



MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



L'administration pénitentiaire au défi de la crise de Covid-19

Actes des journées d'études internationales de la DAP
des 9 et 10 décembre 2021

Collection Travaux & Documents – n°91

Table des matières

4 ◀

Propos introductifs

8 ◀

L'épidémie de choléra dans les prisons françaises en 1832

16 ◀

La politique de lutte contre les épidémies carcérales dans les prisons françaises, 1944-1994

44 ◀

La grippe espagnole de 1918-1919 et sa gestion par les autorités

56 ◀

Les prisons du monde face à l'épidémie de Covid-19

60 ◀

Statistiques pénitentiaires et Covid-19

68 ◀

Les prisons luxembourgeoises face à l'épidémie de Covid-19

74 ◀

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation du Haut-Rhin face à la crise sanitaire : retour d'expérience

79 ◀

L'expérience des chefs d'établissement au temps de la Covid-19

87 ◀

Pandémie de Covid-19 dans les prisons suisses

87 ◀

Prisons, mesures sanitaires et statistiques en Suisse, 2020-2022

96 ◀

Des détenus « sujets » de recherche : la participation à une étude clinique sur la Covid-19 en prison

114 ◀

Quels droits au temps de la Covid-19 ?

120 ◀

Les familles de personnes détenues face à la crise de Covid-19

125 ◀

Les prisons italiennes face à l'épidémie de Covid-19

130 ◀

Après l'épidémie : la Covid-19 et la réponse pénitentiaire

► Propos introductifs

Je tiens à remercier le public pour sa présence ainsi que les intervenants de ces journées d'études internationales de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP). Organisées chaque année au mois de décembre sur une journée et demie, les journées d'études internationales de la DAP ont pour vocation de diffuser les résultats des recherches scientifiques dans le champ des études pénales et pénitentiaires et de les rendre accessibles à tous.

Associant chercheurs et professionnels, elles témoignent de l'effort de « traduction » réalisé par la DAP, et plus particulièrement par le Laboratoire de recherche et d'innovation (EX4) qui les organise. Les journées d'études internationales de la DAP permettent aux agents de l'administration pénitentiaire de s'approprier les acquis de la recherche et de les mobiliser dans l'accomplissement de leurs missions et aux chercheurs de discuter de leurs résultats avec des acteurs de terrain. Interinstitutionnelles, interdisciplinaires et internationales, les journées d'études internationales de la DAP attestent de la grande ouverture de l'administration pénitentiaire au débat.

Depuis 13 ans, les journées d'études internationales de la DAP portent sur des enjeux essentiels pour l'administration pénitentiaire. Les thèmes retenus les années précédentes l'illustrent parfaitement :

- Espaces de détention. Territoires, patrimoine et lieux vécus, en 2016 ;
- La santé mentale en prison, en 2017 ;
- Les représentations que les Français ont de la prison, en 2018 ;
- L'évaluation des personnes placées sous main de justice, en 2019.

Après nous avoir contraints à annuler l'édition 2020, la crise sanitaire liée à la Covid-19 s'est imposée comme thème pour les journées d'études internationales de la DAP de 2021. L'épidémie de Covid-19 bouleverse notre société depuis bientôt un an et demi. L'administration pénitentiaire n'a pas échappé à cette crise, en détention comme en milieu ouvert. Ces journées d'études internationales de la DAP visent à interroger l'ensemble des effets de la crise sanitaire sur l'activité de l'administration pénitentiaire.

Une perspective de long terme et interdisciplinaire sera adoptée. De long terme, car la recherche nous enseigne que l'histoire des épidémies est consubstantielle à celle des prisons. Interdisciplinaire, car les effets de l'épidémie de Covid-19 et les réponses de l'administration pénitentiaire méritent d'être analysées à partir de perspectives plurielles. Des professionnels de terrain et des chercheurs en sciences humaines (historiens, juristes, sociologues, psychologues) échangeront autour de trois questionnements majeurs qui structureront ces journées d'études internationales de la DAP.

Les enjeux sanitaires, d'abord. L'univers carcéral paraît souvent propice aux épidémies. Lors du premier confinement, la crainte était forte que les établissements pénitentiaires ne deviennent des foyers actifs de contamination. À l'heure où l'épidémie semble reculer, il apparaît crucial d'objectiver la prévalence de la Covid-19 en prison, tant parmi les détenus que parmi les personnels, et d'expliquer ces niveaux de contamination. Il importe en outre d'examiner comment la crise a perturbé la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Je vous invite d'ailleurs à ce sujet à consulter le *Cahier d'études pénitentiaires et criminologiques* portant sur l'histoire des épidémies en milieu carcéral réalisé par le Laboratoire de recherche et d'innovation.

Les enjeux professionnels, ensuite. La crise sanitaire a fortement affecté les conditions de travail des agents de l'administration pénitentiaire à tous les niveaux, tant en prison qu'en milieu ouvert. On cherchera dès lors à comprendre comment les pratiques professionnelles se sont adaptées aux règles sanitaires. On se demandera également dans quelle mesure les relations entre les professionnels et les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ont pu être modifiées dans un tel contexte.

Les enjeux organisationnels, enfin. Pendant le premier confinement, la Covid-19 a fortement perturbé le fonctionnement des prisons - suspension des parloirs, du travail et des activités -, bouleversant l'expérience des personnes détenues et leur accès au droit. Pour contrer l'épidémie, la production de normes s'est faite à l'interface entre administration centrale et services déconcentrés. Ces journées d'études internationales de la DAP sont donc l'occasion d'analyser comment l'administration pénitentiaire a fait face aux défis de gestion et de gouvernance posés par la crise sanitaire, et d'esquisser des recommandations dans une démarche prospective.

Ces journées d'études sont également l'occasion de présenter les résultats de trois recherches scientifiques pilotées par la DAP :

- La recherche épidémiologique *Covid et établissements* (COVIDET) placée sous la direction scientifique de Guillaume Mellon, praticien hospitalier infectiologue à l'établissement public de santé national de Fresnes ;
- La recherche sociologique *Covid et prisons* (COVIPRI) placée sous la direction scientifique de Lara Mahi, maîtresse de conférences à l'Université Jean Monnet-Saint-Étienne ;
- La recherche juridique *Climat pénitentiaire en situation de crise* placée sous la direction scientifique d'Éveline Bonis et de Virginie Peltier, professeures à l'Université de Bordeaux.

Je vous souhaite de fructueux échanges.

Laurent Ridel,
directeur de l'administration pénitentiaire



► L'épidémie de choléra dans les prisons françaises en 1832

Céline Delétang, secrétaire de documentation
aux Archives nationales

Depuis le début du XIX^e siècle, on recense sept épidémies de choléra. La seconde pandémie, dite de choléra-morbus (1829-1837), a débuté en 1826 dans la colonie britannique du Bengale et a suivi les grands axes de circulation commerciaux et militaires de l'époque. Entre 1830 et 1832, l'Asie du Nord-Est, une grande partie de l'Europe centrale et du Nord ainsi que l'est de l'Amérique du Nord sont atteints¹. On ne connaît alors ni l'origine du choléra - la bactérie *vibrio cholerae* est découverte par Filippo Pacini en 1854 puis par Robert Koch en 1883 - ni ses modes de contamination, essentiellement par l'eau et les aliments.

Deux théories s'affrontent parmi les scientifiques : les infectionnistes (ou aéristes) attribuent la maladie à des conditions climatiques spécifiques ou à des miasmes se développant dans les lieux insalubres, alors que les contagionnistes privilégient l'hypothèse d'une contamination par un germe ou agent (nommé contagé) de personne à personne. En Europe, la découverte de ce mal meurtrier et jusque-là inconnu suscite des peurs, des rumeurs et des théories du complot. En France, entre mars et septembre 1832, l'épidémie de choléra fait plus de 100 000 morts, dont plus de 18 000 à Paris où, le 16 mai, le président du Conseil lui-même, Casimir Périer, décède après avoir visité des malades.

Aux Archives Nationales, un dossier intitulé « Prisons-Choléra » est conservé dans la sous-série F/16 réservée aux archives du bureau des prisons, placé sous l'autorité du ministère de l'Intérieur depuis 1795 et brièvement rattaché, entre 1831 et 1834, au ministère du Commerce et des travaux publics, dont le ministre, le comte d'Argout, est également en charge de la police sanitaire. Pendant cette période, qui est aussi celle de l'épidémie de choléra, le bureau des prisons est dirigé par Ardit, ancien directeur de la maison centrale de Melun. Il doit gérer la crise épidémique de 1832 en prenant des mesures générales transmises par circulaires aux préfets qui lui font, de leur côté, remonter les états de situation et les difficultés locales. Il est donc possible à travers ces échanges de correspondance, complétées par d'autres sources (notamment les rapports des procureurs au ministre de la Justice conservés dans la sous-série BB/18 ou les dossiers des bâtiments civils dans la sous-série F/13), de retracer la prise en charge de l'épidémie dans les prisons par les autorités locales et centrales et d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : en amont de l'épidémie, quelles sont les premières mesures prises pour prévenir l'« invasion » du choléra ? Puis, lorsque l'épidémie se déclare, où et comment les malades sont-ils traités ? Enfin, quel est le bilan de la « marche » du choléra dans les prisons ?

1. Prévenir l'invasion : les premières mesures de désencombrement (transferts et grâces)

Dès avant l'arrivée du choléra en France, l'alerte est donnée par les procureurs généraux qui visitent les établissements pénitentiaires de leur ressort lors de leurs tournées judiciaires. Un dossier est ainsi ouvert suite à la note du procureur général d'Aix dès le 21 janvier 1832 sur la maison centrale d'Embrun considérée comme l'un des « foyers de propagation les plus ardents [du fait de l']accumulation d'individus, [de la] misère, [du] moral corrompu, [du] penchant à l'ivrognerie et [de] tout ce qui peut faire craindre une augmentation des miasmes et infections². »

Le Conseil supérieur de santé, mis en place par la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire et composé de 12 membres nommés par le Roi, émet cependant des réserves sur ces craintes : « [...] dans toutes les calamités du genre de celle dont on redoute aujourd'hui l'approche, les citadelles, les prisons, les pensionnats, les couvents soumis à une clôture réelle, ont été constamment préservés parce qu'il est facile d'obtenir un isolement complet et de ne recevoir qu'avec précaution les aliments et objets de consommation indispensables ». Les seules raisons d'inquiétude restant l'insalubrité, l'encombrement, le renouvellement de l'air et la propreté des locaux. Le ministre de la Justice répond au procureur général que ses appréhensions ne sont donc pas fondées et qu'« à l'aide de quelques précautions, on est plus à l'abri du choléra dans les prisons que partout ailleurs », mais il prend note des propositions de répartition des détenus dans d'autres prisons et d'élargissement émises par le conseil.

Les transferts et libérations de prisonniers constituent deux mesures de désencombrement des prisons accélérées par l'arrivée du choléra à Paris : 4 cas y sont recensés le 26 mars 1832 et 2 cas à prison de la Conciergerie le 1^{er} avril : « J'apprends à l'instant que 2 cas de choléra se sont manifestés ce soir à la prison de la Conciergerie et qu'un des malheureux qui en a été attaqué vient d'expirer³. »

Dans la prison parisienne des détenus politiques de Sainte-Pélagie, une révolte éclate le 1^{er} avril, appuyée de l'extérieur par la Société des Amis du Peuple. Lors de cette émeute, plusieurs détenus sont blessés et un prisonnier républicain tué par la garde municipale⁴. Le lendemain, le ministre du Commerce demande au ministre de l'Instruction publique et des Cultes le transfert de la population de Sainte-Pélagie « dans un séminaire ou collège actuellement inoccupé et bien clos⁵ » pour désencombrer la prison. Le 3 avril, il propose également au préfet de police d'affecter les condamnés à des peines supérieures à un an aux maisons centrales de Melun, Poissy et Clermont. Seuls « quelques correctionnels à plus d'un an ont été autorisés à rester dans les prisons de Paris sous la condition de pourvoir à leur dépense⁶. »

Mais ces transferts suscitent aussi des craintes : le Préfet de Seine-et-Marne souhaite qu'« aucun transfert de condamnés de la circonscription, surtout ceux du département de la

1 - Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot, *Une peur bleue : histoire du choléra en France, 1832-1854*, Payot 1987.

2 - Archives nationales de France (désormais AN), BB/18/1325, dossier 6693 A 7.

3 - AN, F/7/3886, *Bulletin de Paris* du 1^{er} avril 1832.

4 - *Gazette des tribunaux*, 2 avril 1832, p. 1. ([lien](#) consulté le 22.12.2021).

5 - AN, F/13/740, lettre du ministre du Commerce et des travaux publics du 2 avril 1832.

6 - AN, F/16/521, lettre du ministre du Commerce et des travaux publics du 3 avril 1832.

Seine, ne soit, jusqu'à nouvelle autorisation, transféré dans la maison centrale de Melun. L'introduction, dans cet établissement, d'individus malades ou prédisposés au choléra, pouvant compromettre la salubrité, qui règne en ce moment⁷. »

En effet, le pic épidémique est atteint à Paris le 9 avril 1832 avec 814 décès, dont le tambour de la chaîne des condamnés aux travaux forcés pour le bagne de Toulon. Cette chaîne, partant de la prison de Bicêtre à Gentilly, suscite rumeurs et appréhensions en province. Le journal du commissaire de la chaîne note à la date du 18 avril : « l'autorité locale de Dijon, voulant rassurer les habitants de cette ville qui craignaient que les condamnés ne fussent atteints du choléra, a fait dresser une tente hors d'un faubourg de la ville, le long du canal, pour y loger la chaîne, et a fait délivrer un supplément de paille à ses frais⁸. » À l'arrivée de la chaîne le 14 mai à Toulon, aucun cas de choléra n'est cependant signalé.

Outre les transferts de détenus, une deuxième mesure est prise pour désencombrer les prisons : les libérations et remises de peine.

À Paris, une remise de grâce « pleine et entière » est accordée par le roi le 9 avril à 101 condamnés détenus de Sainte-Pélagie et à 74 détenus de la Force⁹.

À Amiens, le procureur général demande le 13 avril 1832 au ministre de la Justice « de réclamer auprès de sa majesté la remise du reste de leur peine pour ceux des détenus dont l'existence en prison pourrait produire un trop-plein, d'où résulteraient de graves appréhensions que la maladie n'y fit de nombreuses victimes¹⁰. ». Le 3 mai 1832, une circulaire du garde des Sceaux prescrit, suite à une proposition du procureur général de Colmar, l'élargissement des détenus condamnés pour délits forestiers, contraventions aux lois des douanes et contributions indirectes, vagabonds et mendiants « dont le dénuement, la misère extrême entretiennent dans ces lieux des germes putrides et malfaisants que la plus grande vigilance des gardiens ne peut détruire¹¹. ».

Si les transferts et les grâces permettent de désencombrer les prisons, ils ne suffisent pas à prévenir l'invasion du choléra et sont complétés par des mesures sanitaires prises d'abord par les autorités locales et les comités locaux de salubrité établis dans chaque chef-lieu d'arrondissement et dans chaque prison.

Ainsi, à la maison centrale de Clairvaux, le directeur de la prison convoque le 4 avril 1832 un conseil de santé composé de l'inspecteur, du médecin, du chirurgien et du pharmacien¹². Les rapports de ces comités locaux sont transmis aux autorités centrales par les préfets et soumis à l'approbation de la Commission centrale de salubrité. Instituée le

20 août 1831, elle est convoquée de manière extraordinaire le 31 mars 1832 en présence du ministre du Commerce et des travaux publics, du préfet de police, du préfet de la Seine et du Conseil supérieur de santé. La Commission centrale de salubrité approuve par exemple le 4 avril un rapport sur les précautions sanitaires à la maison centrale de Melun qui renferme 1000 détenus : ce rapport, établi par le préfet le 31 mars préconise des fumigations guytoniennes¹³, une nouvelle répartition des détenus dans les dortoirs, l'usage journalier d'eau chlorurée dans tous les locaux, le blanchissage à la chaux des salles des ateliers, la fourniture de chaussettes de laine, de ceintures de laine, la distribution d'une soupe grasse une fois de plus par semaine et tous les matins d'une ration de vin amer par jour et par individu valide¹⁴, le vin étant alors considéré comme tonique et favorable aux « estomacs amaigris » comme le sont généralement ceux des détenus¹⁵. »

Le même jour, 4 avril 1832, la signature du ministre est demandée en urgence pour « faire aujourd'hui même une circulaire aux maisons centrales pour la nourriture, les vêtements, le nettoyage et les mesures de salubrité¹⁶ » : la circulaire n° 17 du 6 avril 1832 signée du comte d'Argout prescrit aux préfets de prendre pour les maisons centrales et les prisons départementales, sur le modèle des mesures prises à Paris, « les moyens qui ont paru les plus propres à prévenir l'invasion du choléra ou en atténuer les effets¹⁷. »

Cette circulaire distingue deux types de mesures : d'une part, les précautions hygiéniques à prendre immédiatement (désinfection, conservation des vêtements d'hiver, alimentation sans jeûne ni boissons alcoolisées), d'autre part les mesures à prendre si la maladie se déclare (fourniture de ceintures de laine). Elle prescrit également que les préfets rendent compte tous les quinze jours de l'état sanitaire des maisons centrales dans des bulletins sanitaires.

Se pose le problème du financement de ces mesures : certaines dépenses peuvent être imputées aux entrepreneurs qui prennent en charge le travail et l'entretien des détenus, en échange d'un prix de journée, comme les dépenses courantes pour l'alimentation, les vêtements et l'infirmerie. En revanche, les dépenses qui ne sont pas prévues au cahier des charges des entrepreneurs doivent être soumises à l'approbation du ministre. Par exemple à Clairvaux, « le bain de savon paraît inutile, et un bain ordinaire peut suffire¹⁸. »

Les travaux d'agrandissement et d'assainissement font l'objet de devis, également soumis à l'approbation du bureau des prisons. Un plan de l'entresol et du premier étage de la prison des hommes de Clairvaux, dressé le 9 avril 1832 est ainsi joint à un devis avec les indications des murs à démolir pour agrandir les dortoirs. Le préfet indique dans son rapport

7 - AN, F/16/448, lettre du préfet de Seine-et-Marne du 12 avril 1832.

8 - AN, F/16/504, journal du commissaire du 18 avril 1832.

9 - *Gazette des tribunaux*, 9 avril 1832, p. 4. ([lien](#) consulté le 22.12.2021).

10 - AN, BB/18/1205, dossier 7040 A 7.

11 - AN, BB/18/1205, dossier 7040 A 7.

12 - F/16/521, rapport du préfet de l'Aube du 4 avril 1832.

13 - Il s'agit de fumigations chimiques d'acide muriatique expérimentées, avec des effets foudroyants, par le chimiste dijonnais Guyton de Morveau en 1773 à la prison de Dijon où 31 détenus étaient morts de la fièvre des prisons.

14 - AN, F/16/521, rapport du préfet de Seine-et-Marne du 31 mars 1832.

15 - AN, F/16/521, rapport du préfet de Seine-et-Marne du 31 mars 1832.

16 - AN, F/16/521, note du 4 avril 1832.

17 - AN, F/16/521, circulaire du 6 avril 1832.

18 - AN, F/16/521, rapport du préfet de l'Aube.

que « l'exiguïté de ces chambres et le nombre de détenus qu'elles recevaient tendaient à les rendre insalubres par cela même que l'air ne pouvait y être suffisamment renouvelé¹⁹. »

Les travaux d'assainissement concernent la ventilation pour renouveler l'air dans les dortoirs et les ateliers, l'évacuation des eaux usées, la réparation et la construction de latrines. À Eysses, le préfet du Lot-et-Garonne approuve le 14 avril le devis de 1434 francs établi par l'architecte du département Bourrières pour des travaux d'assainissement urgents, dont le recarrelage des latrines et l'« établissement de tuyaux d'évents jusqu'au-dessus du toit²⁰ » destinés à empêcher la diffusion d'air infecté à l'intérieur des prisons.

À Paris, les travaux de salubrité effectués en urgence sont approuvés par le Conseil des bâtiments civils : il s'agit, entre autres, de la ventilation de l'infirmerie des hommes à la Conciergerie, de la reconstruction des voûtes à la prison de la Force, de la transformation de deux anciennes chapelles en dortoir pour doubler les lits, du blanchiment de tous les murs au lait de chaux et de la fourniture de 300 torchons, 2500 paires de chaussettes en laine et 200 couchettes en fer²¹. Les dépenses pour ces mesures et travaux sont en partie couvertes par un crédit extraordinaire de 2 millions alloué par la loi du 15 avril 1832 au ministre du Commerce pour les « mesures à prendre et les secours à distribuer pour combattre la propagation de l'épidémie²². » Elles font l'objet d'une circulaire du 27 octobre 1832 « sur les dépenses extraordinaires des prisons et les décès qui y ont eu lieu par suite du choléra » : celle-ci prévoit que chaque préfet envoie au bureau des prisons un tableau indiquant les dépenses engagées, la population et le nombre de décès (attribués au choléra et à d'autres maladies) dans chacune des prisons de leur département, ainsi que le jour de l'invasion du choléra et celui où il a cessé d'être observé. Le tableau distingue les dépenses payées par le département des dépenses payées sur d'autres fonds, pour « les travaux et dépenses d'assainissement, l'amélioration du régime alimentaire, la distribution extraordinaire de vêtements, le chauffage extraordinaire, le chlorure désinfectant, les indemnités à divers infirmiers²³. »

Ce tableau est « néant » dans certains départements, comme la Côte-d'Or, l'Hérault ou le Bas-Rhin où le choléra ne s'est pas déclaré, contrairement à la Seine-Inférieure ou à la Somme, où l'acquisition de vêtements et de couvertures en laine a été financée sur les fonds de charité des villes de Péronne et Montdidier²⁴.

Une fois le choléra entré en prison, où et comment les malades sont-ils traités ?

2. Traiter les malades

Les malades sont traités dans les infirmeries des prisons qui en sont dotées ou transférés à l'hôpital. C'est le cas dans la Somme où il est impossible d'établir des infirmeries pour les détenus cholériques dans les prisons qui ne sont ni assez vastes, ni assez saines. Le préfet indique avoir pu seulement distraire aux dortoirs de la maison de réclusion et de santé des aliénés, vénériens et galeux une salle de 10 à 12 lits pour y placer des détenues atteintes du choléra. Le 8 mai 1832, les quatre détenus malades de la maison de correction d'Amiens dite de Bicêtre ont été « transportés à l'Hôtel-Dieu où ils sont soignés dans une salle séparée, et scrupuleusement surveillée, car il n'existe point d'infirmerie dans l'étroite prison de Bicêtre », malgré la crainte des évasions : « il faudrait éviter qu'un détenu ne simulât sa maladie pour tenter plus facilement de s'évader²⁵. »

Les traitements mélangent en général les méthodes de stimulation par des potions toniques et la médecine physiologique qui consiste à faire disparaître l'inflammation par des sangsues et des saignées²⁶. Au Mont-Saint-Michel, un cas de pneumonie accompagnée de plusieurs symptômes du choléra (cyanose de la face, crampes violentes, vomissements et déjections alvines très abondantes), a été traité par des « ventouses et des sangsues, des calmants, des cataplasmes et des lavements²⁷ », comme à la maison centrale de Poissy. Le détenu du Mont-Saint-Michel, convalescent, a finalement quitté la maison centrale à expiration de sa peine, 21 jours après son entrée à l'infirmerie. D'après les rapports annuels des médecins sur les maladies, leurs causes et les moyens d'en diminuer l'intensité remis aux directeurs des maisons centrales puis transmis au bureau des prisons par l'intermédiaire des préfets, de nombreux départements ont été épargnés : aucun décès dû au choléra n'est signalé à Ensisheim, Montpellier, le Mont-Saint-Michel, à Clairvaux, Cadillac où le médecin Blondeau craignait pourtant « le hideux choléra [qui] avait couvert de deuil la capitale de la France²⁸. »

Les préfets envoient aussi chaque quinzaine au bureau des prisons, en application de la circulaire du 6 avril 1832, des bulletins sur la situation sanitaire des maisons centrales avec un tableau récapitulatif du nombre de malades (par date) et de la situation (morts, convalescents, guéris). À Haguenau, « les fièvres n'offrent rien d'épidémique²⁹ ». La disparité observée dans les tableaux des dépenses, les rapports des médecins et les bulletins des préfets reflète la carte de la marche du choléra qui s'est propagé sur trois grands axes à partir de Paris, en direction du nord, de l'est et du sud-ouest, en faisant tache d'huile sur l'ensemble du Bassin parisien³⁰. C'est la Seine qui reste en effet le département le plus touché par le choléra, avec, selon le tableau dressé le

19 - AN, F/16/521, plan du 9 avril 1832.

20 - AN, F/16/407.

21 - AN, F/13/740.

22 - *Bulletin des lois de la République française*, 1832, p. 162.

23 - AN, F/16/521.

24 - AN, F/16/521.

25 - AN, F/16/521.

26 - Patrice Bourdelais, *op. cit.*, p. 139.

27 - AN, F/16/107.

28 - AN, F/16/107.

29 - AN, F/16/521.

30 - Patrice Bourdelais, *op. cit.*, p. 80.

27 décembre 1832 par le préfet de police, 72 décès sur une population d'environ 3 200 individus, soit une mortalité de 22,5 pour mille contre 23,42 pour la capitale³¹. Dans le rapport du préfet, une note indique : « que, si l'on excepte la population du dépôt de Saint-Denis où la mortalité est toujours considérable à cause du grand âge et des infirmités des détenus dans cette maison, il n'y a eu que 22 décès du choléra dans les prisons de la Seine (2 à Bicêtre et à Sainte Pélagie, 10 à Saint-Lazare, 6 à La Force, 3 à la maison de Justice, 1 au dépôt près la Préfecture)³². »

Les explications données par les préfets à cette faible mortalité en prison sont multiples.

À Clairvaux ces « heureux résultats obtenus jusqu'alors [sont dus] à l'activité et aux soins de l'administration de Clairvaux ainsi qu'à l'empressement que l'entrepreneur a mis à la sekunder³³ », à Melun, au « genre de vie réglée des détenus et l'impossibilité de se livrer aux excès de boisson, propreté des lieux, les mesures prises avant l'invasion (l'arrosage de chlore et les fumigations guytoniennes dans les ateliers) et la défense faite de vendre à la cantine des aliments nuisibles³⁴ ».

À Poissy, un détenu transféré de Sainte-Pélagie est atteint du mal dans la nuit du 8 au 9 avril, puis 11 détenus contractent la maladie et 4 décèdent : cette mortalité est alors attribuée à l'âge des malades (de 50 à 68 ans) et à leur « constitution affaiblie et usée par le séjour des prisons, des maladies antérieures et des chagrins³⁵ ».

Si les mesures préventives (désencombrement des prisons par les grâces et remises de peines et par les transferts de détenus, hygiène et amélioration du régime alimentaire, travaux d'assainissement) auraient permis aux « prisons et maisons centrales d'être remarquablement épargnées » comme l'indique le préfet de Seine-inférieure, il faut manipuler ces chiffres avec précaution et les confronter à d'autres sources. Une des pistes de recherche consisterait à comparer la mortalité dans les prisons, telle qu'elle est comptabilisée dans les tableaux des dépenses, les bulletins sanitaires des préfets et les rapports annuels des médecins contenus dans la sous-série F/16 avec les statistiques générales de décès par département et les sources conservées aux Archives départementales.

31 - Ange-Pierre Leca, *Et le choléra s'abattit à Paris*, Paris, Albin Michel, 1982, p. 317.

32 - AN, F/16/521.

33 - AN, F/16/521.

34 - AN, F/16/521.

35 - AN, F/16/521.

Bibliographie

- Patrice Bourdelais, Jean-Yves Raulot, *Une peur bleue : histoire du choléra en France, 1832-1854*, Paris, Payot 1987.
- [*Bulletin des lois de la République française*](#), Paris, Imprimerie nationale, 1832.
- Christian Carlier, «*La balance et la clef. Histoire du rattachement de l'administration pénitentiaire au ministère de la Justice*», *Criminocorpus* [En ligne], Varia, mis en ligne le 6 décembre 2011, consulté le 24 mai 2021.
- Alain Corbin, «*Purifier l'air des prisons*», in Jacques-Guy Petit (dir.), *La prison, le bagne et l'histoire*, Paris/Genève, Librairie des Méridiens, Médecine et Hygiène, 1984, p. 151-156.
- Alain Faure, [*Conflits politiques et sociaux au début de la monarchie de juillet*](#), 1830-1834, 1971, 186 p.
- [*La Gazette des tribunaux, Journal de jurisprudence et des débats judiciaires*](#).
- Henri Gisquet, [*Mémoires de M. Gisquet, ancien préfet de police*](#), t. 1, 1840.
- Jacques Léonard, «*Les médecins des prisons en France au XIX^e siècle*», in Jacques-Guy Petit (dir.), *La Prison, le bagne, l'histoire*, Paris, Librairie des Méridiens, 1984, p. 141-151.
- Louis-Mathurin Moreau Christophe, [*Code des prisons*](#). 1670 à 1845, tome 1, 1845, *Musée Criminocorpus*.
- Jacques-Guy Petit, *Ces peines obscures. La prison pénale en France (1789-1875)*, Paris, Fayard, 1990.
- Sylvain Rappaport, *La chaîne des forçats : 1792-1836*, Paris, Aubier, 2006.
- [*Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et les communes rurales du département de la Seine : année 1832 par la Commission nommée, avec l'approbation de M. le ministre du Commerce et des travaux publics, par MM. les préfets de la Seine et de police*](#), Imprimerie royale, 1834.
- Karine Salomé, «*Le massacre des «empoisonneurs» à Paris au temps du choléra (1832)*», *Revue historique*, 2015/1 (n°673), p. 103-124.
- [*La Tribune des départements*](#).
- Jean-Claude Vimont *La prison politique en France. Genèse d'un mode d'incarcération spécifique (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos-Economica, 1993.
- Jean-Claude Vimont, «*Respect de la «Privacy» et détention politique en France*», *Criminocorpus* [En ligne], Justice et détention politique, Le régime spécifique de la détention politique, mis en ligne le 18 novembre 2013.

► La politique de lutte contre les épidémies carcérales dans les prisons françaises, 1944-1994³⁶

Jean-Lucien Sanchez, chargé d'études en histoire au Laboratoire de recherche et d'innovation de la direction de l'administration pénitentiaire

L'épidémie de Covid-19 survenue au mois de novembre 2019 a entraîné la mise en place dans les prisons françaises de mesures sanitaires visant à la contenir³⁷. Elles reposaient principalement sur l'identification des détenus vulnérables, le confinement des cas suspects ou avérés et la réduction des mouvements et des regroupements en détention. Ces mesures se sont également accompagnées d'une baisse historique de la population carcérale. Entre le 16 mars et le 26 avril 2020, le nombre de détenus a diminué de 11 961, portant le chiffre des personnes incarcérées à 60 614, soit un taux de densité carcérale ramené à 99%. Ces différents leviers de contrôle du risque épidémique en prison constituent des outils que l'administration pénitentiaire a élaborés et utilisés tout au long de son histoire.

