrôle de la consommation de médicaments 253
3.3. L’expression de besoins médicaux 258
3.3.1. Mettre des mots sur les maux 259
3.3.1.1. La description de “symptômes” 260
3.3.1.2. Une socialisation scripturale 264
3.3.2. Apprendre à être patient (I) 267
3.3.2.1. D’un côté de la porte de la cellule 267
3.3.2.2. De l’autre côté de la porte de la cellule 268
3.3.2.3. Qu’est-ce qu’une “urgence” ? 270
3.3.3. Apprendre à être patient (II) 273
3.3.3.1. La gestion de l’incertitude 273
3.3.3.2. Les opérations de tri du courrier 276
3.3.4. Ceux qui dénoncent 278
4. Incorporer le diagnostic 282

4.1. L'expérience de la maladie à travers le récit de vie 284
4.1.1. Les règles de la méthode sociologique à l'épreuve de la discipline carcérale 284
4.1.1.1. Méthodes de recrutement des patients détenus interviewés 286
4.1.1.2. Des corps sous contrainte 289
4.1.2. Caractéristiques de la population enquêtée par entretien 292
4.1.2.1. Une invisibilisation des femmes détenues 292
4.1.2.2. Des interviewés plus âgés que la plupart des détenus 293
4.1.2.3. Les trajectoires pénales et de santé des interviewés 294
4.1.3. La réalisation des entretiens sociologiques 296
4.1.3.1. L'assimilation à une professionnelle de santé 296
4.1.3.2. Des discours et des lieux : l'entretien comme situation d'observation 298
4.1.3.3. Parler de sa santé à une "sociologue de l'Ucsa" 300
4.2. Apprendre le diagnostic mot-à-mot, par cœur, puis par corps 302
4.2.1. Première étape : "Voilà, j'ai l'hépatite" 302
4.2.2. Deuxième étape : "C'est tout dans la mémoire" 306
4.2.3. Troisième étape : "Je fais attention à tout" 308
5. La formation d'un discours sur soi 314
5.1. Un pouvoir de mise en récit 314
5.1.1. "C'est ici que j'ai vraiment appris que je l'avais" 315
5.1.1.1. Les deux diagnostics annoncés à M. Darmane 316
5.1.1.2. Un "truc faux" qui devient "vrai" 319
5.1.2. Les incohérences, des traces d'un ré-ordonnancement biographique 319
5.1.2.1. Des enquêtés "incohérents" ? 320
5.1.2.2. L'entretien biographique, une épreuve de mise en cohérence de soi 321
5.1.2.3. Une épreuve de cohérence dans une situation de ré-ordonnancement biographique 323
5.2. L'interprétation de sa trajectoire 326
5.2.1. Une psychologisation de soi 327
5.2.1.1. "Moi Madame, mon histoire elle est simple" 328
5.2.1.2. "J'ai pas réussi à régler le problème, interne comme externe" 329
5.2.1.3. Une prime socialisation à la discipline psychologique 331
5.2.2. Le récit d'un "détenu modèle" 332
5.2.2.1. L'entrée dans la toxicomanie 333
5.2.2.2. À la recherche d'une autonomie perdue 335
5.2.2.3. L'homme assis dans le box 336
5.2.2.4. La seconde annonce 337
5.2.2.5. La prison, modes d'emploi 338
5.2.2.6. Soi-même comme une "autre personne" 340
6. Les sens des activités médicales 342
6.1. L'espace social du travail médical en milieu carcéral 342
6.1.1. Des principes de division : catégorisations émiques 342
6.1.2. Les patients détenus : une représentation graphique 345
6.1.2.1. Une médicalisation des plus pauvres et désaffiliés des détenus 347
6.1.2.2. La socialisation carcérale tardive de patients détenus 347
6.2. Des perceptions selon l'âge et l'intensité de la socialisation carcérale 349
6.2.1. Les "vieux" : une soumission aux ordres disciplinaires 349