Au XIX^e siècle, l'amélioration des conditions d'hygiène, comme l'introduction de la douche par le docteur Merry Delabost à la prison Bonne Nouvelle de Rouen en 1873³⁸, permet une meilleure situation sanitaire des détenus. La construction de maisons d'arrêt et de justice sur un mode cellulaire à partir de 1836 y contribue également. L'encellulement assure effectivement une séparation stricte et interdit donc les contacts³⁹. Il permet tout à la fois d'éviter les contagions physiques (maladies, épidémies, etc.) et morales (subversion politique, récidive, homosexualité, etc.)⁴⁰. Le médecin chef de la prison de Mazas, construite en 1850 selon un modèle cellulaire, affirme que durant les quatorze années qu'il a servi dans cet établissement, l'isolement des détenus les avait protégés des multiples épidémies qui « décimaient les populations des quartiers environnants⁴¹. » Mais le régime

cellulaire est abandonné en 1853 du fait de son coût élevé avant d'être à nouveau imposé par la loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales. Il est ainsi appliqué à peu d'établissements et la majorité d'entre eux offrent des conditions de détention en commun⁴². C'est donc surtout la baisse des effectifs carcéraux à partir de la fin du XIX^e siècle qui permet une diminution concomitante de la mortalité carcérale⁴³. En 1880, l'effectif de la population totale des détenus atteint 54 596 individus pour environ 1932 décès annuels, soit 3,50% de l'effectif total⁴⁴. En 1939, il atteint 12 522 individus pour environ 139 décès, soit 1,11%⁴⁵. Néanmoins, cette baisse s'enraye à partir de la Seconde Guerre mondiale et la population carcérale atteint 63 051 individus au 31 décembre 1945⁴⁶. La situation sanitaire des prisons françaises, vétustes et surpeuplées, est très préoccupante et l'administration pénitentiaire craint la survenue d'épidémies. Mais alors qu'elle redoutait au siècle précédent que les maladies venues de l'extérieur ne contaminent ses établissements, elle appréhende désormais qu'ils ne puissent devenir des foyers de contagion susceptibles de se propager au reste de la population. La population pénale, où les catégories sociales les moins favorisées sont surreprésentées, présente un état de santé particulièrement dégradé du fait de l'absence de soins ou de suivi médical avant l'incarcération⁴⁷. Ainsi, la prévalence de maladies contagieuses, comme la tuberculose et la syphilis, y est supérieure à celle rencontrée dans la population générale⁴⁸.

Face à ce nouveau risque, quelle politique sanitaire met en place l'administration pénitentiaire à partir de la Libération pour parvenir à contrôler les épidémies dans ses établissements ? Et contre quelles maladies en particulier ? Cet article traite de l'histoire de la lutte contre les épidémies carcérales conduite par l'administration pénitentiaire de 1944 à 1994. Ces bornes chronologiques correspondent à la mise en œuvre d'une réforme pénitentiaire à partir de la Libération, marquée par un lent processus de « sanitarisation⁴⁹ » des établissements pénitentiaires.

36 - Cet article est la reproduction du *Cahier d'études pénitentiaires et criminologiques* n°56. L'auteur remercie Ivan Gombert, Meoïn Hagège, Marie Houllémare, Hélène Ménard, Amélie Tostivint, Mathias Dambuyant, Géraud de la Brosse, Alexandre Pardoux, Clara Pons-Moureuou et Caroline Touraut pour leur aide apportée à la rédaction de cet article.

37 - Ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire, *Audit du directeur de l'administration pénitentiaire par la mission sénatoriale de contrôle sur les mesures liées à l'épidémie de Covid-19, 29 avril 2020, Discours introductif de Stéphane Bredin*, p. 5. (consulté le 18 mai 2021).

38 - Hervé Dajon, « *La douche, une invention d'un médecin des prisons, le docteur Merry Delabost* », *Criminocorpus* [En ligne], Varia, mis en ligne le 26 janvier 2013, consulté le 17 février 2021.

39 - Michelle Perrot, *Les ombres de l'histoire. Crime et châtiement au XIX^e siècle*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 2001, p. 186.

40 - Elsa Besson, « *Quand la cellule devient la norme. Théories de l'architecture carcérale au XIX^e siècle* », *Métropolitiques*, 22 janvier 2018, consulté le 20 mai 2021.

41 - Situation du service pénitentiaire au 1^{er} mars 1885 (pages 21 à 134). Application du régime d'emprisonnement individuel en France. Note du médecin en chef, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Code pénitentiaire*, Melun, Imprimerie administrative, 1890, t. X, p. 37.

42 - Ce qui n'entraîne pas pour autant de flambées épidémiques au cours du XIX^e siècle, à l'exception de la tuberculose, voir Jacques-Guy Petit, *Ces peines obscures. La prison pénale en France (1780-1875)*, Paris, Fayard, 1990, p. 528-531.

43 - Sur les origines de cette baisse, voir Robert Badinter, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, coll. Histoire, 1992, p. 340.

44 - Ministère de l'Intérieur, *Statistique pénitentiaire pour l'année 1880*, Paris, Société d'imprimerie administrative Paul Dupont, 1883, p. IV, XXXIII, LVI, LXXXI, LXXXII et XCVI.

45 - Ministère de la Justice, *Statistique pénitentiaire pour l'année 1939*, Melun, Imprimerie administrative, 1947, p. 6, 30 et 281.

46 - Mais le nombre décès annuels demeure faible et atteint 444 individus, soit 0,70% de l'effectif, Ministère de la Justice,

Statistique pénitentiaire pour l'année 1945, Melun, Imprimerie administrative, 1947, p. 8, 30 et 62.

47 - Aude-Emmanuelle Develay, Charlotte Verdout, Isabelle Grémy, « *Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations* », *Santé Publique*, 2015/4 (Vol. 27), p. 491-502. (consulté le 10 juillet 2021)

48 - En 1966, 50 008 détenus sont examinés à la radioscopie systématique (sur 115 650 détenus, soit 50,16% de l'effectif) et 446 tuberculeux sont dépistés. Sur l'ensemble de la population française, évaluée à 49 150 200 habitants en 1966, 1 750 000 dépistages sont effectués (soit 3,56% de la population totale).

Le pourcentage de tuberculeux est de l'ordre de 144 cas pour 100 000 habitants dans la population française, alors qu'il s'élève à 385 cas pour 100 000 dans la population pénale, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1966*, Melun, imprimerie administrative, 1966, p. 10. Quant à la syphilis, les prisons fournissent le tiers des cas dépistés dans toute la France en 1968, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1968*, Melun, imprimerie administrative, 1968, p. 11.

49 - Meoïn Hagège, *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou l'hépatite C en Île-de-France*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2016, p. 53.

Celui-ci entraîne un accroissement progressif du pouvoir exercé par l'institution médicale sur la santé en milieu carcéral au détriment de l'administration pénitentiaire.

Cet article repose essentiellement sur l'exploitation d'archives versées par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) aux Archives nationales (AN)⁵⁰. Ces fonds permettent d'apprécier la politique sanitaire élaborée par la DAP et son application à l'échelle des établissements et des régions pénitentiaires. Cette politique est mise en œuvre par une « médecine pénitentiaire » qui, comme l'a analysé Éric Farges⁵¹, se structure progressivement à partir des années 1960 jusqu'aux années 1980. Cette médecine qui s'articule autour de médecins « auxiliaires » et d'établissements pénitentiaires médicaux permet de contrôler les maladies contagieuses en prison jusqu'au milieu des années 1980 (1). Mais l'irruption du virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) entraîne à partir de 1985 une crise de ce modèle qui se révèle inadapté pour parvenir à contenir cette nouvelle épidémie carcérale (2).

1. Un risque épidémique sous contrôle

Face à la « faillite quasi-complète du régime pénitentiaire français⁵² », le directeur de l'administration pénitentiaire, Paul Amor, propose en 1945 une réforme ambitieuse en quatorze points. Le premier affirme que la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné. La réalisation de cet objectif est corrélée à un vaste programme de modernisation de l'administration pénitentiaire qui porte tout à la fois sur ses bâtiments, ses équipements, ses méthodes, son personnel et son organisation du travail⁵³. Le point 10 indique que tout établissement doit comporter un service médico-psychologique. La santé physique et mentale des détenus constitue désormais le « premier stade de leur reclassement social et de leur relèvement moral⁵⁴ » et forme un des fondements de la réforme pénitentiaire⁵⁵. Celle-ci repose notamment sur un processus d'évaluation qui vise à orienter les détenus vers des établissements pénitentiaires en fonction de leur profil et de leur état de santé⁵⁶. À partir de 1951, les règles *a minima* pour le traitement des détenus élaborées par la com-

mission internationale pénale et pénitentiaire à la demande de l'organisation des Nations Unies préconisent d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses⁵⁷. Pour parvenir à cet objectif, l'administration pénitentiaire met en place une politique sanitaire qui repose principalement sur le dépistage obligatoire et l'isolement des détenus contaminés.

L'urgence de la Libération

Le contexte de l'immédiat après-guerre est marqué par des établissements pénitentiaires en situation de surpopulation du fait des condamnations prononcées par les cours de justice⁵⁸. Cette situation, couplée aux difficultés d'approvisionnement des prisons, fait craindre la survenue d'épidémies :

« Cette nécessité est devenue plus impérieuse dans les circonstances actuelles où l'encombrement des prisons a engendré un excessif entassement des détenus et où la sous-alimentation diminue la capacité de résistance de l'organisme, en sorte que la moindre épidémie pourrait prendre une ampleur et entraîner des conséquences redoutables⁵⁹. »

En avril 1945, les médecins-lieutenants Duhamel et Mercier du ministère de la Santé publique sont missionnés par le directeur de l'administration pénitentiaire pour effectuer une inspection sanitaire des prisons françaises et le rapport qu'ils rédigent dépeint des établissements pour la plupart très dysfonctionnels. À la maison d'arrêt d'Auxerre, les « installations sanitaires sont insuffisantes : douches rudimentaires, sans chauffage, lavabos quasi-inexistants⁶⁰ » ; à Valence, les détenus dorment sur de la paille, manquent de brocs et de gamelles, les tinettes y sont insuffisantes et mal désinfectées et le « danger d'épidémie » y est jugé élevé ; à Nîmes, les médecins préconisent « absolument de fermer le quartier disciplinaire, vestige des geôles du Moyen-Âge, qui constitue une menace grave pour la santé des nombreux détenus qui y sont enfermés » ; à Béziers, les « tinettes sont infectes » ; Albi ne compte qu'une seule pomme de douche ; Cahors est une « maison vétuste et incommode » ; Agen est une « maison humide et les paillasses sont sur le sol » ; à Bayonne les « locaux sont dangereux par leur manque d'hygiène, sans infirmerie » ; etc. Ce rapport fait réagir le ministre

50 - Il s'agit des dossiers de principe de la DAP (1932-1981) côtés 19960136/1-197, 19960279/1-66 et 19970394/1-16 ; des dossiers de fonctionnement des établissements pénitentiaires (1945-1984) côtés 19960148/1-266 ; et du fonds du cabinet de la garde des Sceaux Marylise Lebranchu (1997-2002) côté 20030010/1-195.

51 - Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation 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 de Sciences politiques, Université Lumière Lyon 2, juin 2013, p. 68 et suiv.

52 - Paul Amor, « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946. Rapport de M. Amor, directeur de l'Administration pénitentiaire. Présidence de M. Amor et de M. Teitgen, garde des Sceaux, Ministre de la Justice », *Revue pénitentiaire et de droit pénal. Bulletin de la Société générale des prisons*, n°1, janvier-mars 1947, p. 9.

53 - Sur cette réforme, voir Hinda Hedhili-Azéma, « La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945 », *Criminocorpus* [En ligne], L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité, Partie 1- La réforme pénitentiaire de 1945 : l'amendement du condamné, mis en ligne le 9 septembre 2019, consulté le 9 avril 2021.

54 - Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, Administration pénitentiaire, Rapport présenté par M. Robert Petit, inspecteur général de l'administration, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, *Rapport annuel sur l'exercice 1950*, Melun, Imprimerie administrative, p. 110.

55 - Voir Bruno Milly, *Soigner en prison*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Sociologies, 2001, p. 82.

56 - Voir Jean-Lucien Sanchez, « Les débuts du fonctionnement du Centre national d'orientation », *L'évaluation des personnes placées sous main de justice : genèse, usages, enjeux. Actes des journées d'études internationales de la Direction de l'administration pénitentiaire des 10 et 11 octobre 2019*, Paris, ministère de la Justice, coll. Travaux & Documents, n°89, 2020, p. 13 et suiv.

57 - Projet d'ensemble de règles *a minima* pour le traitement des détenus élaboré par la commission internationale pénale et pénitentiaire à la demande de l'Organisation des Nations Unies, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, *Année 1952, Rapport annuel sur l'exercice 1951*, Melun, Imprimerie administrative, 1952, p. 159.

58 - Bénédicte Vergez-Chaignon, *Vichy en prison. Les épurés à Fresnes après la Libération*, Paris, Gallimard, coll. La suite des temps, 2006, p. 72 et suiv.

59 - Annexe n°16. Mesures destinées à éviter et à dépister les épidémies, le directeur de l'administration pénitentiaire et des services de l'éducation surveillée, Paul Amor, 22 février 1945, « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », *op. cit.*, p. 83.

60 - Rapport au directeur de l'administration pénitentiaire concernant une inspection sanitaire des prisons faite par le médecin-lieutenant Duhamel et le médecin-lieutenant Mercier, du ministère de la Santé publique, au cours de la première quinzaine du mois d'avril 1945, 3 mai 1945, AN 19960279/30.

de la Santé publique qui s'inquiète de la situation sanitaire des établissements pénitentiaires :

« J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur la grave situation des camps de prisonniers et des prisons au point de vue sanitaire. Le médecin inspecteur des camps d'internement et prisons me signale que si dans les camps d'internement l'état sanitaire est dans l'ensemble assez satisfaisant, il n'en est pas de même dans les prisons où le surpeuplement, le manque de matériel, la non séparation fréquente des mineurs et des adultes, l'absence d'infirmeries et de pharmacies, créent une situation intolérable à laquelle il convient de porter remède dans les plus brefs délais⁶¹. »

Cet état sanitaire déplorable des maisons d'arrêt provient notamment du fait qu'elles sont la propriété des départements qui ont tout à la fois la charge de les construire et de les entretenir. Or, beaucoup de Conseils généraux considèrent cette obligation comme injuste et négligent leur mission. Une ordonnance du 30 décembre 1944 permet donc aux départements de céder gratuitement leurs prisons à l'État. Elle leur attribue également une subvention de 10 millions de francs pour pouvoir conduire rapidement des travaux d'hygiène. Cette situation est également due à une surpopulation carcérale sans précédent qui entraîne dans les établissements « l'impossibilité de consacrer certains locaux aux infirmeries, salles de visites et de soins, de donner des douches fréquentes et d'une façon générale d'assurer les conditions hygiéniques nécessaires⁶². » Au 1^{er} avril 1945, le nombre de détenus homme atteint 42 173 individus pour une contenance théorique de 33 960 places et celui des détenues femme atteint 11 633 individus pour une contenance théorique de 9 200 places, soit un surplus de plus de 10 000 détenus. Afin d'aider la direction de l'administration pénitentiaire à gérer la situation sanitaire de ses établissements, une commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires est établie au ministère de la Justice le 17 décembre 1945⁶³. Elle compte parmi ses membres des médecins issus du ministère de la Santé publique qui mettent rapidement sur pied un plan d'action de lutte contre le typhus. Depuis 1943, des équipes de la Croix-Rouge procèdent à des campagnes d'épouillage dans les prisons. Car le pou est le principal vecteur du typhus et les équipes se déplacent équipées d'un matériel mobile composé d'une étuve et d'un appareil à douches⁶⁴. Ces campagnes se poursuivent à la Libération mais la désinsectisation dispose d'un nouvel outil grâce à l'introduction en France par les Américains du dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT). Les médecins de la commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires proposent donc de former des agents de l'administration pénitentiaire à sa manipulation et l'administration achète au mois de juillet 1945 près de deux tonnes de DDT par l'intermédiaire de la Croix-Rouge française⁶⁵. Cet insecticide est largement pulvérisé dans les

prisons françaises pour procéder à la destruction des poux et éviter ainsi les épidémies de typhus⁶⁶.

Le dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes

À côté de ces mesures dictées par l'urgence, l'administration pénitentiaire dote chacun de ses établissements d'un service médical qui constitue le véritable pivot de sa politique sanitaire. La circulaire du 6 mars 1946 qui organise le service des médecins intervenant en milieu carcéral indique qu'ils doivent visiter tous les détenus arrivants et dépister s'ils sont porteurs de maladies contagieuses : en ce cas, ils ont l'obligation de les orienter vers l'infirmerie de la prison, un hôpital ou un centre antivénérien et d'isoler les tuberculeux. Dépendants hiérarchiquement de l'administration pénitentiaire qui peine à les recruter en nombre suffisant, ils sont payés à la vacation, en règle générale une par semaine à jour fixe, ce qui ne leur permet pas d'assurer le dépistage systématique de tous les entrants en maisons d'arrêt. De ce fait, leur compétence en matière de dépistage est progressivement externalisée.

Les principales maladies infectieuses qui affectent les détenus sont la tuberculose et la syphilis. En 1967, l'administration détaille pour la première fois dans son rapport annuel les maladies dont souffrent les 31 162 détenus incarcérés grâce à une enquête conduite auprès de ses médecins. Hormis la tuberculose et la syphilis, les autres maladies infectieuses dépistées sont négligeables :

Nature des maladies infectieuses dépistées	Hommes	Femmes	Total	Total
Typhoïde	1	0	1	0,003%
Diphthérie	1	0	1	0,003%
Érysipèle	1	0	1	0,003%
Oreillons	8	0	8	0,025%
Fièvre de Malte (Casabianda)	1	0	1	0,003%
Maladies pulmonaires (sans la tuberculose)	3 567	95	3 662	11,75%
Tuberculose	380	18	398	1,27%
Syphilis	1 698	111	1 809	5,80%

Source : Ministère de la Justice, administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1967*, Melun, Imprimerie administrative, 1967, p. 112.

La tuberculose et la syphilis constituent donc les deux principales maladies ciblées par la stratégie de dépistage obligatoire mise en place par l'administration pénitentiaire à l'entrée de ses établissements. En ce qui concerne la tuberculose, cette

61 - Le ministre de la Santé publique au garde des Sceaux, 20 avril 1945, AN 19960279/13.

62 - Le directeur de l'administration pénitentiaire, Note pour le directeur-adjoint de cabinet, 5 mai 1945, AN 19960279/13.

63 - Annexe N° 20. Commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires,

« Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », *op. cit.*, p. 93.

64 - 21 octobre 1943. Circulaire pour messieurs les directeurs des services extérieurs relative à l'épouillage des détenus par les services de la Croix-Rouge, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Code pénitentiaire*, Melun, imprimerie administrative, T. XXIX, 1949, p. 314 et suiv.

65 - Le directeur de l'administration pénitentiaire, Circulaire aux directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire, 23 juillet 1945, AN 19960279/13.

66 - Annexe N°19. Désinsectisation. Emploi de la poudre insecticide D.D.T., directeur de l'administration pénitentiaire, 5 septembre 1945,

« Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », *op. cit.*, p. 87-90.

affection est à l'origine de près de 53 des 142 décès recensés chez les détenus durant l'année 1945, soit 37,3 % de l'effectif⁶⁷. Cette situation fait craindre à l'administration pénitentiaire que les prisons ne deviennent de véritables foyers de contagion et un danger pour le reste de la population :

« Le ministère de la Justice et le ministère de la Santé publique se sont émus de cette situation qui constitue un grave danger pour l'ensemble de la population. L'encombrement des prisons ne permet pas la plupart du temps de séparer les détenus tuberculeux des autres non atteints. Il est donc non seulement impossible de les soigner mais leur présence constitue un risque de contagion pour leurs codétenus et par conséquent des foyers de contamination pour l'ensemble de la population⁶⁸. »

La prison est effectivement un « espace clos et poreux⁶⁹ » où les détenus et le personnel ainsi qu'un grand nombre d'agents (aumôniers, familles, policiers, avocats, etc.⁷⁰) entrent et sortent quotidiennement. Ils peuvent donc y contracter la tuberculose et la disséminer à l'extérieur. L'administration pénitentiaire ordonne le 20 juin 1945 un dépistage massif de la tuberculose par examen radioscopique de tous les détenus, notamment des arrivants⁷¹. Ce dépistage doit être effectué par des extractions de détenus vers des centres de dépistage antituberculeux ou des examens effectués dans les établissements par des camions itinérants. Mais l'application de cette circulaire entraîne de nombreuses difficultés sur le terrain. Le directeur régional des services pénitentiaires de Lille (DRSP) signale qu'il n'a pu faire procéder à ce dépistage que pour les seuls détenus de la prison de Loos et ce grâce au prêt d'un appareil radiographique par la Croix-Rouge⁷². À la maison d'arrêt de Caen, le médecin ne dispose pas des moyens suffisants pour pouvoir l'effectuer :

« Examen radioscopique de tout le personnel occupant, soit 720 détenus. Avec quel matériel dans une ville à peu près totalement sinistrée et dépourvue de presque tout appareillage ? À l'aide de quels moyens de transport ? Lorsque la nécessité s'en fait sentir, je demande un examen radioscopique pour un ou plusieurs détenus. L'hôpital qui seul dispose de cet appareillage, me fixe un rendez-vous à quelques jours de là, encombré qu'il est par la population, les déportés, les prisonniers et requis rapatriés⁷³. »

Le surveillant-chef de la maison d'arrêt d'Évreux indique lui aussi que le dispensaire antituberculeux local ne peut lui offrir ses services car il ne parvient déjà pas à suffire aux besoins des prisonniers et des déportés⁷⁴. En outre, com-

ment conduire les détenus dans ces centres de dépistage avec un personnel en nombre insuffisant pour les encadrer ? Le DRSP de Châlons-sur-Marne signale que sur les huit établissements de sa circonscription, seules les maisons d'arrêt de Châlons-sur-Marne et Reims sont en mesure de radiographier les détenus à l'aide d'un appareil portatif. Pour les autres, le transfert vers les villes est impossible du fait d'un trop grand nombre de détenus et du faible nombre de policiers disponibles pour les escorter⁷⁵. Pour pallier cette situation, les services radioscopiques ambulants de la Croix-Rouge, de l'Aide américaine à la France ou du ministère de la Santé publique effectuent des visites périodiques dans les petites maisons d'arrêt.

À partir du mois de mai 1948, les résultats du dépistage de la tuberculose et, plus largement, de tout ce qui a trait à l'état mental ou physique des « détenus condamnés définitifs ayant à subir une peine de plus d'un an de prison » doivent être consignés sur une fiche médicale. Celle-ci est conservée à l'infirmerie de l'établissement pénitentiaire et doit suivre le détenu en cas de transfert⁷⁶. Puis le code de procédure pénale adopté en 1959 révisé l'organisation du dépistage obligatoire de la tuberculose en détention⁷⁷. Face aux difficultés que rencontrent les médecins des établissements pour le réaliser, il est désormais effectué par les services départementaux d'hygiène sociale et chaque détenu doit subir au préalable une cuti-réaction. Si celle-ci s'avère positive, il fait alors l'objet d'un examen radioscopique ou radiographique. Enfin, la vaccination par le vaccin bilingue de Calmette et Guérin (BCG)⁷⁸ peut être réclamée par les détenus âgés de moins de 25 ans. Une circulaire du 14 août 1962 transfère donc la compétence du dépistage de la tuberculose des détenus au ministère de la Santé publique. En pratique, les détenus des petites maisons d'arrêt sont toujours extraits pour être dépistés dans des dispensaires antituberculeux ou sont radiographiés par des camions itinérants. Mais dans les établissements de plus de 100 détenus, un médecin agréé par le ministère de la Santé publique se rend sur place pour effectuer le dépistage systématique des entrants à l'aide d'un poste de radioscopie dont les dotations se développent à partir de 1963 grâce à un plan d'équipement.

En ce qui concerne le dépistage des maladies vénériennes, celui-ci est organisé dans les établissements pénitentiaires par une circulaire du 15 juin 1922. L'ordonnance du 18 juillet 1945 renforce ce contrôle en soumettant d'office à un examen tous les détenus condamnés⁷⁹. Les prévenus ne sont soumis à cet examen que si l'administration pénitentiaire et

67 - Ministère de la Justice, *Statistique pénitentiaire pour l'année 1945, op. cit.*, 1947, p. 31.

68 - Note concernant la location au ministère de la Justice du préventorium de Liancourt (Oise) pour l'utiliser comme sanatorium pour détenus tuberculeux, AN 19960279/10.

69 - Olivier Milhaud, *Séparer et punir. Une géographie des prisons françaises*, Paris, CNRS Éditions, 2017, p. 37.

70 - Pour une typologie des différents groupes d'acteurs interagissant en prison, voir Philippe Combessie, *Prisons des villes et des campagnes*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, coll. Champs pénitentiaires, 1996, p. 65 et suiv.

71 - Circulaire du directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire, Détenus tuberculeux, 20 juin 1945, AN 19960279/39.

72 - Le directeur régional des services pénitentiaires et de l'éducation surveillée au garde des Sceaux, Examen radioscopique de la population pénale, 28 septembre 1945, AN 19960279/10.

73 - Le docteur J. James au directeur régional pénitentiaire de Rouen, 1^{er} juillet 1945, AN 19960279/10.

74 - Le surveillant-chef de la maison d'arrêt d'Évreux au directeur de la région pénitentiaire de Rouen, 5 juillet 1945, AN 19960279/10.

75 - Le directeur régional des services pénitentiaires et de l'éducation surveillée de Châlons-sur-Marne au ministre de la Justice, 17 août 1945, AN 19960279/10.

76 - Le directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux des services pénitentiaires, fiche médicale des détenus, 23 mars 1950, AN 19960279/30.

77 - Ministère de la Justice, administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1959*, Melun, Imprimerie administrative, 1960, p. 44 et suiv.

78 - À partir de 1968, les détenus âgés de moins de 30 ans sont également obligatoirement vaccinés contre la poliomyélite.

79 - Traitement et prophylaxie des maladies vénériennes dans les établissements pénitentiaires, AN 19960279/5.

l'autorité sanitaire considèrent qu'il existe des « présomptions, graves, précises et concordantes » qu'ils sont atteints de maladies vénériennes. Par la suite, l'article L. 273 du code de la santé publique rend obligatoire pour tous les détenus l'examen et le traitement des maladies vénériennes⁸⁰. La loi du 18 août 1948 organise la lutte contre les maladies vénériennes en créant des dispensaires antivénériens dans chaque département et des services hospitaliers de vénérologie dans chaque chef-lieu de département. Ces structures sont chargées d'assurer la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes à l'échelle de chaque département, prisons incluses. Une circulaire du 13 janvier 1949 transfère ainsi aux médecins-chefs des services départementaux de lutte antivénérienne ou aux médecins et aux assistantes sociales spécialisées des dispensaires antivénériens la charge du dépistage et du traitement des maladies vénériennes des détenus. Mais ces transferts ne se font pas sans créer des tensions. Le docteur Bodet, médecin de la maison centrale de Poissy, est agréé depuis 1922 par l'Institut prophylactique pour y diriger le service antivénérien de l'établissement. Celui-ci vit très mal le fait de se voir dépossédé de ce service par le docteur Glasser, médecin désigné par l'office d'hygiène départemental pour diriger le service antivénérien de la maison centrale de Poissy à partir du 1^{er} février 1947. Bodet ne saisit pas que, en application de la circulaire du 13 janvier 1949, le préfet a simplement transféré la gestion de ce service au service départemental antivénérien. Et il perçoit cette nomination comme une manœuvre opaque et refuse donc de céder sa place :

« Je vous informe donc, mon cher confrère, que je continuerai à assurer ce service tant que je n'aurai pas reçu l'ordre de l'abandonner de mes chefs. Je pense qu'il y aurait intérêt à ce que la question fut réglée franchement à l'échelon supérieur, c'est-à-dire entre vos services et ceux de l'Institut prophylactique, plutôt que par les manœuvres obliques qui ont jusqu'à présent présidé à ce genre d'opération⁸¹. »

Bien qu'obligatoire, la pratique du dépistage antivénérien peut également se heurter au refus des détenus. En 1959, le médecin-chef des services antivénériens de Seine-et-Oise se plaint ainsi que des détenus « français musulmans » refusent de subir des examens et des traitements antivénériens⁸². Dans les faits, ces Algériens issus des rangs du Front de libération national poursuivent un important mouvement de grève de la faim et des soins médicaux afin d'obtenir un régime de détention politique. Et leur refus prend fin le 4 août 1959 avec l'octroi de ce régime dit de catégorie A⁸³.

En ce qui concerne les femmes détenues, qui représentent un faible pourcentage de la population pénale⁸⁴, l'article 3 de la loi du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme

prévoit un emprisonnement de six mois à cinq ans contre toute personne accusée de racolage sur la voie publique. Ces femmes qui se prostituent doivent être obligatoirement soumises à un examen dans un centre de traitement antivénérien. De ce fait, dès leur procédure d'écrou effectuée, elles sont transférées vers un hôpital désigné par le ministère de la Santé publique où elles sont soumises à un examen médical complet. Si elles sont reconnues « saines », elles regagnent leur établissement. Si elles sont reconnues atteintes d'une « maladie vénérienne sous forme contagieuse », elles doivent rester à l'hôpital jusqu'au moment où le médecin-chef du service antivénérien et le médecin de l'établissement pénitentiaire reconnaissent d'un commun accord que le traitement peut être poursuivi en prison. En outre, les femmes condamnées pour prostitution doivent obligatoirement être séparées des autres détenues pendant leur incarcération.

Les centres sanitaires

Si le premier volet de la politique sanitaire mise en œuvre par l'administration pénitentiaire repose sur le dépistage des maladies contagieuses, le second volet repose lui sur l'isolement des détenus contaminés. Le 13 novembre 1944, le directeur de l'administration pénitentiaire adresse une circulaire aux DRSP leur précisant des mesures à prendre pour lutter contre la tuberculose. Parmi ces consignes figure celle d'assurer l'isolement des détenus tuberculeux, notamment dans les établissements au régime en commun où ils doivent être regroupés et séparés du reste de la détention et ne pas être employés aux services généraux⁸⁵. D'ordinaire, les détenus tuberculeux sont placés dans des cellules spéciales des infirmeries pénitentiaires ou isolés dans des cellules ou des dortoirs. Mais leur présence en détention fait toujours craindre des risques d'épidémies susceptibles de s'étendre au reste de la population :

« [...] on ne saurait se dissimuler qu'il subsiste de graves dangers de contagion tant pour le reste de la population pénale prédisposée à la tuberculose par les conditions de vie en prison, que pour le personnel pénitentiaire en contact journalier avec les malades, et même pour la population extérieure qui se rend dans les établissements (avocats, visiteurs, fournisseurs, etc.)⁸⁶. »

En outre, la configuration des infirmeries des établissements pénitentiaires ne permet pas une prise en charge médicale adéquate des tuberculeux. Lorsque leur état s'aggrave, les médecins n'ont souvent guère d'autre possibilité que de les transférer vers des hôpitaux. Ceci pose des problèmes du fait du manque de places pour les y recevoir et des risques d'évasion que ces extractions engendrent. L'administration pénitentiaire craint en outre que les détenus hospitalisés ne simulent leur état pour pouvoir prolonger leur séjour et que les méde-

80 - Direction de l'administration pénitentiaire, bureau de l'application des peines, note au directeur de la maison centrale de Fontevault, 7 février 1959, AN 19960136/116.

81 - Le docteur Bodet au médecin directeur de la santé de Seine-et-Oise, 4 septembre 1947, AN 19960279/5.

82 - Le garde des Sceaux au ministre de la Santé publique et de la population, 21 août 1959, AN 19960136/116.

83 - Voir Fanny Layani, « *Ce que la guerre fait aux prisons. L'impact de la guerre d'indépendance algérienne sur les prisons de métropole* », *Criminocorpus* [En ligne], L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité, Partie 1 - La réforme pénitentiaire de 1945 : l'amendement du condamné, mis en ligne le 09 septembre 2019, consulté le 21 mai 2021.

84 - De 1946 à 1971, les femmes représentent en moyenne un peu moins de 7% de la population pénale, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1970*, Melun, Imprimerie administrative, 1970, p. 292.

85 - Le directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux, Mesures à prendre pour combattre le développement de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires, 13 novembre 1944, AN 19960279/10.

86 - Le garde des Sceaux au ministre de la Santé publique, 18 avril 1945, AN 19960279/10.

cins hospitaliers, par complicité ou tromperie, ne leur prêtent crédit. D'où la possibilité offerte aux médecins des établissements pénitentiaires par la circulaire du 6 mars 1946 de pouvoir visiter les détenus malades hospitalisés. Mais cette modalité n'est pas sans créer des tensions avec le personnel médical hospitalier, comme en témoigne le DRSP de Toulouse :

« 15 hommes et 10 femmes sont en traitement à l'hôpital, effectif beaucoup trop élevé étant donné l'organisation du service médical de la prison. J'ai multiplié mes interventions pour que soit porté remède à cet état de choses mais je me suis heurté à la mauvaise volonté de M. le médecin-chef de service de l'hôpital qui a été jusqu'à interdire l'entrée des salles où ces condamnés sont enfermés (je ne dis pas « soignés ») au médecin de la maison d'arrêt de Toulouse, qui se trouve ainsi dans l'impossibilité d'exécuter les prescriptions ministérielles de la circulaire du 6 mars 1946. J'ai effectué plusieurs démarches à ce sujet auprès de M. le préfet mais celles-ci sont jusqu'à ce jour demeurées sans résultat⁸⁷. »

Ces hospitalisations représentent en outre un coût important pour l'administration pénitentiaire. Ainsi, à l'instar de la Belgique, la DAP décide de se doter d'un sanatorium pénitentiaire. Cette solution lui permet d'isoler les détenus tuberculeux dans une structure adaptée tout en les conservant sous son contrôle. À cet effet, le ministère de la Santé publique consent à lui louer un préventorium destiné initialement à des enfants construit sur un vaste domaine de 32 hectares, situé à Liancourt dans l'Oise. Les détenus tuberculeux susceptibles de guérison⁸⁸ y sont envoyés à partir du mois de février 1947. Les dossiers doivent être adressés à la DAP qui se charge ensuite de les transmettre au médecin-chef du sanatorium⁸⁹. D'une capacité de 370 lits, il comprend trois bâtiments : le premier accueille un hospice pour des détenus âgés ; le second accueille un sanatorium pour des détenus tuberculeux ; et le troisième accueille des détenus tuberculeux stabilisés⁹⁰. Le centre sanitaire de Liancourt dispose également d'un laboratoire bactériologique, d'un cabinet dentaire et d'une salle d'opération chirurgicale.

Mais Liancourt ne peut pas accueillir les détenus tuberculeux les plus gravement atteints et les établissements n'ont alors toujours pas d'autre choix que de les orienter vers des hôpitaux. C'est le cas notamment du centre pénitentiaire des Hauts-Clos qui renvoie des détenus tuberculeux « mourants » chez eux ou qui les adresse à l'hôpital de Troyes :

« Le 26 octobre dernier, j'ai eu l'honneur et le regret de porter à votre connaissance le retour dans ma commune d'un jeune interné aux Hauts-Clos à Troyes, y ayant contracté la tuberculose. À l'époque je vous signalais le fait, persuadé que les

mauvais traitements de cette prison étaient inconnus en haut lieu et qu'il était possible peut-être d'apporter des améliorations dans la manière de traiter les sujets et de soigner les malades. Maintenant mon appel se fait plus pressant encore écho d'une population indignée - Yves [...] est mort le 28 novembre, un mois après son arrivée dans les souffrances d'un pulmonaire au dernier degré, risquant de contaminer les siens. [...]. Encore une fois, je fais appel à la justice de la France :

1. Est-il normal que des prisonniers fautifs mais non meurtriers soient traités de telle sorte qu'ils contractent la tuberculose ?
2. Est-il normal que l'on garde des sujets atteints trop longtemps pour qu'ils ne soient renvoyés chez eux que mourants ?
3. Est-il normal qu'ils meurent lentement, contaminant les leurs ?

Pour mon jeune administré, la Justice de France ne peut plus rien, mais pour ses camarades, je demande des améliorations possibles⁹¹. »

Pour pallier cette situation, les détenus tuberculeux les plus gravement atteints sont envoyés à partir du mois de novembre 1946 dans une « infirmerie spéciale pour les tuberculeux osseux et ganglionnaires » (ISTOG) d'une capacité de 70 lits qui est aménagée dans le centre pénitentiaire de Saint-Martin-de-Ré⁹². En complément, une autre ISTOG d'une capacité de 20 lits ouvre également ses portes en janvier 1948 à la maison d'arrêt de Saint-Malo pour prendre en charge les détenues atteintes de tuberculose osseuse, viscérale et ganglionnaire. Ces deux structures ont pour but d'offrir une cure d'air marin aux détenus tuberculeux les plus gravement atteints et de les soustraire à leur établissement d'origine. Mais l'ISTOG de Saint-Malo ferme en 1957 tandis que celui de Saint-Martin-de-Ré ferme en 1963, notamment afin de permettre d'y incarcérer davantage de relégués et de détenus « activistes » issus des rangs de l'Organisation de l'armée secrète (OAS). Les malades qui y étaient traités sont donc à nouveau adressés aux hôpitaux civils ou aux infirmeries régionales de l'hôpital central de Fresnes ou des Baumettes, ouvertes toutes deux en 1953.

La politique sanitaire élaborée par l'administration pénitentiaire à partir de 1944 lui a permis d'exercer un contrôle effectif du risque épidémique grâce au dépistage obligatoire de la tuberculose et des maladies vénériennes à l'entrée des établissements et à l'isolement des détenus tuberculeux,

87 - Inspection de la maison d'arrêt de Toulouse, le médecin inspecteur des prisons, 22 avril 1948, AN 19960279/30.

88 - Les détenues atteintes de tuberculose ne disposent pas d'un sanatorium équivalent à celui de Liancourt.

Elles disposent toutefois à partir de 1952 d'un petit quartier aménagé à la prison de la Roquette à Paris.

89 - Détenus tuberculeux. Circulaire à messieurs les directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire, 20 juin 1945,

Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Code pénitentiaire, op. cit.*, 1946, t. XXXI, p. 71-72.

90 - Règlement intérieur de la maison centrale de Liancourt, bureau de la détention, note pour le directeur régional des services pénitentiaires de Lille, 20 janvier 1969, AN 19960148/86.

91 - Le maire de Mouillac au garde des Sceaux, 30 décembre 1945, AN 19960279/10.

92 - Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, Administration pénitentiaire, Rapport présenté par M. Robert Petit, inspecteur général de l'administration, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, *Rapport annuel sur l'exercice 1950, op. cit.*, p. 101.

principalement au centre de détention sanitaire de Liancourt⁹³. Mais comme l'analyse Renaud Crespin⁹⁴, ce modèle s'avère inefficace pour parvenir à juguler une nouvelle épidémie qui s'abat sur les établissements pénitentiaires à partir de la seconde moitié des années 1980, celle du VIH/SIDA.

2. L'épidémie de VIH-SIDA et la réforme de la politique de santé carcérale

La première mention du virus LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*) apparaît dans le rapport annuel d'activité de l'administration pénitentiaire de 1985⁹⁵. L'émergence de cette nouvelle maladie, renommée par la suite VIH, provient essentiellement de l'incarcération croissante de détenus toxicomanes à partir des années 1970. La méconnaissance liée à cette maladie et son importante prévalence en prison entraînent une crise sanitaire et médiatique majeure, notamment à la suite d'une alerte lancée par des médecins de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan qui rencontre un large écho dans la presse⁹⁶. Ce climat alimente chez les personnels pénitentiaires et les détenus une forte inquiétude face à une maladie mortelle dont l'étiologie demeure encore mal connue. Prenant le contrepied de la politique sanitaire qu'elle a élaborée pour contrôler la tuberculose et les maladies vénériennes, la DAP se refuse toutefois à organiser des regroupements de détenus atteints du VIH-SIDA ou à les isoler dans des établissements spéciaux, notamment afin de ne pas les stigmatiser, ou bien encore à organiser un dépistage systématique qui serait bien trop coûteux et inefficace du fait de la fenêtre de séroconversion des malades contaminés par le VIH. Aux prises avec cette situation explosive, elle ne dispose ni des moyens, ni des compétences suffisantes pour parvenir à contrôler cette épidémie qui prend un tour dramatique avec le scandale de l'affaire dite du « sang contaminé ». Dans quelle mesure la spécificité du VIH-SIDA a-t-elle ainsi mis en échec la politique de lutte contre les épidémies carcérales mise en œuvre par l'administration pénitentiaire depuis la Libération ? Et, plus largement, révélé l'inadaptation de l'organisation de la médecine en milieu carcéral ?

L'épidémie carcérale de VIH-SIDA

À partir de 1970, le rapport annuel d'activité de l'administration pénitentiaire signale l'apparition d'une nouvelle catégorie de détenus, les toxicomanes. La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxi-

comanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses place les toxicomanes sous la surveillance de l'autorité sanitaire. En 1971, 478 détenus sont traités pour « intoxication par les stupéfiants » et plus du tiers sont hospitalisés à la « prison hôpital des Baumettes », à Marseille. Si le sevrage est facilement praticable en prison, les médecins ne parviennent pas à assurer un soutien psychothérapeutique adéquat⁹⁷ :

« Les sujétions nouvelles, ainsi imposées à l'administration pénitentiaire, sont très lourdes et il convient d'insister à nouveau sur le fait que le milieu carcéral n'est guère compatible avec le traitement des toxicomanes⁹⁸. »

Rien n'est prévu pour pallier les phénomènes de manque chez les consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse qui sont majoritaires parmi les détenus et leur séjour en détention demeure souvent trop bref pour pouvoir mettre en place un suivi efficace⁹⁹. En parallèle, leur nombre connaît une véritable explosion passant de 930 individus en 1976 à près de 8 900 en 1984¹⁰⁰. Cette augmentation s'accompagne de l'émergence d'une nouvelle épidémie, celle du VIH-SIDA à laquelle les toxicomanes sont particulièrement exposés. En 1985, des médecins du service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan affirment que dans leur établissement près de 90% des détenus toxicomanes sont porteurs du virus de l'hépatite B et plus de 50% du VIH. Ils affirment également que la prévalence du VIH dans les maisons d'arrêt des grandes villes est de « 50 à 200 fois plus élevé[e] que celle de la population générale française qui avoisine 1‰¹⁰¹. » Au cours d'une conférence présentée au mois de février 1986 à la Société de médecine légale et de criminologie de France, Michel Benezech, médecin au SMPR de Bordeaux-Gradignan, dénonce l'absence de prise en charge sanitaire adaptée des toxicomanes en prison. Il s'agit pourtant pour le médecin d'une population pénale « à très haut risque épidémique » et dont les facteurs de contamination par le VIH sont accrus dans les établissements pénitentiaires du fait notamment des relations homosexuelles, des prêts de rasoirs ou de brosses à dents, des échanges de seringue ou bien encore du sang répandu par les suicidés (et qui est bien souvent nettoyé à mains nues par les détenus auxiliaires). Michel Benezech donne une nouvelle conférence en février 1987, ce qui lui vaut une convocation

93 - Le centre sanitaire de Liancourt devient officiellement un centre de détention en application de l'arrêté du 30 mars 1976 complétant l'article 391^{er} du code de procédure pénale qui fixe la liste des établissements pénitentiaires classés dans la catégorie des centres de détention.

94 - Renaud Crespin, « *Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises* », *Lien social et politiques*, 55, 2006, p. 138. (consulté le 7 mai 2021)

95 - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1985*, Melun, Imprimerie administrative, 1986, p. 14.

96 - « *S.I.D.A. : des prisons à haut risque* », *Le Figaro*, 22 août 1985 ; « *Alerte au SIDA à la prison de Bordeaux* », *France-Soir*, 22 août 1985 ; « *SIDA-psychose à la prison de Gradignan* », *Libération*, 22 août 1985 ; « *Plus de la moitié des détenus toxicomanes sont contaminés par le virus du SIDA* », *Le Monde*, 15 février 1986 ; « *Le virus du SIDA prolifère dans les prisons françaises* », *Le Monde*, 12 février 1987 ; « *S.I.D.A. : dans les prisons, l'épidémie explosive* », *Le Figaro*, 13 février 1987, AN 20070335/49. Voir également Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, op. cit., p. 419.

97 - Ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire, Rapport du docteur Curtet sur les problèmes de toxicomanie en milieu carcéral, 16 juillet 1976, AN 20070335/49.

98 - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1971*, Melun, Imprimerie administrative, 1971, p. 160.

99 - En 1984, les drogues consommées par les 6 268 (soit 7% de la population totale) détenus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants sont l'héroïne (92%), le cannabis (72%), la cocaïne (43%) et les médicaments psychotropes (21%), Note du service des études et de l'organisation de la direction de l'administration pénitentiaire au conseiller technique du garde des Sceaux, Données statistiques et études sur les toxicomanes incarcérés, 23 juillet 1986, AN 20070335/49.

100 - Note du sous-directeur de la sous-direction de l'exécution des peines privatives de liberté et de la réinsertion au directeur adjoint du cabinet du garde des Sceaux, Actions à conduire au niveau pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre la toxicomanie, 12 septembre 1986, AN 20070335/49.

101 - Michel Benezech, Pierre Rager, Jacques Beylot, « *SIDA et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable* », fac-similé de l'article paru dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°171, 1987, p. 215-218, AN 20070335/49.

pour entretien de la part du directeur de l'administration pénitentiaire. Celui-ci reproche au médecin d'avoir déclenché une campagne de presse particulièrement alarmiste :

«[...] les infections virales dont sont porteurs nombre de toxicomanes – quelle que soit l'institution par laquelle ils transitent – ne sont pas liées à la contamination du fait de leur séjour en prison. Or, le message qui a été répercuté dans cette affaire auprès de l'opinion publique repose sur l'affirmation que le virus du SIDA prolifère dans les prisons françaises¹⁰².»

Comme l'a analysé Éric Farges, l'administration pénitentiaire poursuit depuis 1985 une « politique discrète¹⁰³ » à l'égard de l'épidémie de VIH-SIDA, par souci tout à la fois de ne pas alarmer l'opinion publique ainsi que son personnel et de ne pas stigmatiser les détenus. Pour la DAP, le VIH-SIDA n'est pas un problème pénitentiaire, mais un problème sanitaire qui concerne l'ensemble de la société¹⁰⁴. À ce titre, elle entend se conformer strictement aux directives arrêtées par le ministère de la Santé. Ce positionnement ne peut se comprendre que s'il est réinscrit dans le cadre de la « politique de décloisonnement de la médecine en milieu carcéral » qui est conduite depuis les années 1980 et qui a pour objectif de désenclaver le service public pénitentiaire en l'ouvrant à des acteurs extérieurs¹⁰⁵. Ce processus a débuté avec le décret du 26 janvier 1983 qui a organisé le transfert de l'inspection médicale de l'administration pénitentiaire à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ¹⁰⁶. Il s'est ensuite poursuivi avec la création le 10 octobre 1984 d'un comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, dit « comité santé-justice », composé de représentants de l'IGAS, de l'administration pénitentiaire et des différentes directions du ministère de la Santé. Officialisé par un décret du 6 août 1985, ce comité est « chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires¹⁰⁷ ». L'administration pénitentiaire considère depuis 1983 qu'elle n'est plus compétente en matière de problèmes de santé en prison et s'en remet donc en la matière aux préconisations fixées par l'IGAS et le ministère de la Santé.

Mais ces deux instances tardent à réagir vis-à-vis de l'épidémie de VIH-SIDA en prison et les initiatives prises par la DAP pour tenter de la contrarier demeurent donc, au moins dans un premier temps, relativement limitées. Elle adresse le 5 septembre 1985 aux établissements pénitentiaires, aux directions des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et aux

médecins exerçant en milieu carcéral une circulaire comportant des renseignements techniques relatifs au VIH-SIDA qui a essentiellement pour objectif de répondre aux inquiétudes manifestées par son personnel, notamment suite à une demande formulée au mois d'août 1985 par le syndicat Force Ouvrière d'isoler les détenus « porteurs - sains - du virus du SIDA¹⁰⁸ ». Une concertation est organisée au mois d'août 1985 avec les organisations syndicales en présence d'un représentant de la direction générale de la santé (DGS) pour les informer précisément des modes de contamination de la maladie et la DAP adresse aux DRSP une note d'information sur le VIH-SIDA :

« Les interprétations mythiques à l'égard de cette infection virale conduisent parfois les personnels non avertis à des réactions de rejet des personnes porteuses du virus, même dans les cas où à l'évidence elles ne sont pas malades. [...] Il m'apparaît particulièrement important à cette occasion de souligner, ainsi que cela a déjà été fait à plusieurs reprises par les spécialistes de cette question que « les contacts de la vie de tous les jours ne présentent aucun danger », la contamination ne pouvant s'effectuer que par la voie sanguine ou sexuelle, et qu'en conséquence, pour ce qui concerne les établissements pénitentiaires, rien ne justifie pour ce seul motif, d'envisager le transfert sur l'hôpital de Fresnes ou sur une quelconque structure hospitalière des détenus qui, bien que porteurs d'anticorps, ne manifestent aucun symptôme du SIDA. À l'inverse, et afin de prévenir toute contamination susceptible de se produire par relations sexuelles, est-il nécessaire, lorsqu'un risque existe à cet égard, que ces détenus soient placés seuls dans une cellule, et que les règles d'hygiène habituelles soient strictement appliquées¹⁰⁹. »

En parallèle, une étude épidémiologique est lancée à l'hôpital du centre pénitentiaire de Fresnes à l'initiative du médecin coordinateur Pierre Espinoza. Si elle « a pour objectif de montrer que l'incarcération n'expose pas au risque de contamination par le virus LAV¹¹⁰ », elle révèle néanmoins que le nombre de détenus séropositifs chez les arrivants atteint 13%. Mais pour l'administration pénitentiaire, cette prévalence ne concerne que les grands établissements parisiens et ne saurait être étendue à l'ensemble des prisons françaises¹¹¹. La DAP refuse de mettre en œuvre contre le VIH-SIDA les mêmes mesures de contrôle sanitaire qu'elle a instaurées pour juguler la tuberculose et la syphilis (dépistage obligatoire et isolement des malades), conformément aux préconisations fixées par l'IGAS en adéquation avec le

102 - Le directeur de l'administration pénitentiaire à Michel Benezech, 10 février 1987, 20070335/49.

103 - Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, op. cit., p. 416.

104 - Le directeur de l'administration pénitentiaire au conseiller technique du garde des Sceaux, 1^{er} octobre 1987, AN 20070335/49.

105 - Sur cette politique de désenclavement, voir Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1983*, Melun, Imprimerie administrative, 1984, p. 197. Voir également Éric Farges, « *Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994* », *Raisons politiques*, 2007/1 (no 25), p. 101-125.

106 - L'inspection médicale de l'administration pénitentiaire a été créée en 1959 par l'article D. 372 du code de procédure pénale. Un médecin inspecteur est affecté à la DAP où il est chargé de l'inspection des services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire. Il s'assure du point de vue technique du fonctionnement des services sanitaires et de l'observation des règles d'hygiène dans les prisons. Les médecins des établissements peuvent correspondre directement avec lui à l'occasion des affaires mettant en cause le secret professionnel. Voir Bruno Milly, *Soigner en prison*, op. cit., p. 89.

107 - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1985*, Melun, Imprimerie administrative, 1986, p. 186.

108 - « *Des porteurs - sains - du virus du SIDA dans les prisons : le syndicat FO des Gardiens demande l'isolement de ces détenus* », dépêche de l'Agence France Presse, 21 août 1985, AN 20070335/49.

109 - Note du directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux des services pénitentiaires, 20 août 1985, AN 20070335/49.

110 - Le docteur Espinoza au garde des Sceaux, 27 octobre 1986, AN 20070335/49.

111 - Le directeur de l'administration pénitentiaire au conseiller technique du garde des Sceaux, 1^{er} octobre 1987, AN 20070335/49

principe de « responsabilité partagée¹¹² » arrêté par le gouvernement français en matière de lutte nationale contre le VIH-SIDA. Un groupe de travail chargé de l'étude sur les maladies sexuellement transmissibles relevant du comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral se réunit le 24 février 1987 au ministère de la Santé. Piloté par l'IGAS, il est chargé de faire des propositions en matière de prévention du VIH-SIDA dans les établissements pénitentiaires¹¹³. Le comité recommande tour à tour de proposer le dépistage aux détenus présentant des symptômes ou qui en font la demande ; la mise en œuvre d'une politique de prévention ; l'organisation d'une information continue des personnels et des détenus ; et l'institutionnalisation de relations entre établissements pénitentiaires et services spécialisés des centres hospitaliers afin de prévoir l'accueil des détenus malades dans ces services et d'aménager des consultations effectuées en prison par des praticiens hospitaliers. Ces recommandations font l'objet d'une circulaire conjointe des ministères de la Justice et des Affaires sociales le 1^{er} février 1988 puis d'une circulaire interministérielle des ministères de la Justice et de la Santé le 17 mai 1989. Ce rapprochement interinstitutionnel aboutit la même année à la mise en place de conventions passées entre des établissements pénitentiaires et des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH)¹¹⁴. Le coût du personnel médical de ces consultations est supporté par l'hôpital tandis que celui des prescriptions et des analyses biologiques est soutenu par le ministère de la Justice. L'intervention des équipes des CISIH en prison permet aux détenus atteints du VIH-SIDA de recevoir des soins adéquats pouvant être poursuivis après leur libération.

Pour se donner les moyens de piloter cette nouvelle organisation, la DAP se dote en septembre 1990 d'un bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie. Mais la gestion de l'épidémie de VIH-SIDA devient de plus en plus difficile. En 1991, la prévalence du VIH-SIDA est d'environ 5% dans la population pénale, soit environ dix fois plus que dans la population générale et le nombre de détenus ayant déclaré la maladie a augmenté de près de 200% entre 1988 et 1991, ce qui a entraîné des coûts de prise en charge considérables pour l'administration pénitentiaire. Sans compter le risque sanitaire que représentent les malades à leur sortie de prison et l'augmentation des cas d'hépatite C (VHC) et de tuberculose liés au SIDA en détention. Comme elle le reconnaît elle-même, la DAP ne dispose ni des moyens financiers, ni des compétences humaines pour pouvoir faire face à cette situation :

« Ces problèmes de santé publique [toxicomanie et VIH-SIDA] ne peuvent être traités par l'administration pénitentiaire. En effet, la gravité et les enjeux liés à ces pathologies appellent de façon urgente une mise à niveau des moyens

et surtout l'assurance d'une continuité des soins entre la prison et l'extérieur, que seuls les services de santé publique, au premier rang desquels l'hôpital, peuvent assurer¹¹⁵. »

En juillet 1992, le garde des Sceaux et le ministre de la Santé décident de confier sous l'égide du Haut comité de la santé publique une mission à Gilbert Chodorge, directeur de l'hôpital d'Orsay. Elle est chargée de « rechercher et de proposer des modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique ». Le rapport remis par la mission en janvier 1993 propose de transférer l'organisation des soins et des politiques de prévention sanitaire à l'égard des personnes détenues au service public hospitalier par le biais de conventions passées entre chaque établissement pénitentiaire et son hôpital de proximité. Cette réforme est entérinée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui fait passer l'organisation des soins du service public pénitentiaire au service public hospitalier¹¹⁶.

L'affaire dite du « sang contaminé » dans les prisons

Pour Éric Farges, le VIH-SIDA constitue un « réformateur social¹¹⁷ » qui en révélant les insuffisances de l'organisation de la médecine en milieu carcéral a accéléré son processus de décloisonnement. Sans toutefois être le seul facteur à l'origine de la réforme de 1994, l'épidémie de VIH-SIDA y a effectivement contribué de manière décisive. De même, l'affaire dite du « sang contaminé » a aussi participé à mettre en lumière ces insuffisances, mais sous un jour beaucoup plus dramatique. Le 12 avril 1991, le quotidien *Le Monde* publie un article intitulé « Contamination : le sang des prisons » entraînant un nouveau rebondissement de l'affaire dite du « sang contaminé » qui a éclaté en 1988 à la suite d'une plainte déposée par des patients hémophiles contaminés par transfusion sanguine par les VIH, VHC et virus de l'hépatite B (VHB). Les journalistes affirment que l'essentiel des contaminations post-transfusionnelles survenues en France proviennent de la décision prise par les autorités médicale, sanitaire et judiciaire de multiplier les collectes de sang en prisons et de ne les avoir stoppées que trop tardivement. Cet article rencontre un important retentissement médiatique et entraîne l'ouverture le 13 avril 1992 d'une enquête administrative conjointe conduite par l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'IGAS¹¹⁸.

Le don du sang en prison

La pratique du don du sang en prison qui est à l'origine de ce scandale remonte aux années 1950. À cette époque, les détenus qui souhaitent donner leur sang se voient systématiquement opposer un refus de la part de l'administration

112 - Delphine Moreau, « "Dispositifs de sécurité" et épidémie de sida », *Labyrinthe* [En ligne], 22 | 2005 (3), mis en ligne le 22 juillet 2008, consulté le 31 mai 2021.

113 - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1987*, Melun, Imprimerie administrative, 1987, p. 181.

114 - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1989*, Melun, Imprimerie administrative, 1990, p. 12.

115 - Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire 1992*, Melun, Imprimerie administrative, 1993, p. 228.

116 - Voir Yasmine Bouagga, *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, thèse de doctorat de sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2013, p. 84.

117 - Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, op. cit., p. 414.

118 - Inspection générale des services judiciaires, inspections générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, novembre 1992, AN 20070335/50.

pénitentiaire qui craint qu'ils ne prétendent « ultérieurement, bien que volontaires, qu'ils [aient] été moralement forcés de se soumettre aux prélèvements sanguins¹¹⁹. » La DAP redoute effectivement d'être accusée d'avoir forcé les détenus à donner leur sang :

« Le fait de susciter des dons de sang chez des individus privés provisoirement ou définitivement de leur liberté pourrait laisser supposer qu'une pression morale ou autre est exercée sur eux pour les engager à offrir leur sang. Le don bénévole de sang constituant un acte de solidarité essentiellement volontaire, il ne me paraît pas souhaitable, dans ces conditions, d'engager une propagande en sa faveur auprès des détenus¹²⁰. »

Mais la DAP n'interdit pas les dons de sang non plus. En la matière, elle s'appuie sur un avis délivré le 11 juin 1951 par le ministère de la Santé publique et ne consent aux prélèvements sanguins en détention qu'à moins qu'il ne s'agisse de répondre « à un besoin exceptionnel et urgent (par exemple, pour sauver un de leurs camarades, ou un membre du personnel, ou pour répondre à un appel motivé par un accident grave)¹²¹. » C'est notamment le cas lorsqu'en 1957 un ex-surveillant lance un appel à destination des détenus de la maison centrale de Melun pour sa fille de neuf ans qui a besoin d'une transfusion sanguine. Parmi les nombreux détenus qui se portent volontaires, 10 sont jugés aptes et sont autorisés à donner leur sang sous le contrôle d'un médecin du centre national de transfusion sanguine¹²². Mais de 1948 à 1958, seule la maison centrale de Melun se voit accorder à titre exceptionnel l'autorisation d'organiser un don du sang auprès des détenus dans le cadre d'une journée du sang¹²³. Tous les autres établissements qui font la même demande essuient un refus. Ce qui provoque des plaintes de la part de détenus frustrés de ne pas pouvoir donner leur sang. Certains d'entre eux escomptent à tort pouvoir obtenir en contrepartie un régime de faveur :

« [...] J'ai appris que je pouvais être donneur de sang même en étant en prison. Je serais très heureux de pouvoir le faire. Pour cela, je vous demanderez de bien vouloir intervenir pour me faire transférer à la centrale de Toul - Caserne Ney - afin que je puisse faire le nécessaire auprès de monsieur le sous Préfet de Toul. J'ai écrit à la sous préfecture de Toul en même temps qu'à votre Excellence. Je vous serais infiniment reconnaissant de faire choix à ma requête¹²⁴. »

D'autres souhaitent plus simplement pouvoir continuer à disposer du droit de donner leur sang en prison :

« [...] Étant donneur de sang bénévole, je voudrais par la présente me mettre à la disposition d'un hôpital pour aider la société, si l'on a besoin de moi, en qualité de donneur de sang bénévole. Si l'on peut considérer cela comme un service, je suis prêt à le rendre et à me soumettre à n'importe quelle condition qu'on voudra bien me dicter¹²⁵. »

À ces plaintes s'ajoutent celles de centres de transfusion sanguine qui sollicitent régulièrement l'autorisation de l'administration pénitentiaire pour collecter du sang dans les prisons. Celles-ci représentent effectivement un bassin constant de donneurs faciles à prélever et l'opération y est peu coûteuse à organiser. Face à ces multiples pressions, la DAP autorise en 1959 les dons du sang sous réserve que les détenus soient volontaires et reconnus aptes par le médecin de l'établissement¹²⁶. Puis elle décide de les organiser officiellement par une circulaire en date du 7 août 1963 qui fixe un certain nombre de règles : le don ne peut se pratiquer que sur la base du volontariat, qu'après l'accord du médecin qui doit signaler les détenus sur lesquels le prélèvement est médicalement déconseillé et les collectes sont limitées à deux par an et par établissement. À partir de cette date, les prélèvements sanguins en prison deviennent très fréquents¹²⁷ et le don du sang des détenus représente désormais pour l'administration pénitentiaire un droit auquel elle ne peut plus s'opposer. La plupart des pays européens l'ont également autorisé et l'administration considère qu'il participe à leur réinsertion sociale, comme en témoigne le fait que les collectes de sang en prison soient administrées et suivies par le bureau en charge de la réinsertion :

« Sur le plan psychologique, il est intéressant de noter que ce don du sang a été interprété par la majorité des condamnés comme un geste de solidarité envers la population civile. Ils sentaient qu'ils se rendaient utiles. Plusieurs ont même refusé la collation en déclarant : "Je ne vends pas mon sang. Je l'offre". En n'acceptant pas ce casse-croûte qui était pourtant appétissant ils ont pensé mettre mieux en évidence l'élan généreux de leur cœur¹²⁸. »

L'affaire dite du « sang contaminé »

Mais ces collectes entraînent une véritable catastrophe sanitaire avec l'émergence de l'épidémie de VIH-SIDA au début des années 1980. Avant 1985, les connaissances liées à cette nouvelle maladie demeurent lacunaires et mal maîtrisées. Les premiers travaux du professeur Luc Montagnier publiés dans la revue *Science* en juin 1983 avancent l'hypothèse d'une origine infectieuse liée à un rétrovirus et à peine 59 cas ont été recensés en France entre mars 1982 et juin 1983. Cette méconnaissance n'empêche toutefois pas un groupe de médecins au sein de la DGS de considérer le VIH-SIDA comme une « maladie infectieuse due à un virus et transmissible par voie sexuelle et sanguine » et de rédiger le 20 juin 1983 une première circulaire relative à la prévention de l'éventuelle transmission du VIH par la transfusion sanguine. Ce texte est adressé aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et aux DDASS. Il contient des mesures de précaution à prendre en matière de prélève-

119 - Note du directeur de l'administration pénitentiaire au directeur des prisons de Fresnes, 12 octobre 1954, AN 19960279/56.