6.2.1.1. M. Boyer : "C'est pas un univers que je connais, croyez moi" 350
6.2.1.2. L'activation d'une disposition élitiste 352
6.2.1.3. L'application d'une règle morale 361
6.2.2. Les "jeunes" : une transgression des ordres disciplinaires 364
6.2.2.1. M. Gassem : "J'étais quand même curieux de la prison, mon beau-père y avait été" 366
6.2.2.2. L'amplification d'une disposition calculatrice 369
6.2.2.3. L'expression d'une défiance réciproque 375
6.2.3. Les "anciens" : une promotion des ordres disciplinaires 376
6.2.3.1. M. Chambert : "La détention, c'est plus ce que c'était" 378
6.2.3.2. L'intériorisation d'une disposition moraliste 380
6.2.3.3. Des transferts de légitimité 382
6.3. Des perceptions selon la position sociale et les conditions de la médicalisation 385
6.3.1. Les "gens biens" : des marges de liberté 386
6.3.1.1. M. Caire : "Moi je me connais, si j'ai des problèmes je me soigne moi-même" 387
6.3.1.2. Des dispositions de santé valorisées par les soignants 391
6.3.1.3. L'affranchissement des plus dotés socialement 395
6.3.2. Les "tox"' : une mortification paroxystique 399
6.3.2.1. M. Borain : "Un médecin va m'aider à avoir l'AAH : on essaye de mettre ça en place ici" 403
6.3.2.2. Des dispositions de santé hybridées par le traitement carcéral 408
6.3.2.3. L'assujettissement des plus pauvres et désaffiliés 413

Conclusion : Normaliser ? *421*

Conclusion **425**

Références bibliographiques **431**

Annexes 467

Tableau des propriétés des patients détenus interviewés 489

Table des tableaux, graphiques et encadrés 495

Résumé : La prison fait l'objet d'un nombre croissant de publications biomédicales depuis les années 1980, en France, comme dans la plupart des pays occidentaux industrialisés, mettant l'accent sur les prévalences élevées de certaines affections chroniques parmi la population carcérale. Comment se fait-il que tant de personnes emprisonnées ont des « problèmes » de « santé » ? Cette thèse entreprend de répondre à cette question en appréhendant la santé non pas comme un état, mais comme une norme. À partir d'une enquête ethnographique associant observations de pratiques judiciaires, monographies des services médicaux d'établissements pénitentiaires, entretiens, statistiques et étude de corpus d'articles scientifiques, elle s'attache à montrer, pas-à-pas, selon une approche processuelle, comment la chaîne pénale produit des « malades » en confrontant les individus saisis par ses dispositifs à des normes de santé et à des savoirs médicaux. À la croisée d'une sociologie des institutions, d'une sociologie de la médecine et d'une sociologie de la connaissance, en étant à la fois attentive à des pratiques bureaucratiques, à la construction de décisions (pénales, gestionnaires et médicales), aux conditions concrètes de réalisation d'études biomédicales en maison d'arrêt et à leurs effets, à des rhétoriques judiciaires et scientifiques, aux activités professionnelles qui constituent le soin en prison et à l'appropriation socialement différenciée de ce travail par les détenus, l'enquête permet de comprendre comment le pouvoir médical se déploie, au présent, de façon discrète et diffuse, dans et par des institutions ne se donnant pas pour première mission de soigner.

Mots clés : Ethnographie, pouvoir médical, justice pénale, prison, santé, médicalisation, analyse processuelle.

* * *

Abstract: In France, as in most Western countries, prison has been the subject of a growing number of biomedical publications since the 1980s that emphasize the high prevalence of certain chronic conditions among the prison population. Why do so many prisoners have "health" "problems"? This dissertation undertakes to answer this question by approaching health not as a state, but as a norm. At the intersection of the sociology of institutions, the sociology of medicine and the sociology of knowledge, it draws on an ethnographic study combining observations of judicial practices, monographs of prison medical services, interviews, statistics and analyses of scholarly articles. Through a processual approach, it shows how the penal system produces "ill persons" by confronting the individuals caught by its devices with health norms and medical knowledge. By attending to the bureaucratic practices, to the construction of (criminal, managerial and medical) decisions, to the concrete conditions under which biomedical studies are conducted in prison as well as their effects, to the judicial and scientific discourses, to care activities and to the appropriation of such care by prisoners according to their social background, the present investigation allows for an understanding of how medical power currently unfolds, in a discreet and diffuse fashion, in and by institutions that do not primarily mean to cure.

Key words: Ethnography, medical power, criminal justice, prison, health, medicalization, processual approach.