120 - Le garde des Sceaux au docteur Charles Mérieux, 21 septembre 1953, AN 19960279/56.

121 - Note d'André Perdriau au directeur régional des services pénitentiaires de Lyon, 27 mars 1958, AN 19960279/56.

122 - Le directeur de la maison centrale de Melun au garde des Sceaux, 31 août 1957, AN 19960279/56.

123 - Le directeur de la région pénitentiaire de Paris au garde des Sceaux, 10 février 1955, AN 19960279/56.

124 - Richard R. au garde des Sceaux, 10 avril 1955, AN 19960279/56.

125 - Robert F. au ministre de la Justice, 10 septembre 1961, AN 19960136/113.

126 - Note pour le directeur de la maison centrale de Melun, Prélèvements de sang par le centre national de transfusion sanguine, 4 janvier 1960, AN 19960136/113.

127 - Par exemple près de 16 006 détenus donnent leur sang durant l'année 1967, Collecte du sang par les centres de transfusion sanguine dans les prisons, récapitulation au 1^{er} décembre 1967, AN 19960148/86.

128 - Le directeur de la maison centrale de Melun au garde des Sceaux, 6 février 1954, AN 19960279/56.

ments destinés aux établissements de transfusion sanguine. Face à l'absence de test biologique et du fait de la gravité de cette nouvelle maladie, il leur est recommandé d'adopter une attitude de « grande prudence » vis-à-vis des populations à risque que sont les personnes homosexuelles ou bisexuelles ayant des partenaires multiples, les utilisateurs de drogues injectables par voie intraveineuse et les personnes originaires d'Haïti et d'Afrique équatoriale. La circulaire n'exclut donc pas du don ces populations, mais enjoint plutôt d'écartier les donneurs issus de ces populations qui présenteraient « des signes pathologiques suspects ». D'autre part, la circulaire n'évoque pas les collectes de sang en établissements pénitentiaires car les liens entre toxicomanie et prison, entre VIH-SIDA et prison et entre VIH-SIDA et transfusion sanguine ne sont pas encore évidents pour la plupart des spécialistes de l'époque, comme en témoigne le texte de la circulaire :

« Bien que la transfusion sanguine française ne constitue actuellement qu'un risque minime de transmission du SIDA, le caractère grave de cette affection et l'absence de test approprié pour la détection des éventuels porteurs de son agent pathogène conduisent le secrétariat d'État chargé de la santé à recommander les mesures suivantes aux médecins des établissements de transfusion sanguine¹²⁹. »

Il s'agit donc d'un simple principe de prudence que les médecins des centres de transfusion sanguine sont invités à observer. Mais cette circulaire est perçue comme discriminatoire par la communauté des médecins transfusionnels et elle est donc peu appliquée. La situation évolue à partir du 15 octobre 1984 lorsque la DGS recense les premiers cas d'hémophiles contaminés par le VIH par voie post-transfusionnelle. Ce mode de contamination étant clairement établi, la DGS adresse le 16 janvier 1985 une lettre-circulaire à tous les établissements de transfusion sanguine leur rappelant que les consignes contenues dans la circulaire du 20 juin 1983 doivent être strictement appliquées.

Mais cette circulaire n'a pas été adressée à l'administration pénitentiaire qui n'en a donc pas eu connaissance. De surcroît, l'organisation de son service médical présente un ensemble de faiblesses structurelles qui ne lui permettent pas de disposer d'une information précise sur la situation sanitaire de ses établissements. Le décloisonnement de la médecine carcérale en est à ses balbutiements et l'IGAS, en charge de l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires depuis 1983, se concentre sur la réalisation de bilans sanitaires dans lesquels figurent les principales affections des détenus, à savoir la tuberculose, les maladies vénériennes et les maladies mentales, mais pas le VIH-SIDA car les premiers cas recensés dans les prisons françaises ne surviennent qu'au printemps 1985. D'autre part, le rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire indique que l'IGAS n'est pas informée de la pratique des collectes de sang en prison. Enfin, aucun signal d'alerte n'est adressé à l'administration pénitentiaire de la part des médecins exerçant en milieu carcéral, ni d'ailleurs de la part des centres de transfusion sanguine de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP) et de Versailles qui sont pourtant les premiers à

avoir pris la décision de ne plus prélever de sang en détention entre les mois de mai et d'août 1983 compte tenu des risques infectieux. Ces différents facteurs expliquent pourquoi l'administration pénitentiaire adresse le 13 janvier 1984 une note aux DRSP autorisant l'augmentation du rythme des collectes de sang « dans les grands établissements où, le flux étant important, les prélèvements pourront être effectués sur un plus grand nombre de détenus¹³⁰. » Cette note, au regard du contexte de son élaboration, n'est pas considérée comme « fautive » par l'inspection, qui conclut qu'elle n'a pas eu d'impact sur le nombre des prélèvements :

	Collectes	Prélèvements
Moyenne des années 1981/1983	213	17 452
1983	234	18 796
1984	232	18 156

Source : Inspection générale des services judiciaires, inspection générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, op. cit., p. 137, AN 20070335/50.

Mais elle révèle néanmoins le niveau de méconnaissance qu'entretient alors l'administration pénitentiaire vis-à-vis du danger sanitaire que représente le VIH-SIDA. Cette méconnaissance est également partagée par la communauté scientifique qui ne saisit pas encore précisément l'étiologie de cette maladie, notamment son évolution entre sa phase asymptomatique (qui peut durer plusieurs années) et son stade final (celui du SIDA). C'est ce qui conduit par exemple certains spécialistes à affirmer en juillet 1985 que « 5 à 15 % des personnes porteuses du virus ont ou auront le SIDA¹³¹ ». Cette affection est en outre encore considérée comme une maladie rare et sa gravité est largement sous-estimée. Sa compréhension commence néanmoins à évoluer à partir de l'été 1985. Le 20 juin 1985, la question de la collecte de sang en établissements pénitentiaires est pour la première fois abordée par la commission consultative de la transfusion sanguine (CCTS¹³²) et donne lieu à la rédaction d'une lettre commune de l'Association pour le développement de la transfusion sanguine et de la Société nationale de transfusion sanguine (ADTS-SNTS). Celle-ci est transmise aux établissements de transfusion sanguine le 4 juillet 1985 et les enjoint d'observer les plus grandes précautions lors des collectes en milieu carcéral « qu'il reste souhaitable d'éviter dans la mesure du possible ».

De son côté, le docteur Espinoza rédige le 26 juillet 1985 un rapport présentant les résultats d'une collecte de sang expérimentale organisée au centre pénitentiaire de Fresnes. Il y indique que le dépistage clinique des détenus donneurs n'est pas fiable car beaucoup mentent au moment de leur entretien afin de ne pas être stigmatisés auprès du personnel ou des autres détenus. Le don est également considéré pour beaucoup d'entre eux comme l'opportunité de connaître leur statut sérologique, comme en témoigne ce courrier :

« [...] Comique le don du sang de ce jour [...], nous avons été rejeté, le Toubib a eu peur du sida, vu que tous ceux cata-

129 - Inspection générale des services judiciaires, inspection générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, op. cit., p. 105.

130 - *Ibid.*, p. 132.

131 - *Ibid.*, p. 142.

132 - Cette commission dans laquelle siègent les directeurs des établissements de transfusion sanguine a un rôle de conseil en matière de don du sang auprès du ministre de la Santé.

logués homosexuels, nous y sommes allés, ou presque tous. Le Toubib en lui-même a du se dire un pédé [sic] ça va, trois bonjour le sida. Mais je viens de me poser la question pourquoi n'a-t-on pas pris notre sang, ceci pour justement en faire une analyse. Car je tiens à vous signaler que j'ai déjà donné mon sang plusieurs fois ici sans problème mais je ne comprends pas pourquoi nous n'avons pas le droit de subir un check up de contrôle, depuis que je suis ici je n'ai eu le droit à la prophylaxie prise de sang pour analyse qu'une fois en 25 mois, et j'ai appris dernièrement que c'était tous les trois mois ! [...] Est-il possible de passer un check up ?¹³³ »

Quant au dépistage biologique qui est systématisé pour tous les dons du sang à partir du 1^{er} août 1985, celui-ci n'est pas fiable non plus du fait de la fenêtre de séroconversion des malades atteints par le VIH¹³⁴. Le docteur Espinoza conclut donc son rapport en réclamant la suppression des dons du sang au grand quartier du centre pénitentiaire de Fresnes et alerte clairement sa hiérarchie sur les risques de transmission du VIH post-transfusionnel en prison :

« Est-il raisonnable de poursuivre le don sur un plan éthique en sachant que 54% des sujets qui se sont présentés appartiennent à une population à risque ? Poursuivre le don du sang dans ce contexte et compte tenu de nos connaissances actuelles sur le virus LAV serait accepter un ou plusieurs SIDA post-transfusionnels non détectables par la sérologie LAV. [...] Ces résultats révèlent, également, la fréquence des porteurs du virus de l'hépatite B et du virus LAV au sein de la population pénale, ce qui pose un problème de santé publique¹³⁵. »

Ce rapport est transmis aux directeurs des centres départementaux de transfusion sanguine de l'Île-de-France, au directeur de la DGS et à la directrice de l'administration pénitentiaire, Myriam Ezratty. Celle-ci ordonne aussitôt de téléphoner aux DRSP afin qu'ils suspendent temporairement les collectes de sang en prison. Mais aucun ordre écrit n'est transmis de crainte qu'il ne contribue à alarmer le personnel et les détenus. Puis le 7 novembre 1985, la CCTS se réunit et un nouveau courrier de l'ADTS et de la SNTS est adressé aux établissements de transfusion sanguine leur « déconseillant très fermement » de collecter du sang en milieu carcéral. Mais aucune décision officielle d'arrêt des collectes en prison n'est prise par la DGS. Ainsi, si la plupart des 163 centres de transfusion sanguine stoppent d'eux-mêmes à partir de 1985 les prélèvements en établissements pénitentiaires, certains continuent d'y collecter du sang après cette date et ce jusqu'en 1991 : 29 prélèvements sont effectués en 1986, 20 en 1987, 13 en 1988, 11 en 1989, 12 en 1990 et 6 en 1991. D'après une estimation réalisée par l'inspection, ces prélèvements sanguins auraient été à l'origine de 25,4% du total des contaminations par le VIH par des produits sanguins labiles en 1985 (alors qu'ils ne représentaient que 0,37% de la totalité des dons sur l'année), 2,9% en 1986 et 1,3% en 1987.

L'analyse du circuit de la responsabilité administrative qui a mené à ce résultat conduit l'inspection à reconnaître comme « inexcusables » les établissements de transfusion sanguine qui ont continué à prélever du sang en prison après le mois de novembre 1985 et à pointer du doigt la « faillite » de la DGS quant à sa mission. En ce qui concerne l'administration pénitentiaire, l'inspection considère sa défaillance comme « secondaire » du fait notamment d'une « organisation sanitaire des prisons qui n'assure l'échange d'informations ni entre les médecins des établissements, ni entre ceux-ci et l'administration centrale et un manque de moyens qui ne met pas toujours les médecins pénitentiaires en mesure de bien remplir leur mission¹³⁶. » Pour éviter qu'une telle crise sanitaire ne puisse se reproduire à l'avenir, l'inspection préconise de mener jusqu'à son terme le processus de décloisonnement de la médecine en milieu carcéral.

Le VIH-SIDA a ainsi mis en échec la politique de lutte contre les épidémies carcérales élaborée par l'administration pénitentiaire à partir de la Libération. Reposant sur le dépistage systématique et l'isolement des détenus contaminés par la tuberculose ou des maladies vénériennes, elle s'est avérée inadaptée pour contrer cette nouvelle maladie dont l'étiologie ne se prêtait pas à ce type de traitement. Car à l'inverse de la tuberculose, le VIH-SIDA ne se transmet pas par voie aérienne, ce qui limite donc les risques de contagion en prison et rend inutile le recours à l'isolement des malades. D'autre part, en refusant de les isoler et ou de leur imposer un dépistage obligatoire, l'administration pénitentiaire s'est alignée sur la politique nationale de lutte contre le VIH-SIDA définie par le ministère de la Santé. Celle-ci s'est articulée autour d'une responsabilisation des acteurs et non sur l'ostracisation des malades. Ce faisant, ce changement de paradigme épidémiologique a placé l'administration pénitentiaire face à une limite dans son exercice du pouvoir médical et a réactivé avec une urgence criante la demande de son transfert au ministère de la Santé qu'elle avait formulée dès 1952 :

« Les obligations médicales assumées spontanément par l'administration pénitentiaire soulèvent des difficultés telles que l'on peut se demander s'il n'est pas présomptueux de sa part de les avoir revendiquées et s'il ne serait pas plus conforme à la nature des choses de la dessaisir de ses responsabilités au profit du Ministère de la Santé publique¹³⁷. »

Conclusion

La politique sanitaire conduite par l'administration pénitentiaire contre les épidémies carcérales à partir de la Libération vise à contrôler le risque infectieux à l'intérieur des prisons afin de le contenir et de prévenir sa propagation au reste de la population. Face à la prévalence de la tuberculose et de la syphilis au sein de la population pénale, cette stratégie d'endigement repose principalement sur le dépistage de ces deux maladies contagieuses à l'entrée des prisons et sur l'iso-

133 - Lettre d'un détenu au directeur du centre pénitentiaire de Fresnes, 11 juillet 1985, AN 20070335/49.

134 - Voir Jean-François Picard, William H. Schneider, « *L'histoire de la transfusion sanguine dans sa relation à la recherche médicale* », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n°49, 1996, p. 16.

135 - Le docteur Espinoza au directeur de la direction générale de la Santé et à la directrice de la direction de l'administration pénitentiaire, 26 juillet 1985, AN 20070335/49.

136 - Inspection générale des services judiciaires, inspection générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, observations faisant suite à la communication du rapport, réponses de la mission et synthèse de l'enquête*, novembre 1992, p. 8.

137 - Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, *Année 1952, Rapport annuel sur l'exercice 1951, op. cit.*, 1952, p. 114.

lement des détenus contaminés dans des centres sanitaires. Ce « dispositif de sécurité¹³⁸ » hérité du début du XX^e siècle permet ainsi de dresser un cordon sanitaire relativement efficace autour des établissements pénitentiaires jusqu'à la fin des années 1970. En parallèle, l'usage de l'antibiothérapie à partir des années 1940 réduit considérablement la mortalité de la tuberculose et de la syphilis. Mais cette barrière s'avère défaillante face au VIH-SIDA, maladie mortelle apparue à partir des années 1980 et qui réactive des peurs sociales séculaires liées aux grands fléaux épidémiques, comme la peste ou le choléra. Selon Claude Thiaudière, le traitement de la tuberculose et des maladies vénériennes par le dépistage obligatoire et l'isolement des malades dans des sanatoriums ou des dispensaires antivénériens représentent « l'ancien régime¹³⁹ » des modalités d'intervention en matière de lutte contre les maladies infectieuses. Ces techniques occupent une place marginale dans le système de santé au début des années 1980 et représentent « un modèle socialement et médicalement dépassé¹⁴⁰ ». Le « nouveau régime » alors en cours au moment de l'irruption du VIH-SIDA, et qui a pour étalon les maladies dégénératives ou génétiques, repose non plus sur des techniques d'intervention de masse mais sur la responsabilisation des individus et sur un changement de leurs comportements. La lutte contre le VIH-SIDA, maladie infectieuse et épidémique, aurait pu renouer avec les mesures « d'hygiène sociale » utilisées pour lutter contre la tuberculose ou la syphilis.

Mais elle s'organise autour d'associations de malades¹⁴¹ qui participent à l'élaboration avec les pouvoirs publics d'une politique articulée autour du respect de la liberté individuelle. D'où le choix de ne pas isoler les malades, ni de leur imposer un dépistage obligatoire. Sans compter les risques de stigmatisation auxquels ce type de traitement aurait pu les exposer, en particulier au sein des microsociétés que forment les prisons¹⁴². Cette nouvelle épidémie révèle néanmoins les insuffisances de la politique sanitaire de l'administration pénitentiaire et le scandale de l'affaire dite du « sang contaminé » démontre son incapacité à empêcher sa propagation au reste de la population. Ainsi, tout comme il pousse l'État à le reconnaître tardivement comme un véritable « fléau » et à mettre en œuvre à partir de 1986 une véritable politique publique de lutte, le VIH-SIDA contribue à accélérer le processus de décroisement de la médecine en milieu carcéral qui en matière de prophylaxie des maladies contagieuses débute dès les années 1950 avec le transfert des dépistages de la tuberculose et des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique. Et qui s'achève en 1994 avec le transfert définitif au service public hospitalier de la prise en charge sanitaire des détenus.

138 - Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, coll. Hautes études, 2004, p. 12.

139 - Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2002, p. 6.

140 - *Ibid.*, p. 4-5.

141 - Voir Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. Cas de figure, 2003, p. 75 et suiv.

142 - Voir Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1975, p. 57 et suiv. Voir également Lucie Bony,

« *Rapports sociaux en détention et usages de l'espace carcéral* », *Métropolitiques*, 15 janvier 2018. URL : <https://metropolitiques.eu/Rapports-sociaux-en-detention-et-usages-de-l-espace-carceral.html> (consulté le 10 août 2021)

Bibliographie

- Paul Amor, « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946. Rapport de M. Amor, directeur de l'Administration pénitentiaire. Présidence de M. Amor et de M. Teitgen, garde des Sceaux, Ministre de la Justice », *Revue pénitentiaire et de droit pénal. Bulletin de la Société générale des prisons*, n°1, janvier-mars 1947, p. 3-36.
- Robert Badinter, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, coll. Histoire, 1992.
- Michel Benezech, Pierre Rager, Jacques Beylot, « SIDA et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°171, 1987, p. 215-218.
- Elsa Besson, « Quand la cellule devient la norme. Théories de l'architecture carcérale au XIX^e siècle », *Métropolitiques*, 22 janvier 2018.
- Lucie Bony, « Rapports sociaux en détention et usages de l'espace carcéral », *Métropolitiques*, 15 janvier 2018.
- Yasmine Bouagga, *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, thèse de doctorat de sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2013.
- Philippe Combessie, *Prisons des villes et des campagnes*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, coll. Champs pénitentiaires, 1996.
- Renaud Crespin, « Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises », *Lien social et politiques*, 55, 2006, p. 137-147.
- Hervé Dajon, « La douche, une invention d'un médecin des prisons, le docteur Merry Delabost », *Criminocorpus* [En ligne], Varia, mis en ligne le 26 janvier 2013.
- Aude-Emmanuelle Develay, Charlotte Verdot, Isabelle Grémy, « Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations », *Santé Publique*, 2015/4 (Vol. 27), p. 491-502. DOI : 10.3917/spub.154.0491.
- Nicolas Dodier, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. Cas de figure, 2003.
- Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation 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 de Sciences politiques, Université Lumière Lyon 2, juin 2013.
- Michel Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, coll. Hautes études, 2004.
- Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1975.
- Meoïn Hagège, *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou l'hépatite C en Île-de-France*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2016.
- Hindi Hedhili-Azéma, « La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945 », *Criminocorpus* [En ligne], L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité, Partie 1- La réforme pénitentiaire de 1945 : l'amendement du condamné, [mis en ligne](#) le 9 septembre 2019.

- Inspection générale des services judiciaires, inspections générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, novembre 1992.
- Inspection générale des services judiciaires, inspections générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, observations faisant suite à la communication du rapport, réponses de la mission et synthèse de l'enquête*, novembre 1992.
- Fanny Layani, « *Ce que la guerre fait aux prisons. L'impact de la guerre d'indépendance algérienne sur les prisons de métropole* », *Criminocorpus* [[En ligne](#)], L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité, Partie 1 - La réforme pénitentiaire de 1945 : l'amendement du condamné, mis en ligne le 09 septembre 2019. • Olivier Milhaud, *Séparer et punir. Une géographie des prisons françaises*, Paris, CNRS Éditions, 2017.
- Bruno Milly, *Soigner en prison*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Sociologies, 2001.
- Ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire, *Audition du directeur de l'administration pénitentiaire par la mission sénatoriale de contrôle sur les mesures liées à l'épidémie de Covid-19, 29 avril 2020, Discours introductif de Stéphane Bredin*.
- Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Code pénitentiaire*, Melun, Imprimerie administrative, 1845-1967.
- Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général*, Melun, imprimerie administrative, 1945-2011.
- Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Justice, *Statistique pénitentiaire*, Melun, Imprimerie administrative, 1880-1946.
- Delphine Moreau, « "Dispositifs de sécurité" et épidémie de sida », *Labyrinthe* [[En ligne](#)], 22 | 2005 (3), mis en ligne le 22 juillet 2008.
- Michelle Perrot, *Les ombres de l'histoire. Crime et châtement au XIXe siècle*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 2001.
- Jacques-Guy Petit, *Ces peines obscures. La prison pénale en France (1780-1875)*, Paris, Fayard, 1990.
- Jean-François Picard, William H. Schneider, « L'histoire de la transfusion sanguine dans sa relation à la recherche médicale », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n°49, 1996, p. 3-17.
- Jean-Lucien Sanchez, « *Les débuts du fonctionnement du Centre national d'orientation* », *L'évaluation des personnes placées sous main de justice : genèse, usages, enjeux. Actes des journées d'études internationales de la Direction de l'administration pénitentiaire des 10 et 11 octobre 2019*, Paris, ministère de la Justice, coll. Travaux & Documents, n°89, 2020, p. 13-26.
- Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2002.
- Bénédicte Vergez-Chaignon, *Vichy en prison. Les épurés à Fresnes après la Libération*, Paris, Gallimard, coll. La suite des temps, 2006.

► La grippe espagnole de 1918-1919 et sa gestion par les autorités

Freddy Vinet, professeur à l'université Paul-Valéry Montpellier 3

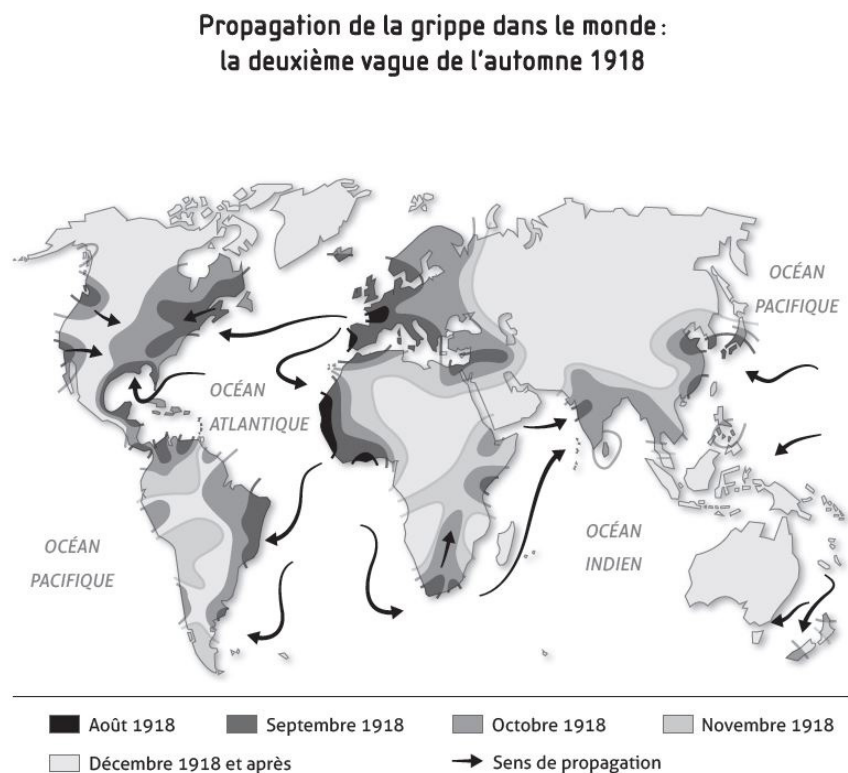
Depuis le printemps 2020, les médias, les autorités, etc., ont fait un retour un peu forcé sur la pandémie de grippe espagnole dont le grand public connaît finalement assez peu de choses. Alors que la gestion de l'épidémie de Covid-19 a été pour le moins chaotique, on est tenté de trouver des références dans le passé. La grippe espagnole constitue à ce titre un précédent compte tenu de son bilan à l'échelle mondiale et de la désorganisation des sociétés qu'elle généra. Comment les autorités d'alors ont-elles géré (ou pas !) l'épidémie ? Quelles ont été les mesures préventives ? Ont-elles été respectées ? Ont-elles été efficaces ? Après quelques généralités pour resituer la pandémie grippale de 1918-1919, nous reviendrons sur sa gestion, par les autorités politiques nationales, par les autorités locales (préfectures et municipalités) et enfin par l'institution militaire pour laquelle on dispose de sources abondantes. Nous terminerons par un bilan comparatif provisoire entre la grippe espagnole et l'épidémie de Covid-19 de 2019-2022.

1. La diffusion de l'épidémie de grippe espagnole

1.1. Cinétique mondiale

L'épidémie de grippe espagnole s'est répandue à travers le monde entre mars 1918 et août 1919 pour ses derniers soubresauts en Océanie. Le bilan est estimé entre 50 et 100 millions de morts dans le monde sachant que les dernières recherches penchent pour l'hypothèse basse (Spreeuwenberg et al., 2018). La population de la planète était de 1,8 milliard en 1918 contre 7,6 milliards en 2020. En France, le nombre de décès calculé par surmortalité est d'environ 240 000 morts pour une population deux fois moindre qu'actuellement (Darmon, 2000 ; Ansart et al., 2009). On discerne en général trois vagues (Vinet, 2018). Une première vague de mars à juillet 1918 fait beaucoup de malades mais la létalité reste faible. La seconde vague qui débute en août 1918 en Europe est la plus meurtrière. Elle contribue en grande partie au bilan évoqué plus haut. Une troisième vague vient achever l'œuvre épidémique au printemps 1919. La deuxième vague est la mieux connue. Elle se diffuse sur la planète en moins d'un mois, principalement par les navires de transports de troupes qui reviennent du front européen (figure 1). On suit très bien la diffusion de l'épidémie et on connaît précisément les navires infectés qui accostent à Dakar, au Cap en Afrique du Sud, ou à Bombay. La maladie se propage ensuite par voie ferrée et par tous les modes de transport que l'on peut imaginer y compris le vélo et la marche à pied (figure 1).

Figure 1 : La propagation de la seconde vague de grippe espagnole.

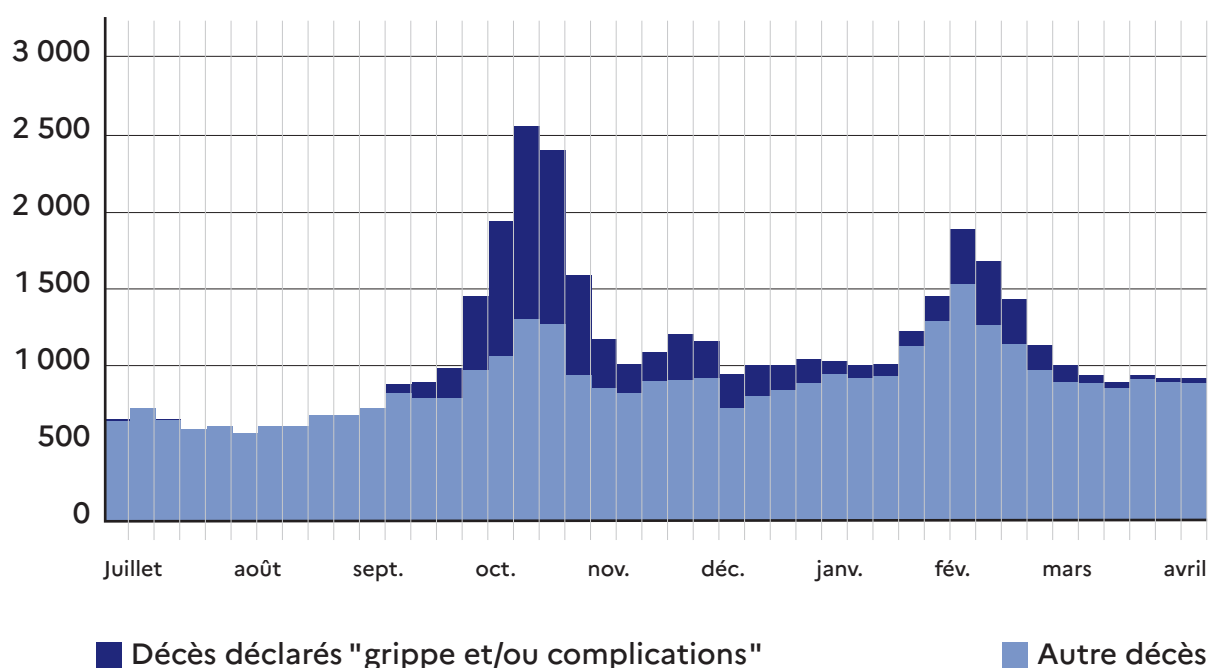


Source : K. David Patterson, G. F. Pyle. "The geography and mortality of the influenza pandemic", *Bulletin of the history of medicine*, 65, 1, 1991, p. 9, fig 3 © 1991 The Johns Hopkins university press.
Translated and reprinted with permission of John Hopkins University press.

La société d'alors est, contrairement à ce que l'on pourrait croire, très mobile. Les habitants des zones rurales n'hésitent pas à faire 15 ou 20 km en vélo ou à pied pour aller à la ville voisine. Les populations immigrées sont nombreuses en ces temps de guerre et en France on a encouragé l'immigration espagnole pour pallier le départ des hommes vers le front. Ainsi ce que l'on appelle aujourd'hui la mondialisation ne date pas du XXI^e siècle. La circulation des hommes et des épidémies sur l'ensemble de la planète date pour le moins de Christophe Colomb et de ses successeurs. La mobilité des populations si elle peut être moins rapide qu'actuellement est déjà en 1918 une donnée de base de la propagation des épidémies. À l'échelle locale, reconstituer la progression de l'épidémie est une gageure qui n'a pour l'heure pas été relevée en France. La propagation de l'épidémie est favorisée par une période d'incubation très courte, de l'ordre de 24 à 48 heures et une extrême contagiosité (R_0 entre 2 et 3, Mills et al. 2004).

Le tableau clinique de la grippe espagnole et de ses complications ressemble fort aux premiers symptômes décrits pour la Covid-19. Céphalées, fièvre, toux pour les premiers symptômes puis des complications pulmonaires pour les cas les plus graves se terminant par l'asphyxie du malade et la cyanose du visage qui a pu évoquer la peste chez certains témoins. De nombreuses thèses de médecine ont porté sur l'épidémie dans les années qui suivirent (Barbier, 1919 ; Souchay, 1919). Elles décrivent beaucoup de cas de malades emportés en quelques jours ou agonisant parfois plusieurs semaines dans des hôpitaux transformés en morgues. En France, on observe bien les pics de mortalité des 2^{ème} et 3^{ème} vagues sur les statistiques de mortalité à Paris¹⁴³ (figure 2).

Figure 2 : la mortalité à Paris en 1918-1919.



Conception : F. Vinet. Sources: Préfecture de la Seine, "épidémie de grippe à Paris. 30 juin 1918 - 26 avril 1919", service de la statistique municipale.

Recueil de statistique de la ville de Paris et du département de la Seine Paris, 1919, 96 p.

N.B. : On voit que le nombre réel de décès par grippe ou complication est bien plus élevé que le nombre déclaré.

143 - Préfecture de la Seine, «Épidémie de grippe à Paris. 30 juin 1918-26 avril 1919», Service de la statistique municipale, Recueil de statistique de la ville de Paris et du département de la Seine, Paris, 1919.

On notera que les décès mentionnés «grippe» ou autres maladies respiratoires (en grisé) ne couvrent pas toute la surmortalité. Sans doute les décès concernent-ils d'autres comorbidités (pour employer un vocable actuel) comme les patients atteints d'insuffisance rénale ou cardiaque comme l'évoquent les rapports médicaux de l'époque. Peu de milieux et peu de lieux sont épargnés. Il semble seulement que prisons et monastères aient été peu touchés. On n'aurait recensé que trois décès dans les prisons parisiennes¹⁴⁴. Les archives des établissements pénitentiaires doivent contenir des informations sur la façon dont a été vécue et gérée l'épidémie mais ces archives n'ont pas été exploitées à ce jour. La comparaison entre la Covid-19 et la grippe espagnole s'arrête au tableau clinique et à la diffusion pandémique du virus. En effet, la pyramide des âges de la grippe espagnole est marquée par une surmortalité des jeunes adultes (entre 15 et 45 ans) alors que la grippe saisonnière et la Covid-19 atteignent les plus âgés.

1.2. Cinétique locale

Localement, la cinétique de l'épidémie est encore moins connue qu'au niveau mondial ou dans des grandes agglomérations comme Paris. Il semble que dans les zones rurales, le passage de l'épidémie fut plus bref. L'on peut s'en apercevoir par l'étude attentive des registres d'état civil «décès» des communes. Dans la petite commune de Saint-Drézéry au nord de Montpellier, la mortalité civile moyenne annuelle est de 10 décès pour 600 habitants. En 1918, on compte 20 décès civils dont 10 concentrés entre le 20 et 30 octobre, c'est-à-dire l'équivalent du nombre annuel de décès en une dizaine de jours (Vinet et Papaix, 2020). Ensuite, l'épidémie s'estompe et s'en va dans un village voisin (Saint-Gely-du-Fesc) où le pic de mortalité est atteint entre le 24 octobre et le 3 novembre.

Ainsi, dans les villages ruraux, le passage de l'épidémie fut-il sans doute rapide contrairement aux grandes agglomérations où le virus a mis plus de temps à entrer en contact avec toute la population avant d'établir une immunité de groupe. On peut donc supposer que la notion de «vague» que l'on applique à la pandémie de grippe espagnole n'a de sens qu'au niveau mondial, éventuellement régional mais que les populations rurales n'ont pas forcément perçu dans leur quotidien les trois vagues que nous avons décrites plus haut.

2. Les autorités nationales face à la grippe

La principale source pour discerner la perception et le vécu de l'épidémie par les populations est la presse quotidienne, médium quasi exclusif à l'époque (Bar-Hen A., P. Zylberman, 2015). Or les presses française comme allemande sont soumises depuis 1914 aux lois sur la censure qui ont mué en quatre ans vers une autocensure. Ainsi la presse (surtout la presse provinciale) reste-t-elle très discrète sur l'épidémie.

La première phase de grippe de mai à juillet 1918 est prise à la légère. L'épidémie inspire les comiques troupiers et les caricaturistes qui s'en donnent à cœur joie en reprenant les malheurs du roi d'Espagne et de sa cour, alités par la maladie

en mai 1918. Les journaux espagnols, non soumis à la censure de guerre, décrivent en détail l'évolution de l'épidémie. Ce n'est que vers la fin juin 1918 que les journaux anglais et français associent définitivement l'épithète «espagnole» à l'épidémie.

En France, on a souvent accusé la censure de la presse d'être à l'origine de cette mise sous le boisseau de la grippe espagnole. Pourtant, les archives de la censure ne montrent pas d'intervention massive sur ce sujet. Il n'y aurait eu qu'un seul article censuré (Bouron, 2009). On peut expliquer ce silence par plusieurs facteurs : la grippe est bénigne et il n'y a pas lieu de s'émouvoir outre mesure. Par ailleurs, la France est fort préoccupée par l'offensive allemande qui, depuis le mois de mars, menace Paris. Les Allemands tentent de mettre tous leurs efforts dans la bataille avant que les renforts américains, qui arrivent depuis 1917, ne soient pleinement opérationnels. Enfin, la censure est plus inquiète des grèves qui éclatent dans les usines métallurgistes du pays en mai 1918. Le péril révolutionnaire paraît plus dangereux que le péril grippal¹⁴⁵. Enfin, en quatre ans de guerre, la presse a été débarrassée de ses éléments déviants qui ne participeraient pas à l'effort de guerre patriotique. C'est plutôt l'autocensure qui bâillonne la presse, de crainte de subir des sanctions *a posteriori*.

Outre la presse, la source principale pour juger de l'action des autorités face à l'épidémie sont les archives des différents services de l'État dont les archives du Service de Santé des Armées conservées au musée du Service de Santé des Armées au Val de Grâce. On dispose aussi en fonction des académies des archives des rectorats.

L'État français s'inquiète de la grippe et dépêche au mois de juillet 1918 le médecin Jules Renault pour s'enquérir de la situation épidémique en Suisse (Renault, 1918). On suppose que la grippe vient d'Allemagne par le retour des prisonniers qui transitent par la Suisse. La question de la fermeture des frontières est abordée mais le docteur Renault conclut rapidement que «les mesures de quarantaine ou de désinfection aux frontières applicables à d'autres maladies seraient injustifiées et d'ailleurs inutiles». La grippe est considérée comme une maladie bénigne et n'est pas soumise à déclaration obligatoire. Le pouvoir central est surtout préoccupé par la grippe pour les conséquences qu'elle pourrait avoir sur le plan militaire. Le gouvernement ne donne pas de consignes nationales. Il envoie une circulaire aux préfets en septembre 1918 lorsque l'épidémie redouble d'intensité et que la mortalité augmente. Le gouvernement demande à ce que la grippe soit soumise à déclaration obligatoire et donne toute latitude aux préfets pour gérer localement l'épidémie. La presse parisienne se contente de répercuter les messages des autorités préfectorales et médicales au premier rang desquelles l'Académie de médecine de Paris. Aucune consigne nationale n'est donnée pour juguler l'épidémie ou tenter d'en atténuer les effets en dehors du rappel des consignes d'hygiène, bien connues depuis Pasteur (lavage des mains, aération des locaux, éviter les agglomérations de personnes...). Si aucune consigne nationale n'est donnée quant à la fermeture de lieux publics ou la suspen-

144 - *Ibid.*, p. 82

145 - Les Soviétiques sont au pouvoir en Russie depuis le mois de novembre 1917.

sion de telle ou telle activité, c'est qu'il ne faut pas éveiller les soupçons de l'ennemi. Avouer qu'une épidémie sévit dans le pays, c'est avouer sa faiblesse. Par ailleurs aucune mesure de restriction ne doit entraver le fonctionnement de l'économie déjà mise à mal par quatre ans de guerre, ni contrarier l'effort de guerre en bloquant les usines, en fermant les banques ou en limitant les transports.

3. Les mesures au niveau local : une réaction tardive

3.1. Préfets et militaires à la bataille

L'État central se drape dans son mutisme mais ses représentants locaux, en particulier les préfets, sont en première ligne face aux défis que pose l'épidémie sur le terrain. Les préfets réclament des locaux pour héberger les malades civils, des médicaments, des produits de nettoyage comme l'eau de Javel ou le Crésyl... Mais la concurrence est rude avec les autorités militaires qui réquisitionnent lycées, hôpitaux et locaux divers pour héberger les quelques 25 000 soldats grippés évacués du front entre fin septembre 1918 et mi-octobre 1918. Les généraux des régions militaires mobilisent également les transports. La presse mentionne la fermeture temporaire de lignes ou la réduction des cadences de train car une grande partie des personnels - parfois un tiers - est rendu indisponible à cause de la grippe, soit malades eux-mêmes, soit obligés de rester auprès de proches malades, mais les trains militaires continuent de circuler. Enfin depuis le début de la guerre, l'armée réquisitionne tout le personnel soignant de moins de 50 ans. Médecins et infirmiers font cruellement défaut dans la population civile et la guerre n'a fait que renforcer le contraste entre une armée soignée et suivie médicalement d'un côté et, de l'autre, une population civile sanitaire abandonnée (Murard et Zylberman, 1996). D'ailleurs, la consigne de déclaration obligatoire donnée en septembre par le gouvernement reste lettre morte car médecins civils et autorités locales n'ont ni le temps ni le personnel nécessaire pour effectuer les démarches, ce qui explique en partie le peu de fiabilité des statistiques sanitaires civiles.

Les conséquences de l'épidémie sont peu transparentes dans la presse et il faut lire entre les lignes pour déceler quelque critique de l'action (ou de l'inaction) gouvernementale. Toutefois, les critiques et, en creux, les problèmes rencontrés apparaissent au grand jour lors de la séance du 25 octobre 1918 à la Chambre des Députés¹⁴⁶. Les parlementaires dénoncent le manque de moyens matériels et humains dans la lutte contre l'épidémie. Ils font remonter les doléances de leur circonscription comme celles des médecins qui ne peuvent visiter les malades faute d'automobiles : l'essence est rationnée et les pièces détachées manquent. Ils réclament la mise à disposition de locaux et de médecins maintenant que la pression militaire s'est relâchée et que la victoire semble acquise. Les généraux commandant les régions militaires finissent par relâcher quelques ressources mais très timidement à partir de la mi-octobre 1918. Le ministère de l'Intérieur finit également à la fin octobre 1918 par prendre le contrôle des stocks de Pyramidon, Antipyrine

et aspirine fabriqués par la Société des usines du Rhône à Lyon dont les députés accusent de détourner la production pour la vendre plus cher à l'étranger.

Les députés médecins (nombreux à la Chambre) fustigent les conseils de l'Académie de médecine délivrés dans un rapport le 7 octobre. Le Sous-Secrétaire d'État à l'Intérieur s'adressant aux députés admet lui-même l'impuissance des pouvoirs publics face à l'épidémie : « Vous voyez que les indications de l'académie sont assez sommaires », conclut-il en ajoutant qu'elles « ne donnent à ceux qui sont à la tête de l'administration que des suggestions bien insuffisantes pour combattre le fléau¹⁴⁷ ».

3.2. Les mesures locales

Et c'est un fait qu'en dehors du rappel des mesures d'hygiène, peu de décisions drastiques sont prises. Dans les départements, les conseils d'hygiène rappellent les mesures prophylactiques de base : désinfection des lieux, isolement des malades, lavage des mains... Toutefois, de nombreux témoignages notamment les lettres d'instituteurs à leur hiérarchie montrent que les mesures collectives ne peuvent être appliquées faute de produits d'hygiène, de personnel ou de locaux. L'administration scolaire ferme les écoles lorsqu'elle ne peut faire autrement c'est-à-dire lorsque nombre de personnels ou d'élèves sont manquants. On note même un instituteur d'Alès qui prend la plume à la place de sa directrice d'école, alitée, pour demander la fermeture et la désinfection de l'établissement. Localement ce sont les municipalités qui épaulent les préfets dans la lutte contre l'épidémie. Toutefois les mesures radicales sont tardives. À Lyon, un arrêté municipal est pris le 14 octobre 1918. Que dit-il ?

L'article 1^{er} concerne les cérémonies funéraires qui « seront abrégées autant que possible ». Les convois funéraires sont supprimés. Les spectacles sont interdits (art. 4). Les transports en commun et les lieux recevant du public (cafés, restaurants, gares, bureaux de poste, banques...) doivent être désinfectés avec une solution antiseptique mais il n'est pas envisagé de les fermer. Le même type d'arrêté est pris dans l'Hérault, à Sète, à Montpellier... après avis du conseil départemental d'hygiène le 30 octobre. En général, seuls les lieux de spectacle (théâtres, cinémas...) sont fermés. Les services publics, les commerces et les usines restent ouverts. Écoles et collèges ferment au cas par cas mais le conseil d'hygiène départemental de l'Hérault estime en octobre 1918 qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner le licenciement général des établissements scolaires. À Paris, les salles de spectacle (Olympia, Folies Bergères...) ne ferment pas. Au plus fort de l'épidémie, le 26 octobre 1918, *le Petit Journal* rappelle à la demande du Casino de Paris que « suivant les conseils du comité d'hygiène, la salle, la scène et les coulisses sont désinfectées plusieurs fois par jour et que des lampes brûlent de l'eucalyptus pendant les représentations. Grâce à ces précautions, le public est toujours assuré de trouver au Casino de Paris la plus complète sécurité. »

146 - Journal officiel de la République du 26 octobre 1918, Chambre des Députés, Séance du 25 octobre 1918, p. 2800-2809.

147 - *Ibid.*, p. 2805.

Une mesure de confinement¹⁴⁸ telle qu'on l'a connue en mars-avril 2020 n'a pas de sens dans une société de 1918 qui vit en flux tendu notamment pour la nourriture. Les réfrigérateurs sont très rares ; les personnes vont s'alimenter tous les jours sur les marchés, acheter leurs journaux quotidiennement et vont chercher leur salaire en numéraire chaque semaine à la banque. Il y a très peu de téléphones et on s'informe dans les journaux, au café et au marché. Préfets et municipalités rechignent à prendre des mesures drastiques de restriction d'accès aux lieux publics ou de fermeture des services publics. *In fine*, les mesures prises localement sont souvent tardives et symboliques. Elles sont avant tout réactives et non préventives. En aucun cas, elles permettent de limiter efficacement la propagation de l'épidémie.

4. La gestion de l'épidémie par l'institution militaire

En 1918, l'institution militaire est un monde à part. Un État dans l'État. Elle échappe à toutes les règles communes et fait l'objet de toutes les attentions. L'effort de guerre est phénoménal et toutes les ressources matérielles et humaines du pays lui sont dédiées. Depuis la défaite de 1870, l'armée bénéficie entre autres de toutes les attentions sanitaires. Les autorités militaires ont tiré les enseignements du siècle précédent qui voyait autant de soldats périr de maladies que des combats. Typhus, choléra, dysenterie, diphtéries... Combien de divisions emportées par les épidémies au XIX^e siècle ! En 1918, c'est peu dire que les soldats sont surveillés au plus près par un personnel de santé abondant. L'épidémie de grippe éveille très tôt les soupçons des médecins militaires et les premiers cas mortels en avril 1918 sont fort bien documentés¹⁴⁹. On dispose de statistiques très précises sur le nombre de malades et de décès liés à la grippe par région militaire. Sur l'ensemble de l'épidémie, ce seraient 35 000 à 38 000 soldats qui seraient décédés de la grippe pour un effectif roulant sur la période d'environ 8 millions d'individus¹⁵⁰. Ce chiffre est faible. Il équivaldrait à un taux de mortalité de 4,4‰ alors que les estimations pour la population civile (Darmon, 2000, Ansart et al., 2009) donnent un taux de mortalité de 7‰. Cette différence peut s'expliquer par un plus grand suivi médical des soldats, les malades étant détectés et isolés très tôt contrairement à la population civile où les malades continuaient à circuler tant qu'ils étaient valides. On peut aussi arguer du fait que le chiffre est sans doute sous-estimé. Des recherches américaines ont montré que nombre de soldats pris d'un accès de grippe soudain sous la mitraille trouvaient refuge dans une ruine ou un trou d'obus et étaient retrouvés morts sans blessure par leurs camarades le lendemain matin (Byerly, 2005, p. 86).

Quoi qu'il en soit, l'institution militaire doit faire face à de nombreux malades. À partir de septembre 1918, des milliers de grippés encombrant les ambulances et les hôpitaux de campagne dans la zone du front. Les capitaines médecins demandent au Grand Quartier Général de pouvoir évacuer par train vers l'arrière¹⁵¹. Le Grand Quartier Général s'y refuse

obstinément, arguant du fait qu'il faut éviter le brassage des populations mais aussi par référence doctrinale. En effet, la doctrine de l'armée c'est de soigner au plus près du front « petits malades et petits blessés » afin qu'ils retournent combattre au plus vite. L'armée sait pertinemment qu'un malade évacué vers l'arrière est perdu pour le combat pour au moins un ou deux mois. Ainsi, lorsque les officiers médecins du front apprennent dans le plus grand secret la préparation de la dernière grande offensive Meuse-Argonne pour le 26 septembre 1918, ils redoublent d'inquiétude car une offensive d'une telle envergure se traduirait immanquablement par des milliers de blessés. Le Grand Quartier Général finit par autoriser les évacuations deux jours avant la grande offensive. 25 000 soldats grippés sont ainsi évacués du front jusqu'à la mi-octobre dans des conditions parfois effroyables¹⁵².

Concernant les permissions, il en va des mêmes réticences doctrinaires qui opposent les médecins et les politiques (Ministère de la Guerre et Sous-Secrétariat d'État au service de Santé Militaire). Les médecins savent pertinemment qu'il faut restreindre les permissions afin d'éviter au maximum les contacts avec la population civile infectée. Ils demandent donc à ce que des départements soient consignés, c'est-à-dire interdits aux permissionnaires. Le Sous Secrétariat d'État au Service de Santé Militaire n'autorise ces consignations qu'au cas par cas, arrondissement par arrondissement. En effet, les hommes politiques et hauts dignitaires militaires ont en arrière-plan les mutineries de 1917 qui furent jugulées en partie par une amélioration de la condition du soldat (permissions, amélioration de l'ordinaire, etc.). Remettre en cause massivement les permissions nuirait gravement au moral des troupes et de la Nation.

On le voit, confrontée à une maladie réputée bénigne, l'institution militaire réagit plus en fonction de la doctrine ou en fonction d'impératifs politique et militaire qu'en fonction des nécessités sanitaires. Les enjeux politiques passent avant les impératifs prophylactiques.

5. De la Grippe espagnole à la Covid-19

La grippe espagnole, longtemps enfouie dans les limbes de la mémoire collective a donc ressurgi à l'occasion de l'épidémie de Covid-19. On a vu que certains points, notamment la dissémination mondiale de l'épidémie, et des tableaux cliniques ressemblants autorisent *a priori* la comparaison. Toutefois, en ce qui concerne sa gestion, on mesure le fossé entre les deux époques aux contextes radicalement différents. La grippe espagnole intervient dans une société qui vit les épidémies au quotidien et qui, malgré Pasteur, n'en a pas terminé avec les rougeoles, typhus et autres dysenteries. Il n'y a pas eu, surtout dans les pays en guerre, de mesures drastiques de restrictions des déplacements ou des activités visant à juguler la progression de la maladie. Les mesures adoptées ont été tardives et elles émanaient des autorités locales. Dans les pays éloignés du conflit européen, des mesures plus sévères ont parfois été prises notamment des quarantaines réussies sur des îles éloignées (aux Samoa Orien-

148 - Le terme n'existait pas en 1918. On parlait alors de quarantaine ou de consignation.

149 - Les archives du service de santé des armées au Val-de-Grâce conservent une douzaine de carton d'archives spécifiques à l'épisode de grippe espagnole.

150 - Centre de documentation du Musée du Service de Santé des Armées, Val-de-Grâce, Paris, France, carton 810 à 814.

151 - Carnet d'inscriptions des conversations téléphoniques, service de santé du G.Q.G., 21 septembre 1918-18 octobre 1918. Centre de documentation du Musée du Service de Santé des Armées, Val de Grâce, Paris, France, carton 814

152 - Centre de documentation du Musée du Service de Santé des Armées, Val-de-Grâce, Paris, France, carton 814.

tales par exemple) mais ces exemples restent des exceptions. Sans mesure prophylactique efficace, sans masque (en France le masque est très peu porté en 1918), sans consigne drastique, la grippe espagnole a mis quatorze mois à diffuser dans le pays et à immuniser une partie suffisante de la population. Il n'est donc pas étonnant qu'avec les mesures de freinage que l'on connaît et l'émergence de variants, la pandémie de Covid-19 ait circulé au moins deux ans.

Heureusement, le contexte sanitaire a changé notamment la prise en charge des cas compliqués. Le bilan humain de la grippe espagnole est estimé à 250 000 morts en France soit 500 000 morts si l'on tient compte du doublement de la population française depuis 1918. Le bilan humain de la Covid-19 est trois fois moindre que celui de la grippe espagnole (tableau 1).

Tableau 1 : comparaison (provisoire) entre l'épidémie de grippe espagnole et celle de la Covid-19 (F. Vinet, 2022).

Thèmes	Grippe espagnole	Coronavirus	Remarques
Étiologie	Virus A(H1N1) (Non connu à l'époque)	Virus SARS-CoV-2	
Symptômes	Fièvre/céphalée/ toux. complications pulmonaires	Fièvre/céphalée/toux. complications pulmonaires	
Lieu d'apparition	Chine, Asie ?	Chine (Hubei)	
Contagiosité/ Taux de reproduction de base (R_0)	$R_0 = 2$ à 4	$R_0 = 1$ à $1,5$ (max = 3)	Mills et al., 2004 Arroyo-Marioli et al., 2021
Période d'incubation	24 à 48 heures	5 à 14 jours	
Durée de l'épidémie	18 mois à l'échelle mondiale. 14 mois en France	déc. -> 2019 ?	
Nombre de « vagues »	3	5 ?	Variable selon les lieux
Taux de mortalité (mondial)	2,8%	0,82 ‰	
Taux de morbidité (mondial)	30 à 50%	500 millions de cas testés en avril 2020 (7%)	Forte variabilité. Sous-estimation des cas de covid-19
Taux de létalité (mondial)	5 à 8%	De 15% En début d'épidémie à < 1% en avril 2022	Source : Johns Hopkins University
Bilan humain mondial	50 000 000 (x4) 200 000 000	6 170 000	Nombre de décès (facteur multiplicateur pop. 2022/Pop. 1918) Nombre de décès 1918 corrigés/pop. actuelle
Bilan humain USA	650 000 (x3) 2 000 000	985 000	
Bilan humain France	240 000 (x2) 450 000	143 000	
Traitement de l'agent pathogène	Pas de traitement connu	Vaccin depuis nov. 2020	
Traitement des complications	Oxygène	Réanimation, assistance respiratoire, antibiotiques, anti-inflammatoires, oxygène	
Classes d'âge les plus létales	Jeunes adultes (15-45 ans)	> 60 ans	

Le recul permettra dans quelques années une comparaison plus fine entre les deux épidémies. Car comme l'épidémie de grippe espagnole, l'épidémie de Covid-19 a parfois été gérée en fonction de représentations mentales préexistantes et en fonction d'impératifs qui ne sont pas forcément toujours sanitaires. En 1918, l'arbitrage a été clairement en

faveur de l'économie au détriment des impératifs sanitaires. En 2020-2022, la crise, plus longue, a suscité des arbitrages plus complexes entre des impératifs économiques, sociaux, sanitaires mais aussi des considérations politiques (tenue des élections), voire éthiques (ne pas stigmatiser les personnes âgées, etc.).

Bibliographie

- Ansart S, Pelat C, Boelle PY, Carrat F, Flahault A, Valleron AJ, « Mortality burden of the 1918–1919 influenza pandemic in Europe », *Influenza Other Respi Viruses*, 2009, 3, p. 99-106.
- Arroyo-Marioli F, Bullano F, Kucinskas S, Rondón-Moreno C., « Tracking R of COVID-19: A new real-time estimation using the Kalman filter », *PLoS ONE*, 16(1), 2021.
- Bar-Hen A., P. Zylberman, « La presse parisienne et la grippe “espagnole” (1918-1920) », *Les Tribunes de la santé*, 2015/2, n° 47, p. 35-49.
- Barbier M., *La grippe de 1918-1919 dans un service de l’hôpital Saint-Antoine*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1919, n° 216.
- Bouron F., « La grippe espagnole (1918-1919) dans les journaux français », *Guerres mondiales et conflits contemporains*, n° 233/2009, p. 83-91.
- Byerly C.R., *Fever of war, The influenza epidemic in the US army during World War I*, New York, New York University press, 2005.
- Darmon, P., « Une tragédie dans la tragédie : la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919) », *Annales de démographie historique*, 2000, 2, p. 153-175.
- Mills CE, Robins JM, Lipsitch M., « Transmissibility of 1918 pandemic influenza », *Nature*, 2004, 432, p. 904-906.
- Murard L., P. Zylberman, *L’Hygiène dans la République. La santé publique ou l’utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.
- Renault J., « Notes sur la grippe (dite espagnole) qui sévit en Suisse », *Revue d’hygiène et de police sanitaire*, n° 40, 1918, p. 540-542.
- Spreeuwenberg P., KRONEMAN M., and Paget J., « Reassessing the Global Mortality Burden of the 1918 Influenza Pandemic », *Am J Epidemiol*, 2018, 187(12), p. 2561–2567.
- Souchay L., *L’épidémie de grippe dans une ville de garnison de l’Est en 1918-1919*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1919. Thèse n° 220.
- Vinet F., *La Grande Grippe. La pire épidémie du siècle*, Éditions Vendémiaire, Paris, 2018.
- Vinet F., Papaix G., « La grippe espagnole dans l’Hérault : impacts et gestion d’une épidémie hors normes », *Études héraldiques*, n° 55, 2020.

► Les prisons du monde face à l'épidémie de Covid-19

Florence Laufer, association *Prison Insider*

Les chiffres constituent, à première vue, un outil parmi les plus utiles pour documenter l'incarcération : une source d'information facile à renseigner et objective. On attend des chiffres qu'ils résumant la réalité et permettent d'évaluer. Ils peuvent pourtant produire l'effet inverse : cacher plus qu'ils ne révèlent, voire avancer des contre-réalités. Il est dès lors primordial, pour comprendre la réalité carcérale, de confronter les chiffres, les règles, les pratiques, ainsi que les expériences vécues. C'est le travail que propose *Prison Insider* dans ses différents travaux. Deux de ses plus récents projets illustrent bien cette démarche : le dossier thématique sur l'impact de la Covid-19 dans les prisons à travers le monde et la construction d'un indice mondial des prisons, le *Prison Life Index*.

1. Informer, comparer et témoigner sur les prisons en temps de pandémie

La crise sanitaire fait naître d'importantes préoccupations. Beaucoup craignent qu'elle entraîne un effet cocotte-minute dans les prisons. *Prison Insider* entame, en mars 2020, un travail de recensement des informations sur le sujet et lance un fil d'actualité *Coronavirus : la fièvre des prisons*. Pendant deux ans, l'équipe consigne, semaine après semaine, par thème et par pays, les conséquences de la pandémie sur les conditions de vie en prison, le nombre de cas déclarés ou estimés, les mesures annoncées et celles effectivement mises en place. Un décalage entre les annonces et leur mise en œuvre est ainsi rapidement constaté : les mesures relatives à la distanciation physique, l'hygiène, le port du masque, la diminution de la surpopulation, et donc de la promiscuité, ne sont pas toujours suivies d'effet.

Au-delà de l'actualité, l'équipe de *Prison Insider* souhaite également documenter le degré d'efficacité et, plus largement l'impact de la pandémie et des mesures prises. Deux dossiers spéciaux, « [gérer l'incertitude en prison](#) » et « [comprendre et réduire le recours à l'incarcération](#) » sont ainsi publiés sur ce sujet en 2021. Le croisement des chiffres sur la contagion et les mesures mises en œuvre avec des témoignages, interviews, études et rapports permet de prendre du recul et de mieux analyser et comprendre les dynamiques en marche.

Les « effets indésirables » des mesures de prévention font peser un coût très lourd sur la qualité de vie des détenus. Dans certains pays, les personnes détenues vivent plus de deux ans sans visite de leurs proches, de leur avocat et sans accès aux activités. La suspension des visites a un impact particulièrement important dans les pays où elles représentent l'occasion pour les familles d'apporter de la nourriture et des médicaments à leurs proches incarcérés. Ces mouvements de « *fermeture* » des prisons entraînent ainsi des crises particulièrement sévères : émeutes liées à la suspension des visites, mouvements de protestation et mutineries en lien avec le manque d'information et l'anxiété suscitée par la menace du virus. Des personnes détenues refusent, dans certains pays, de sortir de leur cellule pour la

promenade, faute de mesures de protection et en l'absence d'instructions convaincantes. Le manque de formation et de préparation des personnels pénitentiaires représente un frein considérable à la mise en œuvre rapide et efficace des mesures de prévention.

De peur de susciter des mouvements d'inquiétude de la part des personnes détenues, les administrations s'abstiennent parfois de communiquer les informations sur la maladie et les mesures de prévention préconisées. La volonté des administrations de se préserver d'une opinion publique critique entrave par ailleurs la mise en œuvre de mesures d'aménagement de peine et de libération anticipée. Si la plupart des gouvernements comprennent rapidement l'intérêt de diminuer la population carcérale, l'ampleur des mesures est ainsi très variable.

La communication fait l'objet d'une attention toute particulière dans les pays dans lesquels des aménagements de peine ou des libérations anticipées ont lieu. Très prudents, les gouvernements insistent sur l'ordre de priorité et l'inéligibilité de certaines catégories de prisonniers (crimes violents, à caractère sexuel, actes de terrorisme, etc.). Les mesures d'aménagement de peine font fréquemment l'objet de débats politiques et leur adoption est parfois freinée au niveau parlementaire ou gouvernemental. Dans plusieurs pays, la couverture médiatique de la pandémie en prison est surveillée par les autorités. Des lois d'urgence permettent la censure de la presse et l'emprisonnement de journalistes. Le degré de transparence des administrations pénitentiaires quant aux chiffres de la contagion varie énormément d'un pays à un autre. Quand les moyens financiers ne permettent la mise en œuvre ni de mesures de prévention, ni de soins de santé, certains pays passent tout simplement sous silence la réalité de la contagion en prison.

La pandémie rend visible le manque de préparation aux crises des gouvernements de façon générale, et des administrations pénitentiaires en particulier. Le manque de communication et de coordination au sein d'un pays entre ministère de la santé, et ministère en charge de l'administration pénitentiaire aggrave la situation. Les transferts de personnes détenues d'un établissement à un autre, ou des cours de justice aux établissements, sont à l'origine de nombreux *clusters*, notamment aux États-Unis. Le Costa Rica au contraire s'appuie sur sa récente expérience de gestion de l'épidémie d'oreillons et parvient à limiter la contagion en suspendant tous les transferts. Le manque de préparation permet parfois l'émergence « par le bas » de mesures pragmatiques : certains directeurs pénitentiaires prennent l'initiative d'installer une station de lavage de mains, d'autres se renseignent au-delà des frontières pour s'inspirer de mesures mises en place ailleurs.

Les chiffres de la Covid-19

Pour compléter le fil d'actualité « *la fièvre des prisons* », *Prison Insider* s'associe à l'association *Justice Project Pakistan* pour proposer une carte recensant les cas confirmés et les décès dans les prisons du monde. La publication de cette carte répond à une demande pressante, notamment des médias, de mettre des chiffres sur la contagion pour comprendre la situation. Cette carte permet, à un moment donné, d'offrir une image d'une certaine réalité à l'échelle globale. La

nature, la qualité et la vérifiabilité des chiffres disponibles sont discutables et le travail de collecte nécessairement imparfait. Il apparaît, dès le début de la collecte des données, que les unités de mesure diffèrent, rendant toute comparaison ou compréhension globale difficile, voire impossible. Les chiffres des cas avérés dépendent, par exemple, de la quantité de tests effectués. Les autorités testent-elles (toutes) les personnes détenues et les personnels, et à quelle fréquence ? Les cas symptomatiques sont-ils les seuls comptabilisés ? Le nombre de cas inclut-il les personnes guéries ou seulement les cas actifs ? Certains gouvernements, tels que ceux du Costa Rica ou du Chili, communiquent très régulièrement, d'autres pas du tout. Les seuls chiffres disponibles sont alors les estimations des organisations de la société civile, des centres de recherche et des médias.

Les données chiffrées servent alors principalement à fournir une indication et à proposer une porte d'entrée vers un degré plus complet d'information. La complexité de la question des conditions de détention fait qu'il est nécessaire de s'éloigner des données brutes et chiffrées et d'étudier le contexte et les enjeux de façon plus complète.

2. Un indice pour comprendre la vie en prison

Prison Insider travaille, depuis 2019, au développement du *Prison Life Index*, un indice composite qui permettra d'évaluer les politiques pénitentiaires des États, depuis l'élaboration des règles jusqu'à leur mise en œuvre. L'objectif n'est pas de construire un classement international mais de suivre l'évolution de chaque pays dans le temps. Construit en partenariat avec plusieurs laboratoires de recherche, l'indice mesurera, pour chaque pays, la conformité du système pénitentiaire avec les principaux instruments juridiques internationaux en matière de détention.

Le *Prison Life Index* proposera une image des conditions de détention, pays par pays, organisé en cinq catégories représentant les principaux aspects de la vie en prison : « être en lien », « être actif », « être protégé », « manger, dormir, se laver » et « se soigner ». Il évaluera ainsi les politiques pénitentiaires des États en s'ancrant dans l'expérience vécue des personnes détenues. L'indice ne proposera pas de score unique par pays car les catégories n'ont pas, pour des raisons éthiques, vocation à se compenser.

Le *Prison Life Index* se fondera sur des données quantitatives et qualitatives. Parce que les chiffres sur la détention ne rendent compte que d'une réalité fragmentée, ils sont insuffisants pour permettre une compréhension globale des conditions de vie en prison. Les données existantes seront ainsi complétées par des entretiens menés avec des experts, permettant d'obtenir des informations inédites, actualisées et adaptées aux indicateurs choisis. Le choix de données qualitatives pose un certain nombre de défis méthodologiques et exige de mettre en place des outils visant à limiter la subjectivité. La sélection des experts et leurs évaluations seront ainsi encadrées pour permettre la comparabilité dans le temps et dans l'espace.

Cet indice est innovant dans sa méthodologie et son contenu : pour évaluer les politiques publiques, l'indice mobilise une approche scientifique novatrice au carrefour de la statistique, des mathématiques, de l'économie et des techniques de l'aide à la décision multicritère. La construction du *Prison Life Index* fait l'objet d'une thèse en économie et mathématiques appliquées. Le processus intègre ainsi les réflexions scientifiques actuelles sur les indices composites. Il emprunte aux méthodes statistiques déjà éprouvées tout en proposant une approche novatrice basée sur les méthodes issues de l'aide à la décision multicritère. La complexité de l'entreprise nécessite une grande rigueur mathématique, juridique et éthique. Cela illustre bien la difficulté de représenter la réalité de façon synthétique sans écraser la nuance nécessaire.

Parce qu'ils cherchent à rendre compte de réalités complexes de manière simple, les indices sont des outils pertinents pour interpeller le grand public. Le *Prison Life Index* transmettra, sur un sujet complexe, une information claire et didactique, aisément mobilisable par les médias. Le *Prison Life Index* permettra ainsi à chaque citoyen et citoyenne de connaître la façon dont la collectivité exécute la sanction prononcée en son nom, pour mieux prendre part au débat public. Il permettra aux personnes décisionnaires ou agissant dans le champ pénitentiaire de s'informer pour agir sur les politiques et les pratiques de l'emprisonnement, et aux personnes détenues, à leurs proches et à toute personne intervenant en détention de faire connaître les conditions de détention.

L'objectif du *Prison Life Index* n'est pas de mettre au pilori les pays les moins performants mais d'ouvrir la discussion sur la façon dont les administrations pénitentiaires peuvent mieux répondre à leur obligation de faire respecter les droits fondamentaux des personnes détenues.

► Statistiques pénitentiaires et Covid-19

Florence de Bruyn, adjointe au chef du bureau de la donnée de la direction de l'administration pénitentiaire

Au sein de cette administration, j'ai la charge de produire ou de faire produire des statistiques et des études indispensables à la conception et au suivi des politiques stratégiques pénitentiaires. Comme rappelé ce matin par le directeur de l'administration pénitentiaire, cette crise sanitaire a été « pilotée » et les chiffres, les statistiques ont joué un rôle important dans ce pilotage. C'est un peu cette histoire-là que je souhaite retranscrire telle que nous l'avons vécue au bureau de la donnée de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), à travers les préoccupations du moment concernant la circulation du virus en détention

d'abord, les moyens mis en place pour lutter contre l'épidémie et leur efficacité ensuite et, enfin, les préoccupations concernant l'avenir.

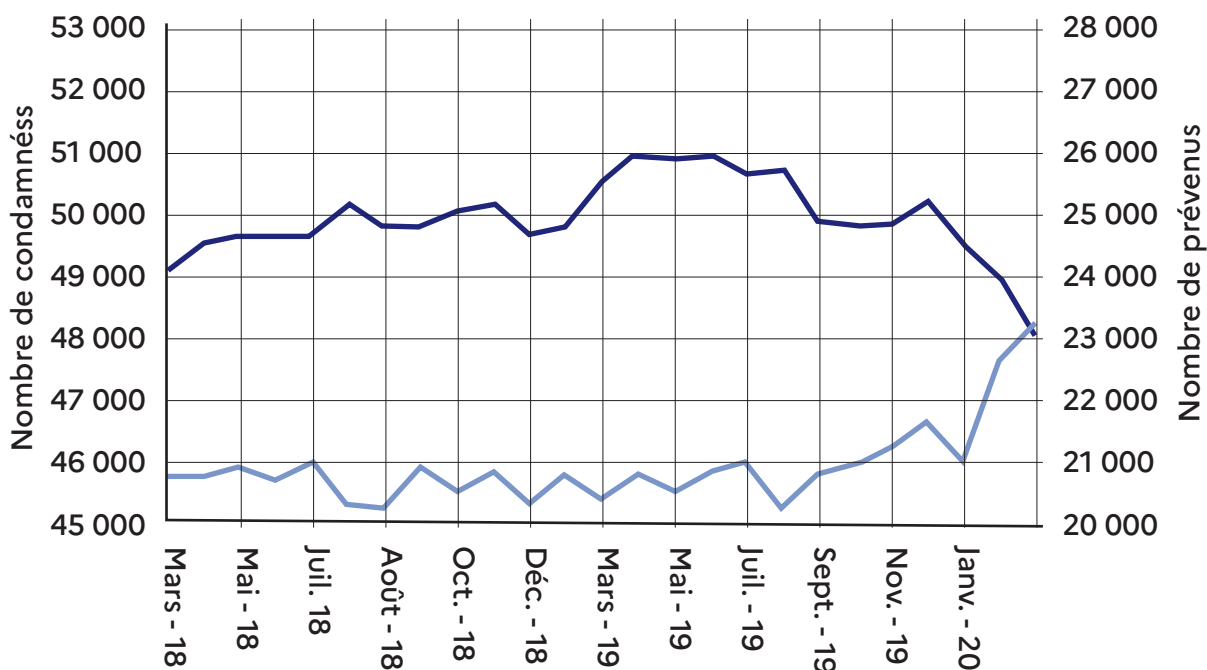
1. La situation au 15 mars 2020 dans les prisons françaises est particulièrement tendue

Au 15 mars 2020, la majorité des prisons de France présentent des situations de surpopulation carcérale endémique qui perdurent depuis une vingtaine d'années. Les maisons d'arrêt affichent des taux d'occupation moyens autour de 130 à 140 détenus pour 100 places.

Environ 1500 personnes détenues dorment chaque soir sur un matelas posé à même le sol.

Le 15 mars également, la grève des avocats entamée depuis quelques mois déjà commence à avoir des conséquences concrètes sur la répartition des détenus par catégorie pénale (voir graphique 1).

Graphique 1 :
Évolution du nombre de personnes prévenues et condamnées en détention entre mars 2018 et mars 2021



Source : DAP/EX3 – Statistiques mensuelles

Par rapport à une situation habituelle, un surplus d'environ 3 000 personnes détenues attendent d'être jugées.

Enfin, les premiers cas d'infection à la Covid-19 font leur apparition en détention. Le virus circule en détention depuis fin février. Le 16 mars, 223 signalements pour les personnes détenues (dont un cas confirmé) et 131 signalements pour le personnel sont remontés à l'administration centrale de la DAP (Source : DAP/SDSP/Remontées internes).

Ainsi, le 15 mars (le directeur l'a confirmé ce matin) est marqué par un contexte particulièrement tendu résultant d'une situation de surpopulation carcérale accentuée par un surplus de personnes détenues en attente de jugement et d'un nouveau virus présenté comme dangereux qui a fait son apparition au sein de la détention.

Tout cela alimente de fortes craintes concernant les risques que cette situation comporte :

- Risques d'absentéisme du personnel de surveillance ;
- Risques de voir se développer des *clusters* en détention ;
- Risques d'émeutes (comme cela a été le cas quelques jours auparavant en Italie)

2. Des chiffres sur la circulation du virus en détention

La première préoccupation qui apparaît est celle d'avoir des données qui permettent de savoir dans quelle mesure le virus est présent en détention :

À la suite de la note DAP du 13 mars 2020, les informations commencent à remonter via la permanence nationale.

Elles concernent :

- A - Les « seuls cas de suspicions/confirmations des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ayant conduit à une mesure médicale de confinement » ;
- B - Les « cas de suspicions/confirmations d'agents ayant donné lieu à l'octroi d'un congé maladie ordinaire, d'une autorisation d'absence exceptionnelle ou à une mesure de télétravail. »

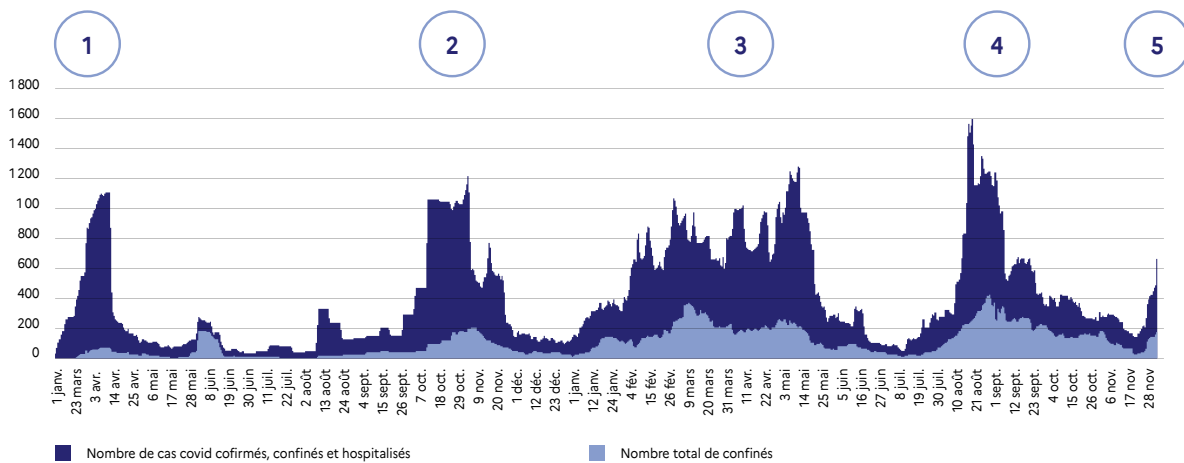
À ce moment-là, les symptômes de la Covid-19 sont comparés à ceux de la grippe, le tableau des symptômes de cette maladie est encore peu connu et les tests sont peu disponibles.

Le tableau symptomatique de cette affection va se préciser au cours de la crise. Les tests vont se généraliser, les craintes s'amenuiser et les vaccins arriver, de sorte que les informations remontées début 2020 ne peuvent objectivement être comparées à celles de juillet ou d'octobre 2020 et encore moins à celles de 2021.

Autrement dit, l'exploitation objective de ces données est difficile.

Ces remontées d'informations donnent cependant un aperçu global de la circulation du virus en détention et de ses modes d'entrées et de propagation en détention.

Graphique 2 :
COVID-PPSMJ - Nombre de cas confirmés et nombre de PPSMJ confinées



Source : DAP/SDIP/IP2

Ainsi, pour les remontées concernant les personnes détenues :

- Le virus circule en détention au gré des vagues épidémiques telles qu'on peut les observer sur le graphique 2 ;
- Les décès sont rares : 5 depuis le début de l'épidémie.

Pour les remontées d'informations concernant les agents de la DAP (et malgré les difficultés d'exploitation statistique que présentent ces données), l'incidence semble nettement plus forte pour les personnels de la DAP que pour les personnes détenues. Au 21 septembre 2021, on comptait un cumul de 4770 cas environ chez les personnes détenues depuis le début de l'épidémie et 5900 pour les personnels de la DAP.

Globalement donc le taux d'incidence n'est pas plus élevé en détention qu'à l'extérieur. Et le virus ne semble pas se « propager à l'intérieur de la détention ».

L'analyse pour le volet recensement des cas de Covid-19 s'arrête là parce qu'il est difficile de tirer d'avantage d'enseignements de ces remontées d'informations.

3. Désengorger rapidement les prisons

Au-delà de la mesure de la circulation du virus en détention, une seconde préoccupation arrive rapidement : l'urgence d'intervenir pour diminuer la pression carcérale.

Dès le 25 mars 2020, des mesures sont prises, encadrées

par l'ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant sur l'adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, dont :

- Les réductions supplémentaires de la peine d'un quantum maximum de deux mois, liées aux circonstances exceptionnelles (RSPE) ;
- L'assignation à domicile pour l'exécution de reliquat de peine inférieur à 2 mois (ASDOM).

Et en effet :

Entre le 13 mars 2020 et le 25 mars, le nombre d'entrées journalières chute passant de 250 à 50 entrées en détention par jour en moyenne. Ce déficit d'entrée est lié au ralentissement important de l'activité judiciaire.

Dans le même temps, le nombre des sorties journalières explose, passant de 250 sorties en moyenne à près de 500.

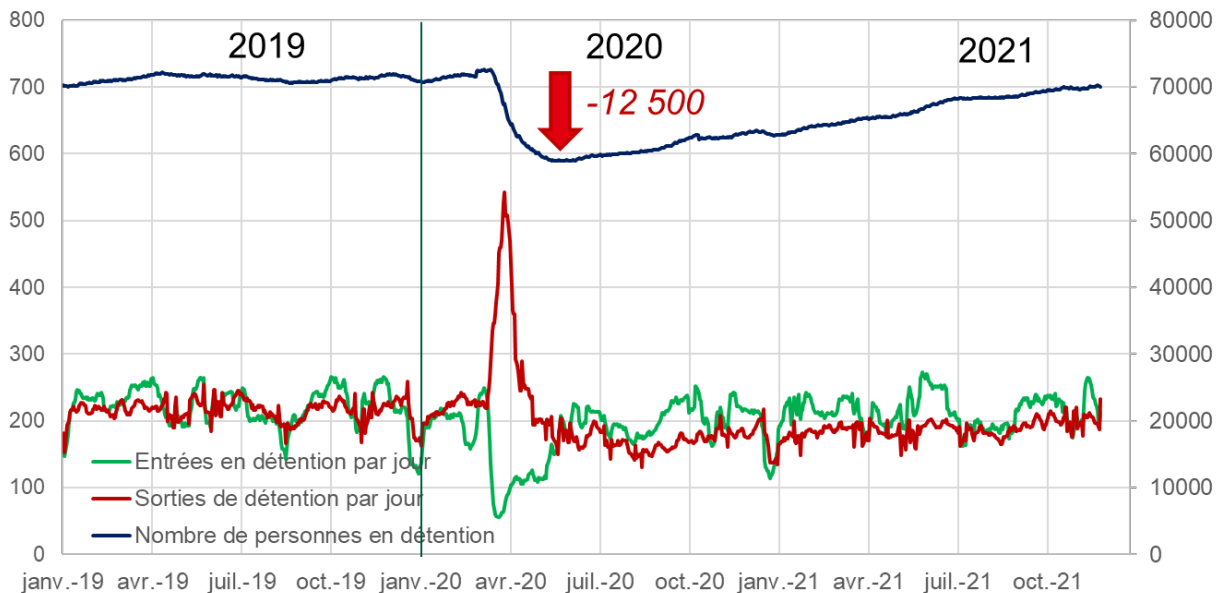
Ensuite le niveau des entrées remonte petit à petit et celui des sorties diminue petit à petit.

Entre le 13 mars et le 30 avril, en un mois et demi donc, le nombre de personnes en détention a chuté de 12 500 personnes (-18%).

C'est historique.

Graphique 3 :

Évolution journalière du nombre de personnes détenues, d'entrées et de sorties de détention



Source : Min. Justice/ DAP/SDEX/EX3 - Infocentre Pénitentiaire

Pendant cette période, l'administration pénitentiaire utilise un tableau de bord qu'on appellera « Baromètre pénitentiaire ». Il est produit chaque jour et permet de suivre les effectifs détenus, les taux d'occupation, les éligibles à la libération sous contrainte, le nombre de courtes peines et celui des détenus avec de faibles reliquats de peine. Autrement dit, une batterie d'indicateurs qui permet d'avoir une idée de la « marge de manœuvre » encore possible.

La comparaison entre les nombres d'entrées et de sorties de détention observées en 2019 et en 2020 par période permet de préciser les mécanismes à l'œuvre : entre le 16 mars et le 30 avril, le nombre de personnes en détention chute de 12 500. Cette chute est directement liée à un déficit d'entrées pour la moitié et à un surplus de sorties pour l'autre moitié.

Tableau 1 :
Entrées/Sorties sur les mêmes périodes 2019-2020

Périodes :	Entrées en détention			Sorties de détention		
	2019	2020	Ecart	2019	2020	Ecart
16 mars - 30 avril	10 620	4 371	6 249	10 158	16 286	6 128

Champ France Entière, Source : DAP/SDEX/EX3

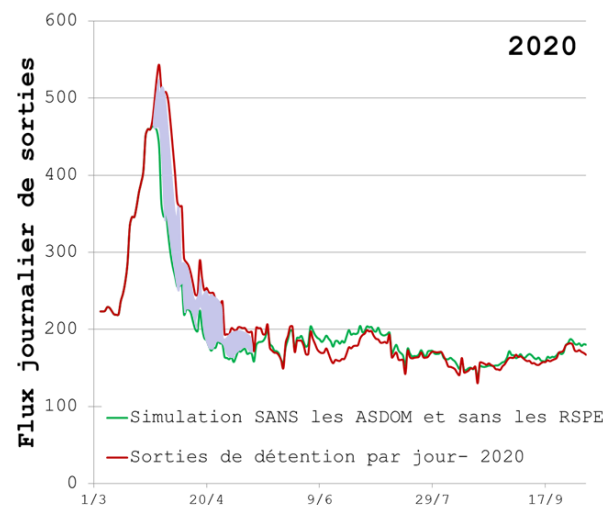
À la suite de ces premières constatations, deux questions vont nous être soumises par la direction :

- A - Dans cette chute spectaculaire, quelle a été l'influence des mesures édictées dans le cadre de la lutte contre la Covid-19 (RSPE ET ASDOM) ?
- B - Que va-t-il se passer maintenant ?

4. Les mesures prises avec l'ordonnance du 25 mars ont-elles eu un impact ?

La méthode retenue pour évaluer l'impact des mesures d'ASDOM et de RSPE a consisté à recalculer ce qu'aurait été les dates de libération des personnes détenues sans ces mesures et de comparer cette simulation avec les flux de sorties réellement observés (Graphique 4).

Graphique 4a :
Flux de sorties réelles et simulations sans ASDOM et RSPE

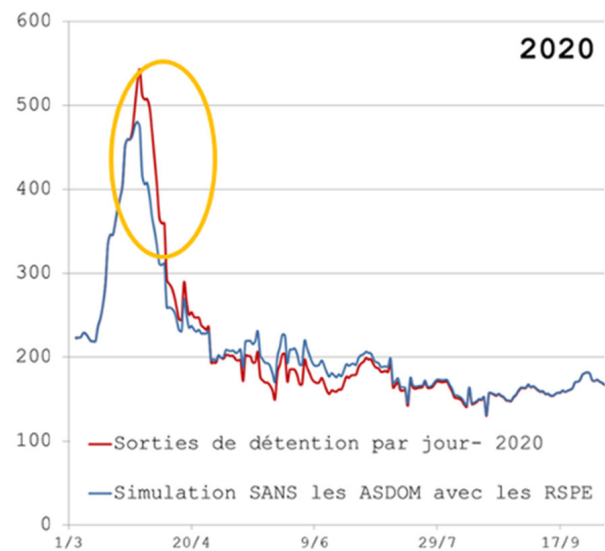
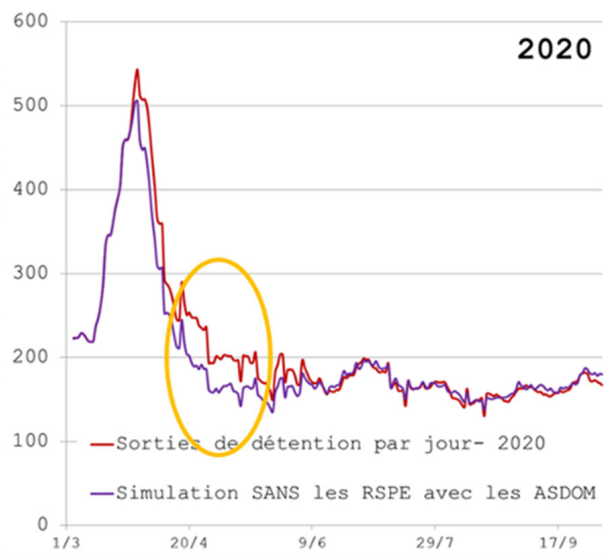


Champ France entière, Source : DAP/SDEX/EX3

Ainsi, sur le surplus de 6 500 sorties constaté au cours de cette période, 3 600 (soit la moitié) sont liées aux mesures d'ASDOM et de RSPE.

Dans le détail, ce qui différencie ces deux mesures, c'est leur temporalité : les mesures de RSPE (graphique de droite) ont un effet en début de crise, tandis que les mesures d'ASDOM interviennent dans un second temps au mois d'avril (graphique 4b).

Graphique 4b :
Flux de sorties réelles et simulations sans ASDOM et RSPE (détail par mesure)



5. Que va-t-il se passer après ?

Cette chute spectaculaire des détenus au début de l'épidémie ouvre des inconnues pour l'avenir :

- Va-t-il y avoir un phénomène de rattrapage ?
- Quand ?
- Combien de temps avant un « retour à la situation avant crise » ?

Pour répondre à ces questions, il faut faire des hypothèses sur ce qui s'est passé. Ces hypothèses sont les suivantes :

- Un effet de rattrapage « direct » au sens d'un ensemble de personnes attendant la fin de la crise pour être incarcérées ou réincarcérées ;
- Les sorties sont peu « rattrapables » puisque les ASDOM et les RSPE marquent des fins de détention, seules les sorties pour suspension médicale sont susceptibles de revenir en prison ;
- En revanche, le déficit d'entrées risque d'entraîner un effet de rattrapage dès la reprise « normale » de l'activité des tribunaux. Néanmoins, il est probable que d'autres peines aient été prononcées en lieu et place de l'enfermement.

On s'attend ainsi à un effet de rattrapage « direct » limité.

Un effet de rattrapage « naturel » :

Moins de personnes en détention entraîne mécaniquement moins de sorties de détention. Il n'y a aucune raison de penser que la crise sanitaire puisse avoir eu un impact sur le long terme sur le volume des peines fermes d'emprisonnement prononcées par les magistrats. En conséquence, les flux d'entrées devraient reprendre *a minima* les valeurs de 2019. Le déficit des sorties sur les entrées devrait entraîner une augmentation de la population en détention, avec une pente d'accroissement qui se réduit au fur et à mesure que les effectifs des flux des sorties se rapprochent de ceux des entrées.

On s'attend donc à une remontée rapide des effectifs dans un premier temps, puis une remontée lente mais sur une longue période.

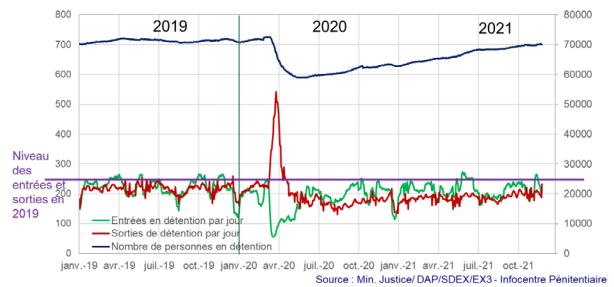
Au début, on pensait qu'il faudrait quatre à six ans pour revenir au nombre de détenus enregistré en 2019...

Que va-t-on observer ?

- A - Le nombre d'entrées reprend son niveau de 2019 en octobre 2020 : il n'y a pas le phénomène de rattrapage « direct » attendu (un surplus d'entrées) ;
- B - Des sorties qui restent en-deçà du niveau des entrées. Ce qui s'explique par un nombre de personnes détenues « en stock » réduit mais aussi par un allongement des quantums des peines fermes prononcées.

Cette tendance a commencé avant la crise mais s'est renforcée pendant la crise : il peut s'agir d'un effet de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice du 23 mars 2019 qui revoit l'échelle des peines ; ou alors d'un changement de comportement des magistrats face à la crise qui les amène à prononcer moins de peines fermes, mais pour plus longtemps.

Graphique 5 : Évolution journalière du nombre de personnes détenues, d'entrées et de sorties de détention



6. Que faut-il retenir ?

Les remontées COVID en détention existent et ont une utilité réelle sur le moment. Elles sont cependant difficilement exploitables statistiquement après coup.

La DAP au plus haut niveau a pleinement utilisé les statistiques des personnes détenues pour piloter sa politique.

Enfin, la chute sans précédent du nombre de détenus en mars 2020 a permis de mieux comprendre les mécanismes d'évolution de cette population.

► Les prisons luxembourgeoises face à l'épidémie de Covid-19

Fabrice Mathy, médecin,
centre hospitalier de Luxembourg,
centre pénitentiaire de Luxembourg

1. Le Pays

La médecine pénitentiaire au Luxembourg n'est pas si différente du reste de l'Europe de l'Ouest, qu'il s'agisse de la doctrine ou de l'exercice quotidien, à quelques nuances près. Le Luxembourg est un petit pays, 2 586 km², grand comme l'île de la Réunion, peuplé de 635 000 habitants, comparable à la population de la Charente-Maritime (17), soit 250 habitants par km² (la moyenne de l'Union européenne se situe à 118 habitants/km²).

Il existe un centre pour mineurs situé au sud du pays, un centre de semi-liberté à l'est du pays, le centre pénitentiaire de Luxembourg (CPL) au centre ; enfin il est à noter que les médecins du CPL interviennent auprès des personnes retenues au centre de rétention de Luxembourg (équivalent des centres de rétention administrative français). Le gouvernement a décidé la construction d'un second centre pénitentiaire au sud du pays, ouvrant ses portes en fin d'année 2022, pour les personnes dites « prévenues » (c'est à dire non condamnées définitivement).

Les règles de l'administration pénitentiaire sont, pour une large partie, superposables au code français : séparation des personnes prévenues et condamnées ; séparation stricte des personnes mineures et majeures, homme et femme. Il existe un quartier destiné aux personnes nouvellement incarcérées, une unité d'hospitalisation de médecine polyvalente, une pouponnière située au sein du bâtiment hébergeant les femmes détenues ; des cellules dites « punition » (équivalent français du quartier disciplinaire) et d'autres d'isolement. Une unité héberge de plus des personnes nécessitant des soins psychiatriques soutenus, comparable au service médico-psychologique régional (SMPR) français. Des salles destinées à l'enseignement, au culte, au sport, au travail sont réparties dans l'établissement. Chaque personne détenue perçoit chaque mois un pécule fixe, cumulable avec un éventuel salaire s'il est éligible au travail.

2. La doctrine

Le législateur a imaginé un accès aux soins de santé qui soit conforme aux standards du pays, indépendamment du statut pénal de la personne. En somme, le fait d'être privé de liberté ne doit pas se répercuter sur l'accès aux soins de santé, tant sur les délais que sur la qualité. Il n'en reste pas moins que l'articulation avec la sécurité influence certaines prises en charge, par exemple une personne peut nécessiter une escorte de haut niveau de surveillance, incluant un hélicoptère de la police, ce qui rend le transport vers l'hôpital de référence pour le moins singulier. Nonobstant les rares cas particuliers, le principe est toujours le même, faire comme si l'emprisonnement ne limitait pas l'accès aux soins de santé. On retrouve là un impératif catégorique kantien, ce en quoi il n'y a pas de différence théorique avec les autres

pays occidentaux en général, avec la France en particulier.

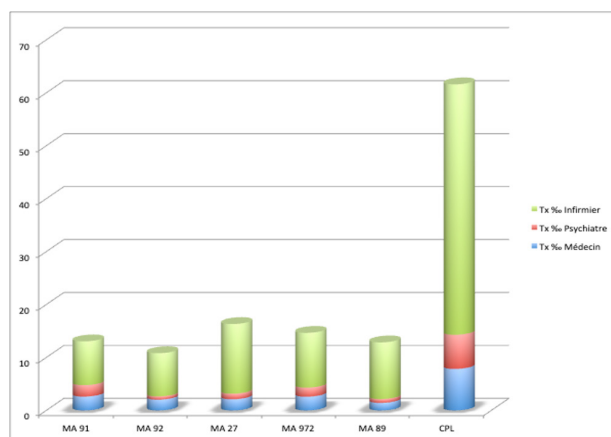
Cependant quelques particularités sont à retenir : chaque personne incarcérée peut, de plein droit, sans motif déclaré, demander à consulter un médecin une fois par semaine, un matin défini en fonction du bâtiment d'hébergement. De la même façon, une fois par semaine, une consultation chez le dentiste est accessible. La personne détenue peut se plaindre via l'*ombudsman* (correspondant au « défenseur des droits »), lequel n'est pas légalement soumis au secret médical ; il a accès à tout le dossier du patient, ce qui dans les faits se traduit par une plus grande latitude du médecin mis en cause, pour assurer sa défense. Il est à noter que le médecin peut lui aussi saisir le même *ombudsman* si le comportement d'un patient le justifie (au cours des 10 dernières années cette option n'a été utilisée par aucun soignant du CPL).

3. L'articulation avec l'administration pénitentiaire

Les soignants sont tous sous contrat avec le centre hospitalier de Luxembourg, établissement public. Les personnels du service psychiatrique sont tous employés par le centre hospitalier neuropsychiatrique, établissement public. La Caisse nationale de santé (CNS correspondant à l'Assurance maladie française) est bénéficiaire, l'hôpital est en « bonne santé » comparativement à l'hôpital français.

Le lien est construit là aussi sur la base plutôt saine de l'impératif hypothétique kantien : pour obtenir de bons résultats et réaliser une bonne articulation, chacun facilite (ou met adroitement en œuvre) le travail de l'autre sans jamais enfreindre les règles de droit, ni de bon sens.

Graphique 1 :
Temps comparés de travail médical et paramédical, France et CPL, 2022, pour 1000 personnes détenues



Source Fabrice Mathy.

Le Graphique 1 permet de constater que le temps de soin proposé, par personne détenue, est entre cinq et six fois supérieur aux cinq établissements français comparés. En outre il est important de préciser que le personnel paramédical est présent *in situ*, sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre ; une astreinte médicale téléphonique, mobilisable à moins d'une heure est assurée sans discontinuité. Un médecin psychiatre est d'astreinte 12/24 heures, chaque jour.

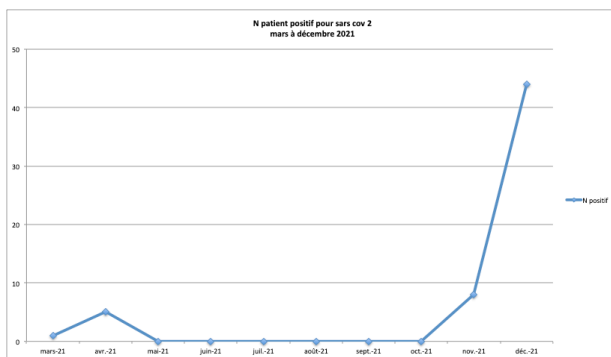
4. L'arrivée du virus SARS-CoV-2

Les premiers patients positifs pour le SARS-CoV-2 ont été identifiés au début de l'année 2020 et le premier décès est enregistré en mars 2020 au Grand-Duché de Luxembourg.

Le premier patient déclaré positif au CPL est enregistré le 11 janvier 2021.

Graphique 2 :

Nombre de personnes déclarées positives au SARS-CoV-2, CPL, 2021.



Puis quelques personnes sont contaminées sporadiquement. Le premier pic est observé en avril 2021 et le second pic au moment où se tiennent les journées internationales de la direction de l'administration pénitentiaire à Paris, en décembre 2021.

Au total 109 personnes, à la date arrêtée du 4 décembre 2021, ont été déclarées positives au CPL. Cinq personnes ont été hospitalisées et aucun décès, à la date du colloque, n'est à déplorer. Environ six-cents personnes sont incarcérées à cette date, l'incidence sur cette période de onze mois est estimée à 18%. Ce pourcentage est à pondérer au regard des entrées et sorties de détention, des personnes qui ont délibérément décidé de masquer tout symptôme.

Le port du masque est rapidement devenu la règle, les consignes sanitaires et les mesures barrière n'ont pas été différentes de celles du reste de l'Europe. La suspension temporaire des visites et ses conséquences sur le lien social ont mis à l'épreuve l'ensemble des partenaires.

5. Apprentissage et adaptation de deux institutions

Au début de l'épidémie, en lien avec l'hôpital, un protocole *ad hoc* a été mis en place. En dessous de cinq, les personnes détenues déclarées positives ont été envoyées à l'hôpital. Puis, le nombre de positifs augmentant, seules les personnes malades avec symptômes alarmants ont été hospitalisées, cela pour ne pas alourdir la charge hospitalière.

Puis, en lien avec l'administration pénitentiaire, un protocole de prise en charge a été mis en place pour assurer la recherche des sujets contacts et isoler les personnes positives dans une unité consacrée. À chaque recommandation du service référent de maladie infectieuse et après l'avis officiel du ministère de la Santé, nous avons appliqué les mêmes mesures d'isolement que pour le reste de la population (impératif catégorique : les personnes privées de liberté sont isolées, enquêtées comme les personnes libres).

Puis la période de vaccination est arrivée au CPL avec son cortège de passions, sans doute exacerbées au sein d'un lieu d'enfermement. L'accès à la vaccination a été calqué sur celui du reste de la population. Basées sur le volontariat des personnes incarcérées, des listes ont été affichées par l'administration pénitentiaire, chaque personne détenue pouvait s'y inscrire, une assistance pour les personnes incapables de s'inscrire (langue étrangère, compréhension) a été mise en place. Chaque personne a été reçue en consultation médicale pour information et consentement éclairé, plusieurs jours avant la vaccination.

Le gymnase a été réaménagé à cet effet avec quatre lignes de vaccinateur (un médecin, un personnel infirmier) chacune équipée d'un ordinateur et d'une imprimante, dans le but d'éditer le certificat nominatif avec code barre d'identification.

Une première cohorte de 112 personnes a reçu une première dose, trois personnes ont finalement refusé de bénéficier de l'injection au dernier moment (une personne pour bélérophobie, deux pour changement d'avis).

6. Le monde de la technique

Les relations entre les personnes détenues et les personnels hospitaliers se sont tendues au début de l'épidémie et ce approximativement jusqu'à la mise en place de la vaccination. En effet, certaines personnes incarcérées ont associé l'isolement infectieux à un enfermement dans l'enfermement, du fait de mesures étiquetées comme médicales. Le soignant est devenu un temps un second « portier ». L'incursion, pour ne pas dire l'invasion, du monde de la technique défini par M Heidegger imposant des mesures administratives automatiques (positif = isolement), mécaniques (sentiment augmenté de réification), aveugles (car ne tenant pas compte de particularité humaine) et presque autonomes ont largement participé de la rupture temporaire des personnels soignants et des personnes détenues au profit d'un rapprochement objectif des soignants et des personnels pénitentiaires (même contingence).

7. Les leçons

Cette brutale intrusion d'un minuscule virus a eu des répercussions considérables, pour certaines inattendues, au sein de l'établissement pénitentiaire. En premier lieu, la qualité première ici comme ailleurs a été la réactivité. Corollaire à la première, la capacité d'adaptation ad hoc, presque à la semaine près, a été un facteur essentiel pour tenir la distance.

À cette fin, la coordination intra-institutionnelle a grandement facilité la prise en charge des malades, en respectant à la lettre les impératifs de la doctrine, soigner comme s'il ne s'agissait pas de personnes détenues.

La qualité de la coordination interinstitutionnelle a permis une grande fluidité dans la prise en charge des personnes positives pour SARS-CoV-2, personnes qui ne relevaient pas d'une hospitalisation mais seulement d'une mesure d'éviction du reste de la détention.

Les deux institutions ont rapidement mis en place des équipes dédiées et installé une unité dédiée. Les soins et la surveillance sanitaire n'ont pas été hypothéqués sur l'autel de la sécurité, la surveillance pénitentiaire des personnes sous mains de justice n'a pas été empêchée par les soins.

Conclusion

L'épidémie de SARS-CoV-2, encore active au moment de ce colloque, a mis à l'épreuve deux institutions, anciennes et expérimentées, qui cohabitaient dans une sorte de neutralité réciproque. L'incursion de ce minuscule germe a obligé ces deux institutions à s'adapter et interagir dans des délais records à l'échelle de ces deux administrations. Déjà les flots de patients positifs au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et de patients positifs au VHC (virus de l'hépatite C) avaient sérieusement bousculé nos institutions respectives en les contraignant à réagir et à s'adapter à de nouveaux risques (dépistages, tatouages, seringues, préservatifs, etc.). Elles ont tenu et ont lutté contre une déviance bien décrite par les psychiatres Vincent Mahé et Daniel Zagury : la « bureaucratose », qui empêche de voir, d'entendre, d'intégrer les messages et donc empêche d'avoir une réaction pratique.

Cette fois, les enjeux sanitaires, sécuritaires et éthiques sont forts, si ce n'est mis en tension et nous imposent une solution symétriquement aussi forte : s'adapter en permanence, sans jamais toutefois briser l'harmonie entre nos deux institutions.



► Le service pénitentiaire d'insertion et de probation du Haut-Rhin face à la crise sanitaire : retour d'expérience

Mouad Rahmouni, directeur fonctionnel d'insertion et de probation du service pénitentiaire d'insertion et de probation du Haut-Rhin

Propos introductifs

Tout d'abord, une photographie du Haut-Rhin en éclairage d'éléments du contexte local. Le Haut-Rhin est un département frontalier avec la Suisse, l'Allemagne et un peu plus loin avec le Luxembourg. La région de Lombardie en Italie, et notamment la ville de Bergame, grand foyer de l'épidémie de Covid-19, se trouve à quelques encablures également. Le département du Haut-Rhin comme le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) du Haut-Rhin est pleinement au cœur de cet *international* « Europe » dont a parlé ce matin Monsieur le directeur de l'administration pénitentiaire dans son propos introductif de ces journées. Le département du Haut-Rhin, et plus particulièrement la ville de Mulhouse et ses environs sont un des premiers foyers de Covid-19 en France. L'un des plus importants au départ de cette pandémie.

La crise Covid-19 se caractérisait à la fois par :

- Sa rapidité et sa brutalité. Le Haut-Rhin était impacté fortement et de plein fouet (mortalité conséquente chez les personnes âgées notamment, saturation des services de soins et de réanimation, etc.) ;
- Sa nouveauté. Nulle situation similaire n'est jamais survenue à ce niveau durant les dernières décennies, à tout le moins ;
- Et en déclinaison logique par « l'impréparation » de tous face à cette pandémie. On peut évoquer des balbutiements laborieux en terme de connaissances scientifiques et médicales de ce virus, la non disposition de masques, de gel, etc.

Une autre particularité à souligner : le département du Haut-Rhin a été considéré comme zone *Cluster* une quinzaine de jours avant le discours de M. le Président de la République de la mi-mars, et le premier confinement du pays qui s'en est suivi. Sur décision du Préfet du Haut-Rhin, nous avons connu préalablement au reste du territoire national la fermeture de certaines écoles et crèches, de lieux de loisirs, etc. Nous avons un pied dedans avant les autres : il a fallu s'adapter et s'organiser en conséquence.

Face à cette primauté, l'attention et le soutien de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Strasbourg sont à souligner. Au fil du temps, une organisation évolutive du travail au SPIP du Haut-Rhin a été mise en œuvre. Elle portait sur trois axes principaux que je vais vous détailler, axes qui prenaient en considération les dispositions textuelles et les

notes du Secrétariat général (SG) et de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) qui s'en sont suivies.

1. Le champ des missions

Nous avons procédé à une priorisation de certaines tâches en milieu ouvert comme en milieu fermé et ce avec une gradation dans le temps :

1.1. En milieu ouvert

- Les entretiens en présentiel ont été réservés aux situations sensibles et la pose des bracelets de surveillance électronique a été différée ;
- Suspension des permanences délocalisées, ou encore, généralisation des enquêtes sociales rapides par téléphone ;
- Suspension du travail d'intérêt général et interruption de l'accueil des tigistes par les structures partenaires ;
- Et ainsi crescendo jusqu'à la fermeture du SPIP au public et le maintien des seules permanences pour les situations d'urgence et d'un suivi téléphonique avec les publics sous-main de justice.

1.2. En milieu fermé

- Limitation des entretiens aux arrivants. Les entretiens arrivants se sont faits par la suite après une visite médicale et dans une salle dédiée permettant les gestes barrières ;
- Un exercice professionnel centré principalement sur l'instruction des aménagements de peine et la préparation à la sortie ;
- Suspension de l'ensemble des activités en détention, ainsi que des visites familles. Une situation exceptionnelle pour la gestion de la détention notamment ;
- Élargissement de l'assiette des aides en détention pour suppléer notamment à l'interruption des activités de travail et de formation ;
- Mise en place de plusieurs numéros verts : aumôniers, visiteurs de prison, soutien psychologique, etc.

Des situations parfois nouvelles ont vu le jour. À titre d'illustration, soutien à un placé sous surveillance électronique dont l'épouse s'est suicidée lors du confinement dans le domicile conjugal. En milieu ouvert, des probationnaires téléphonaient au SPIP pour parler de leur angoisse face au Covid-19, de leurs questionnements et des conséquences de cette pandémie sur leur vie et leur quotidien, etc.

2. La logistique et les moyens matériels

- Dès la fin février, mise en place de prestations de nettoyage supplémentaires pour la désinfection des locaux du SPIP sur le département ;
- Dotation de masques pour tous les personnels comme pour les publics justice par la suite, ou encore, mise à disposition du gel hygiénique dans les locaux. La mise à disposition de masques et de gel pour les personnels et, au-delà, pour les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ensuite a été un sujet d'une grande sensibilité ;
- Affichage et traçage dans toutes les antennes de

consignes relatives au respect des gestes barrières et de la distanciation physique. Un point de vigilance rappelé continuellement pour cela : les espaces repas/détente ;

- Organisation de roulements dans les bureaux d'entretien en milieu ouvert permettant l'aération et la désinfection systématique de ceux-ci ;
- Organisation de visioconférences pour les réunions institutionnelles, de même avec les magistrats pour les débats contradictoires, les commissions d'application des peines ont été dématérialisées, etc.

Un point est à souligner toutefois, c'est celui du manque de moyens informatiques pour les agents, notamment pour permettre le télétravail. Une résolution de cette difficulté a été apportée par la DISP de Strasbourg pour tous les personnels du SPIP du Haut-Rhin à la fin de l'année 2020.

3. La gestion des ressources humaines

Outre les permanences soulignées pour les missions prioritaires et les roulements mis en place à ce niveau, des dispositions spécifiques pour les parents d'enfants en bas-âge et les vulnérables notamment ont été actées conformément aux orientations nationales. Le soutien d'un dialogue social sur la crise dans un contexte difficile a été également instauré.

4. La pandémie de Covid-19, quelques éléments de retour d'expériences pour le SPIP du Haut-Rhin

La situation a été génératrice de questionnements et d'évolutions dans la vie et la pratique professionnelle des agents.

4.1. Sur le contexte sociétal et de la pandémie en général

L'adage « on apprend en marchant » a été d'une grande actualité à ce niveau. La crise de la Covid-19, c'est comme raconter une histoire avec de nombreuses questions. À ce stade, force est de constater que le recul nécessaire pour une analyse objectivée de cette pandémie n'est pas encore suffisant.

Nous avons vécu - et nous continuons encore de vivre - un ascenseur émotionnel conséquent dans cette crise : informations paradoxales et ultracréditarisme, restrictions des contacts physiques et du présentiel dans nos modes de relations humaines, familiales, ou encore professionnelles, des limitations de mouvement et de déplacement, ou encore d'accès aux activités et aux loisirs, etc.

4.2. Sur le plan des pratiques et de la prise en charge des publics

Si le travail en présentiel était la règle et une pratique rodée, avec la Covid-19, d'autres possibles ont fait jour (entretiens téléphoniques, nouveaux modes de communication informatique, etc.). Cette situation a été également éprouvée pour l'organisation de réunions à distance notamment. De facto, le télétravail a fait son entrée comme mode d'organisation possible, principalement pour des tâches définies comme éligibles à ce titre (rédaction d'écrits professionnels, etc.).

En résumé : les moyens techniques ont fait une entrée en force dans les possibles en terme d'organisation du travail en SPIP.

Toutefois, des questions se posent désormais à ce niveau : une appropriation différenciée des professionnels du télétravail ou du travail à distance (espace privé dédié au télétravail avec parfois la garde d'enfants concomitante, etc.) le besoin manifeste pour certains de disposer d'une communauté de travail, la notion d'isolement, le droit à la déconnexion et les limites de la visioconférence. Ont également été signalées les situations qui restreignent certaines perceptions physiques dans la relation à l'autre : la visioconférence à plusieurs, voire le port du masque par exemple.

En ce qui concerne l'article 28 et la préparation à la sortie des fins et des courtes peines, le constat d'une pratique massive de la possibilité de libérer des PPSMJ condamnées à de courtes et en fin de peine, sous certaines conditions d'éligibilité, est fait même si le contexte du confinement est spécifique. Sur proposition du SPIP, les décisions judiciaires prises dans ce cadre se sont traduites par plus de 100 personnes détenues en moins sur le département qui connaissait une moyenne de 570 personnes détenues pour les deux maisons d'arrêt du ressort. Le travail du SPIP a été conséquent à ce niveau pour trouver rapidement des solutions d'hébergement en nombre et des partenariats ont été développés dans l'urgence en soutien à la sortie de certaines personnes détenues. Plus globalement, le travail partenarial a subi un coup d'arrêt avec la crise de la Covid-19 (l'accès à l'emploi, à la formation, les activités socioculturelles, etc.). Rappelons que le travail partenarial représente un pan important dans la réalisation des missions du SPIP.

Enfin, dernier constat, la place désormais prépondérante des personnes suivies pour violences conjugales et intrafamiliales. Il s'agit d'un sujet d'une grande actualité/priorité pour notre société en général comme pour notre ministère et notre administration : il s'agit de presque 800 personnes suivies à ce titre pour notre SPIP. Y-a-t-il un lien direct avec la Covid-19 ? Ou avec une meilleure prise en considération de ces situations par l'ensemble acteurs concernés ? Ou bien avec les deux ? De nouveaux partenariats et de nouveaux modes d'accompagnement des auteurs de violences conjugales ont été développés au SPIP du Haut-Rhin, dont le dispositif EQUILIBRE, pour lequel l'antenne de Colmar a été site expérimental et qui a été généralisé depuis au plan national.

Conclusion

Si des interrogations sont toujours d'actualité relativement à cette crise de la Covid-19 que nous traversons et qui perdure, si à ce stade encore nous ne disposons pas du recul utile pour jauger de cette crise, de ses implications et de ses conséquences humaines, sociétales et professionnelles, même si pour ces dernières des développements et des possibles émergent et se font jour (télétravail, modes de communication nouveaux, etc.), j'aimerais conclure avec entrain et une certitude : j'adresse mes remerciements aux équipes SPIP du Haut-Rhin pour leur qualité d'adaptation, la solidarité dont ils ont fait preuve ainsi que leur mobilisation et l'implication professionnelles pour assurer nos missions dans un contexte nouveau et difficile. Cette solidarité et la synergie ainsi déployées sont un bien précieux qui nous a été utile à tous. Il s'agit d'un point premier et fondateur de ce retour d'expériences relativement à cette crise de Covid-19.

► L'expérience des chefs d'établissement au temps de la Covid-19

Gilles Chantraine, chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique, Corentin Durand, chercheur postdoctoral à Sciences Po

Cette communication est l'occasion pour nous de présenter quelques résultats d'une première enquête consacrée à l'impact de la crise sanitaire sur les institutions pénitentiaires. Il s'agissait de partir du constat selon lequel la crise sanitaire, en tant que « moment biopolitique » majeur, constitue une épreuve de gouvernement pour l'institution, et plus précisément une épreuve de bio-légitimité au travers de laquelle le devoir institutionnel de protéger la vie est venu reconfigurer la notion même de sécurité en détention. Cette enquête a été menée sous la direction de Gilles Chantraine, avec ma collaboration et une équipe de recherche composée de Thomas Fovet et Catherine Paulet (psychiatres), Camille Lancelevée (sociologue), Frédéric Le Marcis (anthropologue), Philippe Sabot (philosophe) et Isabelle Fouchard (juriste).

Les organisateurs de ces journées d'études nous ont sollicités sur la thématique suivante : « L'expérience des chefs d'établissement au temps de la Covid-19 ». Cette formulation appelle deux remarques introductives, l'une méthodologique et l'autre théorique. Première remarque, relative à la méthodologie de l'enquête. Pour cette étude, et contrairement à nos habitudes, nous n'avons pas mené d'observation directe en détention. Nous avons mobilisé la méthode dite de « l'analyse en groupe », telle que formalisée par Luc Van Campenhoudt et Abraham Franssen, et que nous avons adaptée à un format distancié, qui a grandement facilité la logistique et la constitution des groupes. Les analyses en groupe sont des entretiens collectifs au sein desquels les acteurs invités relatent des récits d'expérience et des situations vécues concrètes, qui sont discutés collectivement entre pairs. Dans notre cas, ces récits soulevaient des enjeux spécifiques sur la gestion de la crise. En partenariat avec le Laboratoire de recherche et d'innovation de la DAP, que nous remercions, nous avons consacré une séance spécifique à l'analyse de l'expérience des chefs d'établissement et la diversité des situations locales.

Cette séance s'est déroulée début juin 2021. Cela veut dire que les chefs d'établissement adoptent un regard rétrospectif sur le premier confinement et ses suites, avec une très grande minutie mais également parfois un certain flou mémoriel, car, à l'instar de chacun d'entre nous, l'effet de sidération induit par la crise floute certains souvenirs et brouille les temporalités. Cela veut dire également que nous n'avons pas de données sur ce qui s'est passé depuis, alors même que la crise n'est pas achevée et continue de s'installer dans la durée.

Deuxième remarque, relative à l'objet de la communication. L'expérience d'un professionnel en temps de crise ne prend sens que dans la manière dont elle vient s'inscrire dans un rapport plus général au métier et à l'institution, qui sont eux-mêmes en transformation. Or force est de constater qu'alors

même que la sociologie de la prison est aujourd'hui solide et diversifiée en France, cette diversité s'étirole lorsqu'elle arrive à la sociologie des chefs d'établissement. Quelques études permettent néanmoins d'esquisser un mouvement de limitation progressive du pouvoir des chefs d'établissement. Mouvement transnational mais doté de temporalités et de variations propres. Cette communication s'inscrit dans le prolongement de ces travaux. L'étude resitue ainsi l'expérience des chefs d'établissement pendant la crise dans un désarroi plus vaste, largement discuté durant l'entretien collectif, qui s'exprime notamment par le sentiment d'une dévalorisation accélérée de métier de directeur et de leur place dans l'administration.

Une directrice le résume :

Je suis dans l'administration depuis à peu près 32 ans maintenant. Quand je suis rentrée, je me rappelle, on vous disait : « Vous, vous êtes au cœur du métier, vous remplissez la mission. Tous les services : les DI, la Centrale sont là en appui pour vous aider, pour vous soutenir. Mais le cœur du métier, c'est vous qui savez, c'est vous qui faites. » J'ai un peu l'impression ces derniers temps, peut-être que c'est parce que c'est vendredi et que je suis fatiguée, mais que en fait on est là pour remplir des diapos, faire augmenter des statistiques, donner des chiffres sur un travail qu'on n'a même pas forcément eu le temps de terminer.

La question qui guidera cette présentation sera de comprendre comment la crise sanitaire attise et visibilise ce désarroi professionnel des chefs d'établissement, dans une tension entre la nécessité d'appliquer des consignes sanitaires nationales qui cadrent parfois mal avec les singularités de l'établissement dont ils ont la charge, et la mobilisation conjointe de ressources propres pour faire tenir l'établissement et surmonter la crise.

1. Verticalité et homogénéité des consignes, diversité des configurations locales

1.1. La verticalité des consignes nationales

L'analyse en groupe a mis en évidence un consensus important entre les directrices et directeurs présents sur le décalage grandissant, à partir du premier déconfinement de mai 2020, entre des consignes nationales de plus en plus nombreuses et précises et les réalités rencontrées dans les établissements. La directrice d'une maison d'arrêt explique :

Quand on a déconfiné à partir de mai-juin 2020, la vie avait repris et quand il a fallu, à la rentrée, se rendre compte que finalement, le pire allait arriver, c'est là où les choses se sont vraiment corsées, dans la mesure où, on a bien vu le décalage entre les recommandations, les directives qui nous arrivaient et la réalité du terrain.

Les critiques, parfois véhémentes, exprimées lors de cet entretien collectif portent ainsi moins sur l'existence de normes nationales considérées comme bienvenues en tant que guide et source de protection juridique, que sur leur absence de souplesse. Un directeur parle ainsi des « critères très draconiens » des consignes nationales. Cette rigidité, ajoute une directrice, rend impossible les nécessaires adaptations aux différences entre établissements :

Il y a des choses qui nous ont parues très compliquées à mettre en œuvre, trop généralistes pour s'appliquer à la diversité des différents établissements. Sachant qu'effectivement on a eu des soucis communs, mais qu'on n'a vraiment pas le même quotidien entre [une grande maison d'arrêt voisine] et [l'établissement pour peine qu'elle dirige], ça n'a absolument rien de commun. Donc effectivement d'avoir des consignes qui ne tiennent pas compte de ce que l'on ressent, de comment nous on perçoit les choses.

Les exemples des tensions engendrées par l'existence de consignes générales et sans marges d'application sont nombreux à être évoqués au cours des échanges. La qualification au niveau national des ateliers comme zone à risque peut avoir un sens en maison d'arrêt – où tous les autres lieux collectifs sont fermés – mais pas dans certains établissements pour peine – où de nombreuses personnes détenues se côtoient quotidiennement dans les coursives. Il en va de même pour la mise en place de séparations physiques dans les parloirs, qui se heurte aux différences architecturales, entre anciens et nouveaux établissements.

Les échanges entre chefs d'établissement autour de ces différentes situations concrètes donnent à entendre non seulement la critique d'une prise de décision descendante et générale, mais aussi l'impossibilité de faire remonter des difficultés ou des initiatives. Certaines réunions avec les directions interrégionales, en visio-conférence, constituent un point de fixation des frustrations qui s'expriment longuement au cours du séminaire. Chaque participant expose des exemples d'initiatives, présentées comme de bon sens, qui ont été sèchement retoquées par sa hiérarchie, quitte à être parfois réimposées par la suite de manière descendante, comme en témoigne une directrice :

Je me souviens très bien de [cette] visio, où on avait même un collègue qui avait eu le malheur de dire qu'il avait tenté de faire un prototype avec une séparation plexi et il s'est pris une volée pour avoir tenté de faire quelque chose, de proposer quelque chose tout seul. À ce niveau-là, nous, on avait fait une proposition aussi qui a été immédiatement retoquée sans être lue par personne, puisqu'il était absolument invraisemblable de l'appliquer. La proposition en question consistait à se servir des ordinateurs de la salle informatique pour faire de la vidéo avec les familles à un moment où les parloirs étaient complètement interdits. Et bien évidemment, on nous a dit que c'était quelque chose d'invraisemblable avant de nous ordonner, il n'y a pas longtemps de le mettre en œuvre avec d'autres systèmes qui eux ne marchent pas.

Ainsi, la verticalité des consignes et l'absence de reconnaissance de l'expertise et du savoir-faire local des chefs d'établissement prolonge une crise plus profonde de la fonction de directeurs des services pénitentiaires. Celle-ci n'est pas le seul produit de la crise sanitaire, crise qui bien sûr est singulière, mais qui agit davantage comme un révélateur qu'une rupture. En d'autres termes, la gestion hyper-centralisée des consignes sanitaires a accéléré et visibilisé des évolutions plus lentes et plus discrètes.

1.2. Des contraintes hétérogènes

Les difficultés liées à l'adaptation locales des consignes nationales se sont faites particulièrement sentir dans les maisons d'arrêt, où la surpopulation produit en temps normal des contraintes déjà très importantes sur la gestion des établissements. La traduction des mesures sanitaires dans le quotidien de la détention a donc essentiellement pris la forme de restrictions supplémentaires des mouvements et de séparations plus étanches entre les personnes. Cette politique des « discontinuités spatiales », selon une notion du géographe des prisons Olivier Milhaud, s'inscrit dans une logique fondamentale de la prison.

Radicalisée par la crainte des contagions, elle s'est néanmoins heurtée aux limites spatiales d'établissements surpeuplés, plaçant les personnels de direction dans une situation de double contrainte où la sujétion à des consignes nationales est venue doubler la sujétion habituelle aux décisions des magistrats qui déterminent les flux d'entrée et de sortie. Le quotidien carcéral a alors été reconfiguré par la tension entre la volonté de séparer et l'impossibilité physique de le faire. La directrice d'une grande maison d'arrêt explique par exemple :

Quand on nous demandait d'isoler les personnes, de les placer seules en cellule pour éviter une propagation ... des zones de Covid, c'est-à-dire mettre dix cellules vides à disposition et, quand on avait des cas de Covid, de les positionner dans ces cellules ... Quand on est à un taux d'occupation de 175 %, on se dit : « Mais qu'est-ce que l'on peut faire dans ces conditions-là ? » [...] On avait donc les directives de l'administration centrale et une pression de l'unité sanitaire qui nous disait : « Mais vous ne pouvez pas laisser deux détenus, avec un positif et un isolé mais qui n'était pas encore positif en cellule. En termes de responsabilité ce n'est pas possible. » A un moment donné, on se dit qu'on a vraiment pas de place. C'était un moment où les transferts étaient stoppés, puisqu'on évitait aussi de faire partir des détenus dont on ne savait pas vraiment s'ils étaient porteurs ou pas.

Plusieurs chefs d'établissement ou adjoints font écho à ces différentes préoccupations, comme la nécessité d'organiser une quatorzaine lors des retours de permissions de sortir. « C'est une véritable contrainte qui est difficile à maintenir, voire quelque fois impossible, très souvent impossible », commente le directeur d'une maison d'arrêt. Ces difficultés deviennent plus criantes encore lorsque l'irruption d'un cluster force à réorganiser la détention.

Cette présentation - incomplète - des contraintes qui ont façonné l'expérience de la crise des chefs d'établissement amène cependant à se poser la question des ressources dont ils et elles ont pu disposer.

2. Communication, discipline : comment faire tenir la prison ?

Quelles sont les marges de manœuvre qui restent à la disposition des personnels de direction et qui justifient que, d'un commun accord, les participants du séminaire estiment avoir, tant bien que mal, réussi à « faire tenir » leur établissement à travers la crise ?

2.1. Le pouvoir communicationnel

Les autorités de tutelle ont particulièrement craint les réactions de la population pénale à l'annonce des restrictions sanitaires. C'est pourtant le respect des consignes par les personnes détenues qui est au cœur des discussions des différents séminaires. Cette bonne acceptation, au moins initiale, de mesures restrictives sans précédent comme la suppression des parloirs s'est accompagnée d'une importante communication de la part des membres de la direction et de l'encadrement. De ce point de vue, la crise sanitaire a activé et renouvelé, dès les premiers jours du confinement, toute la palette des « espaces de communication » entre autorités pénitentiaires et personnes détenues, espaces que j'ai analysés dans mon travail de thèse.

Les échanges montrent le travail de l'encadrement pénitentiaire pour toucher un maximum de personnes détenues, comme l'explique la directrice d'un établissement pour peines :

On a utilisé des cours de promenades parce que ça permet quand même de passer de personne en personne et d'irradier sur des personnalités très différentes et de toucher un peu tout type de population. [...] On a beaucoup mis de flyers dans chaque cellule pour justement toucher aussi ceux qui ne sortent pas de la cellule puisqu'on a quand même nous, y compris des détenus assez âgés qui sortent peu et qu'on voulait absolument toucher parce qu'on se disait finalement que c'était peut-être les plus vulnérables [...] On a fait le choix de « détourner » un peu, entre guillemets, les codétenus de soutien qui sont normalement ceux qui sont là pour aider en cas de crise suicidaire [...] et qui sont bien intégrés, bien perçus dans la population pénale et donc on a fait le choix avec le médecin coordinateur de les réunir à plusieurs reprises, notamment pour tout ce qui était les mesures sanitaires, de port du masque, de lavage des mains pour qu'ils soient un peu nos relais aussi vis-à-vis des autres détenus. Après quand on était sur des mesures plus particulières comme les UVF ou les parloirs qui, en ce qui concerne [cette maison centrale] ne concerne pas tout l'établissement, [...] on a fait le choix de s'adresser à des catégories, c'est-à-dire qu'aux parloirs, on a regardé ceux qui avaient très régulièrement des parloirs pour les convoquer, pour leur expliquer, pour leur montrer, pour qu'ils puissent visiter les lieux, qu'ils puissent prévenir leur famille de comment c'était, pour les associer.

Au-delà de ces formats diversifiés, la communication à destination de la population pénale a également vu se renouveler ses appuis normatifs, avec notamment une très forte insistance sur l'inclusion des restrictions en détention dans le cadre de mesures plus larges, qui concernaient la société toute entière. Une directrice d'établissement pour peine explique :

Il y a eu aussi un effet de sidération de toute part, que ce soit dans la population face à ce confinement, on voyait tous les images d'un Paris désert qui était quand même assez significatives et je pense que c'était pour nous un véritable atout pour pouvoir porter la parole auprès de la population pénale qui pouvait accepter des restrictions avec peu de difficultés, puisqu'ils réalisaient bien que ce n'était pas des restrictions pénitentiaires, mais qu'on s'inscrivait dans une politique sanitaire générale.

L'appui des médecins exerçant en détention a souvent été déterminant pour conjuguer circulation des informations et gestion de la détention, témoignant de ce qu'une directrice qualifie de « resserrement des liens avec les unités sanitaires ». Celui-ci a pu passer par la mise en place de communications conjointes à destination des personnes détenues, voire des agents eux-mêmes. Dans une petite maison d'arrêt, le directeur explique ainsi avoir mis en place des discussions avec les personnes détenues en partenariat avec le cadre de santé :

J'avais mis en place avec l'US une sensibilisation : une fois par semaine, je descends avec le cadre de santé sur la promenade à nouveau. À la fois pour faire un point, on va dire administratif et judiciaire par rapport aux différentes évolutions, qui pouvaient prétendre à quoi, etc. Mais également un point sanitaire en tout cas avec les éléments que l'US avait à l'instant T pour pouvoir communiquer avec la population pénale sur leurs doutes, sur les appréhensions qui pouvaient amener à ce que les tensions puissent, puissent se générer.

2.2. Contestations, résistances et politiques disciplinaires

Le travail de communication mis en œuvre par l'encadrement pénitentiaire et sanitaire doit se comprendre avant tout comme une négociation, où les personnes détenues possèdent des ressources redoutées par leurs interlocuteurs.

Le directeur d'une maison d'arrêt explique ainsi que les communications en cours de promenade ont été mises en place après un « mini-blocage » et qu'elles donnaient lieu de sa part à une attention soutenue à chaque mot utilisé, pour permettre de ne pas envenimer la situation :

Ce que j'avais en tête en priorité, c'était vraiment de poser les mots tout en étant ferme, mais à l'écoute. Mais faire attention, vraiment d'utiliser le juste mot pour pouvoir être entendu de la façon la plus claire par ce détenu qui était là en présence. Alors certes il y avait une première petite alerte parce que deux-trois jours avant sentant que la situation commençait à sentir un peu mauvais. J'avais eu un mini-blocage sur la cour de promenade. Mon chef de détention m'avait fait appeler et bon je l'avais rassuré en disant : dès que j'ai les éléments supplémentaires, on reviendra vers eux pour pouvoir communiquer et de toute façon, rien ne serait caché par rapport au fonctionnement et ce qui serait mis en place.

La communication des mesures sanitaires s'appuie également sur un versant répressif, où l'administration fait à son tour valoir ses ressources agonistiques. La directrice-adjointe d'une grande maison d'arrêt du Sud de la France note ainsi que l'établissement a connu, au début de la crise sanitaire, « des retards de réintégration, mais qui se sont très vite soldés par deux ou trois transferts et ça a calmé tout le monde ».

Sur le plan de l'application des peines, une magistrate du Parquet rappelle lors d'un autre séminaire que les pressions ont été fortes, le plus souvent en concertation avec les directions d'établissement.

Il n'y a pas eu beaucoup de mouvements collectifs et il y a eu beaucoup de résignation, il y a eu aussi beaucoup de pressions sur les détenus, notamment avec les réductions de peines collectives. Les réductions de peine Covid de deux mois, où était expressément exclu les détenus qui troublaient le bon ordre, la sécurité en détention. Et ça, ça a fait vraiment l'objet de beaucoup de communication. Et pour exemple, nous il y a eu un mouvement collectif sur la cour de promenade à [la maison d'arrêt de son ressort], à l'annonce du confinement, enfin c'était juste avant avec des projections avec énormément d'alcool. Tout le monde était très alcoolisé, sur la cour de promenade, il y a eu un blocage et tout ça. Ils étaient assez nombreux, une vingtaine je crois, relativement nombreux et du coup, nous pour le coup, la direction s'en est servie comme mode de communication en disant : « Bon ceux-là, ils n'auront pas leur RPS Covid, tenez-vous à carreau. » [...] C'était expressément prévu dans l'article. Et ça a été vraiment utilisé par la direction.

L'insistance sur les tensions et les suspicions engendrées par le contexte sanitaire ne doit cependant pas donner l'impression d'une augmentation massive des incidents et des violences, au moins pendant le premier confinement. Au contraire, une diminution correspond, dans certains établissements, à une volonté de la direction d'apaiser la détention et de « lever le pied sur les procédures disciplinaires », pour reprendre l'expression d'une directrice d'établissement pour peine.

Les fautes relatives à la possession ou à la circulation d'objets ou de substances interdites ont alors été peu recherchées et encore moins poursuivies, tandis que les résistances explicites à la gestion de crise des établissements faisaient l'objet d'une répression forte et publicisée, notamment par le biais de l'application des peines.

Conclusion

L'ambition de cette présentation n'est pas - faute de temps - de fournir une liste exhaustive des contraintes et des ressources des directeurs d'établissement pénitentiaire. Il n'est pas question ici de généraliser ces résultats exploratoires. On peut pourtant souligner la diversité des profils - ancienneté, grade, sexe, formation initiale - et des établissements - ressort géographique, taille, type, architecture, etc. - représentés lors du séminaire. Les quelques lignes de fort consensus que nous avons présentées en sont d'autant plus frappantes. En insistant sur ces points de consensus dégagés lors de l'analyse de groupe, nous souhaitons mettre en évidence une tension qui traverse l'expérience et l'identité professionnelles des chefs d'établissement.

D'un côté, leurs fonctions de gestion administrative tiennent le plus souvent les directeurs et directrices éloignés des espaces de la détention tandis que les réformes managériales de l'administration pénitentiaire réduisent fortement leurs marges de manœuvre bureaucratiques. D'un autre côté, la crise sanitaire est venue mettre en évidence ce qui constitue néanmoins une zone d'expertise et d'autonomie irréductible de ces professionnels : l'orientation de ressources communicationnelles et répressives pour obtenir la coopération - ou la résignation - des personnes détenues au fonctionnement de l'établissement.

Intensification et renouvellement des formes de communication entre autorités pénitentiaires et personnes détenues, développement d'appuis normatifs insistant sur l'inclusion des mesures dans une dynamique sociale plus large, adoption de mesures compensatoires et menaces de sanction, la crise sanitaire a constitué une mise à l'épreuve de l'ordre communicationnel de la détention. Reste à savoir ce qu'elle modifiera dans le long terme à l'exercice du pouvoir et aux pratiques de communication en détention.

► Pandémie de Covid-19 dans les prisons suisses

*Prisons, mesures sanitaires
et statistiques en Suisse, 2020-2022*

*Daniel Fink, chargé de cours
à l'Université de Lucerne¹⁵³*

Dès la détection des premières personnes infectées par le coronavirus en Suisse, le gouvernement a imposé des mesures sanitaires à l'ensemble de la population et la fermeture de tout lieu public, à l'exception des magasins essentiels. Il a mobilisé les établissements de santé en vue de faire face à un afflux important de malades. Fédéralisme oblige, de nombreuses directions d'établissements de privation de liberté avaient, dès les premiers signes de la pandémie, anticipé certaines mesures, puis offert rapidement aux détenus des compensations, notamment à la lumière des événements dans certains établissements pénitentiaires en Italie. Contrairement à la quasi-totalité des pays en Europe, la Suisse n'a jamais imposé de restrictions punissables de mouvement à la population, ce qui a conduit les directions des prisons à lever certaines mesures ou à fortement limiter leur application dès le mois de juin 2020.

En ce qui concerne le contrôle de la pandémie, on a recouru dès le début à la statistique en tant qu'instrument de connaissance quantitative des infections, des tests, des hospitalisations, des patients aux soins intensifs et des vaccinations. Cependant, dans le cas du pénitentiaire, la Suisse n'a fourni de données ni pour l'enquête spéciale SPACE durant 2020, ni pour celle réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé-Europe sur la pandémie en détention. On constate, à quelques exceptions près, qu'aucun effort n'a été fait pour évaluer la politique sanitaire et médicale en privation de liberté et l'impact de la réponse donnée pendant la pandémie, le fédéralisme servant souvent d'excuse.

Cet article offre un survol de la situation du pénitentiaire avant l'émergence de la pandémie de Covid-19 en Suisse et durant celle-ci jusqu'à février 2022. Il analyse l'absence d'adaptation de la politique pénale et pénitentiaire durant la crise, ainsi que la mise en œuvre de mesures sanitaires et leur levée. À l'aide des informations disponibles actuellement, il tente de cerner l'impact de la crise de la pandémie de Covid-19 en milieu pénitentiaire suisse.

Ce tour d'horizon est basé sur divers travaux de chercheurs en Suisse et ceux conduits par l'auteur dans les établissements de privation de liberté et auprès des services pénitentiaires cantonaux de la Suisse francophone¹⁵⁴. Il fait référence aux statistiques pénitentiaires réalisées par l'Office fédéral de la statistique et à celles des cantons et utilise également des informations transmises à l'auteur par des personnes bien informées¹⁵⁵.

1. Avant la pandémie

À quelques exceptions près, la situation dans les établissements de privation de liberté suisses était en janvier 2020 sous contrôle. Le parc pénitentiaire continuait à être modernisé, un nouvel établissement avec quelques 150 places étant mis en fonction en janvier 2020¹⁵⁶. Pour la première fois depuis 1939, le nombre de places de détention atteignait à nouveau 7 400, pour une population qui entre 1940 et 2020 a plus que doublé ; de 1988 à 2021, le taux de places de détention pour 100 000 personnes est resté stable autour de la valeur de 87. La modernisation s'est faite par la fermeture de petites prisons de district. Les nouvelles prisons régionales sont de faible taille, relativement exigües, construites en vue d'une utilisation maximale de l'espace et d'un maximum de catégories de personnes détenues ; aussi, elles doivent offrir une diversité de structures pour les activités obligatoires¹⁵⁷ et permettre un haut niveau de contrôle et de sécurité.

Au 31 janvier 2020, on comptait en Suisse 6 900 détenus, majoritairement des personnes condamnées, y compris des personnes emprisonnées pour non-paiement de peines pécuniaires ou d'amendes. Leur part était de 52%. Celle des personnes en détention avant jugement était de 42%, et celle des personnes incarcérées pour d'autres motifs (expulsion, extradition et placement à des fins d'assistance) de 6%. La médiane de la détention avant jugement, comprenant les gardes à vue suivies d'une condamnation, était de 2 jours, la moyenne de 40 jours ; la médiane des durées de séjour pour les personnes condamnées à des peines privatives de liberté ou des mesures thérapeutiques était de 61 jours, la moyenne de 220 jours¹⁵⁸. Toutes ces informations démontrent surtout une chose : la prison en Suisse est un lieu de passage, où la grande majorité des personnes détenues y séjourne relativement peu de temps - un fait à prendre en compte en temps de pandémie.

153 - Daniel Fink est chargé de cours à l'Université de Lucerne et membre associé de l'École des sciences criminelles de l'Université de Lausanne. Il est membre du Sous-Comité pour la prévention de la torture de l'ONU. Il est notamment l'auteur de l'ouvrage *La prison en Suisse*, édité dans la collection le Savoir suisse aux PPUR, ouvrage traduit en allemand et en italien.

154 - Ces entretiens réalisés par l'auteur n'ont pas été transcrits complètement selon les règles de la méthode sociologique. Ils ont été utilisés comme un matériel de documentation et n'ont pas donné lieu à une exploitation méthodologiquement contrôlée.

155 - Pour ne prendre qu'un exemple : le taux de vaccination des détenus ou du personnel pénitentiaire, deux groupes relativement réfractaires à la vaccination, n'est à priori pas secret, mais difficile à obtenir et doit être demandé à chaque service pénitentiaire cantonal vu l'absence de projet statistique relatif à la pandémie Covid-19 dans les prisons. Dans l'enquête de M. Wegel (voir note 20), réalisée jusqu'au printemps 2021, près de 50% des détenus disaient être opposés à une vaccination.

156 - La Suisse compte une centaine d'établissements pour 7 400 places, donc une moyenne de 74 places. La plus grande prison, celle de Champ-Dollon à Genève, a 396 places.

157 - En Suisse, toute personne condamnée « est astreinte au travail » (art. 81 CPS). Toute personne détenue doit pouvoir bénéficier d'une formation (art. 82 CPS). Elle a droit à des heures de loisir et de repos (art. 77 CPS). Toute personne mineure condamnée à une privation de liberté doit pouvoir bénéficier d'une « prise en charge éducative » (art. 27 chiff. 2 DPMIn).

158 - Pour une analyse plus détaillée voir notamment : D. Fink, *La prison en Suisse*, 2017. Aussi : D. Fink, S. Staubli, *Libérale Sanktionsreformen in der Schweiz seit dem Jahr 2000. Inhalt, Umsetzung und Wirkung*, pp 283-303 ; in : V. Hofinger et al., *Sozialwissenschaftliche Aufklärung der Rechtspolitik und -praxis als Berufung*, Innsbruck, IRKS, Bd. 11, 2021.

Le 31 janvier 2020, le taux d'occupation national des établissements de privation de liberté était de 94%. Ce chiffre cachait cependant une forte disparité géographique de l'occupation des prisons. Dans le Concordat de l'exécution des peines et des mesures de la Suisse orientale¹⁵⁹ le taux d'occupation des prisons était de 85%, dans celui de la Suisse du nord-ouest et du centre de 88%, alors que la Suisse latine (cantons francophones et le Tessin) faisait face à un taux d'occupation de 106%, les prisons servant à la détention provisoire dans les cantons de Vaud et Genève étant même occupées à 150%, voire plus¹⁶⁰. Cette situation de surpopulation chronique dans les deux cantons avait déjà été jugée par le Tribunal fédéral comme contraire au droit, critiquée par la Commission nationale de prévention de la torture, le Comité européen pour la prévention de la torture et le Sous-comité onusien pour la prévention de la torture.

En ce qui concerne l'état de santé pré-pandémique de la population pénitentiaire, il n'existe aucune statistique sur le plan national et peu d'études ont été publiées. Les fichiers sur la santé des personnes incarcérées en Suisse dans la banque de données HIPED gérée par l'OMS-Europe¹⁶¹ sont, par manque de données sur le plan national, majoritairement vides. Les quelques études réalisées durant les deux dernières décennies, non représentatives, indiquent que la population pénitentiaire, comme ailleurs, présente de multiples morbidités, des taux d'incidence et prévalence de pathologies généralement plus élevés que dans la population générale¹⁶². Même si elle est plus jeune (36 ans en moyenne) que la population générale, elle est plus vulnérable et présente une moins bonne santé. Le nombre de personnes détenues âgées reste en Suisse numériquement faible : 6% de l'effectif et 3,6% des personnes libérées avaient plus de 60 ans ; elles sont concentrées dans les lieux particulièrement sécurisés, soit une quinzaine.

2. La période initiale de la pandémie

La gestion par le gouvernement suisse de la période initiale de la pandémie de Covid-19, rétroactivement la période la plus virulente, peut être caractérisée comme relativement tâtonnante, hésitante et prudente, plutôt d'esprit libéral, avec des appels à la raison et à la responsabilité, qu'autoritaire, basée sur la surveillance et le contrôle. Le gouvernement a déclaré « la situation extraordinaire » le 16 mars 2020, appelant à respecter la distanciation physique ou sociale et

recommandant des mesures sanitaires élémentaires, ce qui fut nommé en France les « gestes barrières ». Une semaine plus tard, il lançait un appel à la population lui demandant de sortir le moins possible, mais n'imposait ni obligation de rester chez soi ni formulaire de sortie du foyer. Comme tous les commerces non essentiels, les aéroports et les frontières avaient été fermés, il ne restait en quelque sorte que la nature où aller.

En matière de politique pénale, ni la conférence de coordination des affaires pénitentiaires¹⁶³ ni l'instance de coordination de la lutte contre la pandémie¹⁶⁴ n'ont émis de recommandation en matière de procédure pénale, d'exécution de la détention avant jugement ou concernant l'exécution des sanctions privatives de liberté. Pas d'extension des durées de la détention provisoire, pas de renoncement à l'exécution des courtes peines, pas de suspension de l'exécution des peines substitutives à des peines pécuniaires ou des amendes non payées. En termes de risques de propagation du virus, ils étaient considérés comme plus élevés pour les établissements avec une surpopulation ou avec une forte rotation des détenus due aux séjours de courte durée, aux conversions d'amendes ou aux changements de régime.

Dans les établissements de privation de liberté, les visites furent suspendues dans la grande majorité d'entre eux¹⁶⁵, le travail, le sport et les activités éducatives interrompus. En revanche, les prisons ont continué à payer les rémunérations¹⁶⁶ aux détenus ; elles ont prolongé la durée des promenades, voire mis en œuvre des politiques de porte ouverte dans les sections, notamment en raison d'une réduction du personnel et de sa rotation. Partout, des cartes téléphoniques avec des crédits offerts ont été largement distribuées et un grand nombre de lieux de détention ont même installé des parloirs de vidéo-conférence, inimaginables avant la pandémie. Dans tous les cantons, voire dans une majorité d'établissements, des stations de quarantaine ont été mises en place afin d'y accueillir les nouveaux arrivants ou les personnes infectées ou malades, les y plaçant généralement pour 14 jours, période qui a ensuite été ramenée à 7 jours. Partout, des campagnes d'information pour les détenus et le personnel ont été menées de manière intensive pour avertir et expliquer - oralement, par écrit, à l'aide de vidéos en internes ou de nouvelles formes de communication telles que des peintures murales¹⁶⁷.

159 - Les concordats sont des regroupements régionaux des prisons ; certains résultats statistiques sont publiés à la base de ces regroupements. Les dénominations des deux premiers concordats ont été traduites par nos soins.

160 - Pour une analyse détaillée des politiques à usage intensif de la détention, voir : D. Fink, La détention à Genève - réponse à une situation d'exception ou résultat d'une politique criminelle ? In : H. Wolff, G. Niveau (dir.), *Santé en prison*, Genève, RMS éditions/Médecine et Hygiène, pp. 221-230.

161 - Voir www.euro.who.int > *Health and Prison* et particulièrement la *Health in Prisons European Database* (HIPED).

162 - Pour un survol des résultats voir : D. Fink, *La prison en Suisse, op.cit.*, chapitre : En prison : le quotidien et la santé, pp. 85-95.

163 - La Conférence de coordination des affaires pénitentiaires (CoCAP) dispose de la seule compétence de faire des recommandations sur le plan national. Ses lignes directrices relatives à la gestion de la pandémie ont été publiées le 4 avril 2020 quand tous les établissements de privation de liberté avaient déjà mis en œuvre leur politique, différentes selon les cantons, et entre grands et petits lieux de détention. Voir le document « Synthèse des bases juridiques et recommandations nationales et internationales sur la gestion du COVID-19 dans les établissements de détention (état : 6 avril 2020) : guide à l'intention des services chargés de l'exécution des sanctions pénales ».

164 - Cette fonction est revenue à l'Office fédéral de la santé publique.

165 - Un établissement comme la Prison de Champ-Dollon à Genève (600 détenus) n'a jamais suspendu les visites, moins fréquentes qu'ailleurs, il est vrai. Dès les premiers jours de la pandémie, l'établissement de Pöschwies (400 détenus) a en quelques jours équipé son parloir normalement ouvert de cabines de plexiglas pour des rencontres limitées à un détenu et un visiteur.

166 - En Suisse, le détenu reçoit pour son travail une « rémunération en rapport avec ses prestations et adaptée aux circonstances » (art. 83 chif. 1 CPS). Il « reçoit une indemnité équitable lorsqu'il participe à des cours de formation et de formation continue. » (art. 83 chif. 3 CPS).

167 - Pour plus de détails voir : M. Wegel, D. Fink, La pandémie de Covid-19 a jusqu'à présent été bien maîtrisée, in : *#prison-info 2/2020* ; Fink et al., Prisonniers de la pandémie, in : *terra cognita*, 37/2021.

3. L'impact de la pandémie année 1

L'impact des mesures - ou de l'absence de mesures spéciales dans le domaine de la politique pénale et pénitentiaire - ne pourra probablement jamais être complètement évalué, par manque de données sur le plan national¹⁶⁸. On ne peut que regretter cette situation, étant donné que la diversité des mesures imposées dans les établissements aurait permis des comparaisons intéressantes.

Dans le domaine de la politique pénale et pénitentiaire, les statistiques permettent d'affirmer que les services pénitentiaires ont - judicieusement - renoncé à un certain nombre d'incarcérations, ce qui s'observe sur l'évolution du nombre des incarcérations et des effectifs des détenus. Sur le plan suisse, en 2020, le nombre des incarcérations en détention provisoire¹⁶⁹ a été de 16 400 comparé à une moyenne de 20 000 dans les 5 ans auparavant ; le nombre de celles pour l'exécution d'une peine de 7 356 comparé à une moyenne de 9 500 antérieurement. Cette situation de moindre recours à la détention en 2020 s'observe encore dans les effectifs : dans le Concordat de la Suisse orientale, l'effectif des détenus est tombé à un niveau historiquement bas depuis 30 ans. Dès le mois de mars 2020, on observait des taux d'occupation des établissements fermés de 80% et dans les établissements ouverts de 60%. Dans les prisons utilisées pour la détention provisoire et l'exécution des courtes peines une baisse rapide est observée après le mois de mars : elles ne sont remplies plus qu'aux trois-quarts. Cette situation a persisté au moins jusqu'au 31 janvier 2022. Une situation similaire peut être observée dans les prisons du Concordat de la Suisse du nord-ouest et du centre. Celle dans le Concordat de la Suisse latine n'est pas connue, à une exception près : la prison de Champ-Dollon, connue pour sa suroccupation chronique. Par crainte d'une situation ingérable sur le plan sanitaire, on y voit sa population pénitentiaire baisser de 630 détenus pour 396 places en janvier 2020 à 436 en juin, pour lentement remonter à 600. En janvier 2021, le Concordat de la Suisse latine présentait à nouveau un taux d'occupation des établissements de privation de liberté de plus de 100%.

L'impact de la pandémie de Covid-19 durant la période initiale en termes de santé et de santé mentale n'est connu

à ce jour qu'à travers quelques données récoltées sur les infections survenues parmi les personnes détenues et le personnel, ainsi que de rares comptes rendus sur le travail médi-

cal pendant la première année¹⁷⁰. Entre avril et juin 2020, 6 personnes détenues ont été infectées et une quarantaine parmi le personnel. Étant donné que l'optimisme régnait en juin 2020, le recensement des infections a été abandonné et n'a repris qu'en novembre 2020, moment de survenue de la deuxième vague de la pandémie. La seule étude épidémiologique, réalisée en juin 2020 et limitée à un seul établissement, la prison de Champ-Dollon, a montré pour les détenus incarcérés avant mars 2020 des valeurs faibles (0,9%) de séroprévalence SRAS-CoV-2. Les valeurs pour les détenus entrés après mars 2020 étaient de 6,8% et de 4,8% pour le personnel, alors que le taux était de 6,9% pour la population genevoise¹⁷¹. Durant la deuxième vague - entre novembre 2020 et le printemps 2021 - on a enregistré, pour toute la Suisse, 205 cas d'infections chez les détenus et 445 cas parmi le personnel.

La première expérience de la pandémie (période de mars à la fin 2020) - saisie à travers un bref questionnaire dans l'enquête de Wegel¹⁷² - a montré que les détenus se sentaient plutôt à l'abri d'une infection, qu'ils pensaient que ceux parmi les détenus à risque élevé étaient plutôt bien protégés, mais qu'en même temps la période avait accru l'ennui par manque de travail et de visites et intensifié le sentiment d'isolement et de solitude. Cette information contraste avec la baisse des décès et des suicides en prison durant l'année 2020, leur nombre passant de 18 à 9, plus précisément les décès de 10 à 7, les suicides de 8 à 2¹⁷³, effet peut-être positif d'un suivi médical plus intense de personnes vulnérables. Seulement 20% des détenus répondaient avoir peur de s'infecter en prison, 50% considérant que cela ne pouvait pas leur arriver. Cette affirmation correspond au fait que seulement la moitié des détenus questionnés fin 2020 souhaitait se faire vacciner dès que cela deviendrait possible.

Du côté du personnel ayant répondu au questionnaire, la pandémie a été vécue par certains comme une cause de surcharge de travail, due en partie au manque de personnel (personnel en quarantaine, malade ou à risque). Le travail avec le masque - exigé dans beaucoup d'établissements pour le personnel, mais pas nécessairement pour les détenus - a été considéré comme difficile, la communication sans vision complète du visage et donc des expressions étant particulièrement délicate. Si les directions pensent qu'elles étaient bien préparées, ce n'est pas l'avis de tout le personnel, créant de l'insatisfaction à leur égard et au travail¹⁷⁴.

168 - Sur toute la Suisse, il y eu un seul projet de recherche financé par le Fonds national suisse (FNS) sur le monde pénitentiaire, celui de M. Wegel, obtenu en avril 2020. Il a porté sur la gestion de crise de la pandémie dans les lieux de coercition pour la période des trois premiers mois de la pandémie. Il ne comprend qu'un échantillon de directions d'établissements de la région germanophone et fait donc l'impasse sur les lieux de détention les plus problématique de la Suisse, ceux de la Suisse francophone, et sans parler des établissements les plus précocement exposés à la pandémie comme ceux du Tessin, situés géographiquement les plus proches du premier foyer européen de la pandémie de Covid-19, à Bergame.

169 - Il s'agit ici des détentions provisoires qui ont été suivies d'une condamnation pénale inscrites au casier judiciaire, donc des détentions avant jugement imputées sur les peines.

170 - Voir compte-rendu de l'intervention de T. Salamone, cheffe du service de médecine pénitentiaire du canton du Tessin : Webinar réalisé à l'Université de Lausanne en février 2021. Caneppele S. et al., *Criminalité, justice pénale et prison en temps de COVID-19*, pp. 34-37. Également H. Wolf et L. Gétaz, *Professionalisme et mise en place efficiente de stratégies* ; In : *#prison-info 2/2020* pp. 16-20.

171 - Voir H. Wolff, L. Gétaz, *Covid-19 en prison : quels enjeux ?* Colloques de la Revue médicale suisse [Vidéo, 22.09.2020] ; In : [Site web de la Revue médicale suisse](#).

172 - M. Wegel et al., Perception de la pandémie de Covid-19 par les détenus ; In : *#prison-info 2/2021* pp. 36-38. Le taux de réponse à ce questionnaire distribué par l'administration des établissements aux détenus était de 10% à 50%, avec un total (N : 365) de quelques 25% de répondants pour l'ensemble des détenus des établissements de l'échantillon. 80% des détenus avaient vécu le début de la pandémie en détention, majoritairement des Suisses et des étrangers avec résidence en Suisse, condamnés à des peines de plus d'un an. Voir M. Wegel et al., *Pandémie Covid-19 en milieu carcéral : des enseignements tirés* ; In : *#prison-info 2/2021* pp. 36-38. Le questionnaire au personnel a été envoyé par courriel, 242 ayant été retournés.

173 - Enquête annuelle de l'Office fédéral de la statistique sur la privation de liberté, publiée en mai 2021.

174 - L. Frey et al., Aperçu du travail dans les établissements de détention durant la pandémie de Covid-19, Premiers résultats de la troisième enquête auprès du personnel pénitentiaire, in : *#prison-info 2/2021*, pp. 37-43.

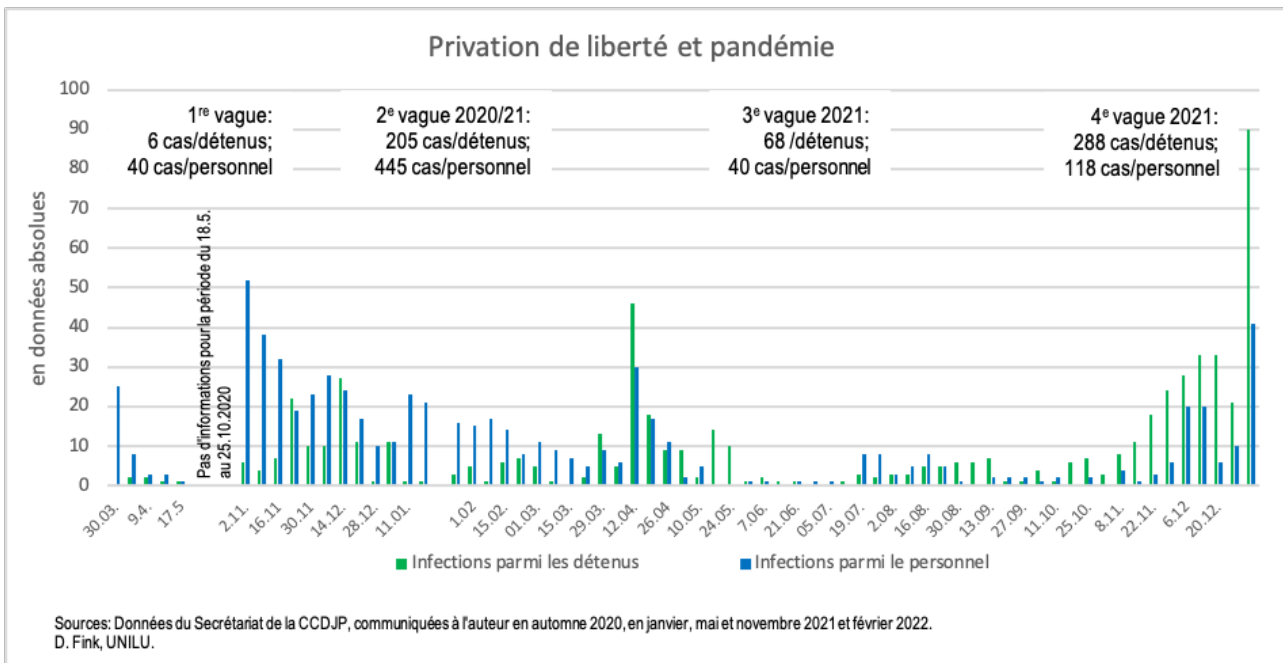
4. La pandémie durant l'année 2 et son impact

L'année 2 de la pandémie a débuté, pour la population générale, par le maintien de la fermeture des commerces non essentiels et l'obligation de porter le masque dans tous les lieux publics. Ces restrictions étaient accompagnées par l'accélération de la campagne de vaccination, engagée en décembre 2020. Juste avant la fin de l'année, la Conférence des médecins pénitentiaires suisses avait obtenu que les détenus soient intégrés dans le groupe prioritaire (le groupe un sur cinq) des personnes à vacciner.

Malgré les réticences des détenus et du personnel à se faire vacciner, une majorité d'établissements était dès juin

2021 revenue à un fonctionnement prépandémique, levant toutes les restrictions sauf les mesures sanitaires élémentaires ; le port du masque restait obligatoire et le nombre de visiteurs plus ou moins limité.

L'impact de la pandémie en termes de personnes infectées a été modéré durant la troisième vague, plus encore parmi les détenus que le personnel. Ce n'est qu'à partir de la quatrième vague, celle du variant delta, qu'elle devient plus virulente en détention. On ne sait si cette situation est liée à un taux insuffisant de vaccinations parmi les personnes détenues, un manque de respect des mesures élémentaires de protection ou une levée trop rapide des mesures sanitaires.



La comparaison des quatre vagues pour la population en détention et celles qui ont été enregistrées pour la population générale montre des développements parallèles, avec trois pointes du nombre d'infections enregistrées en novembre 2020, en mars et en fin d'année 2021. Étant donné le manque de données entre mi-mai et octobre 2020, étant donné qu'aucun contrôle de qualité des données n'a été réalisé, il est difficile de pratiquer une comparaison avec la population générale, même si on peut penser que le taux d'infection a été comparable.

5. Connaissance de la Covid-19 en prison : What went right? What went wrong?

Face à des politiques restrictives dans les lieux de privation de liberté pendant la pandémie, conduisant à un double enfermement des personnes détenues, proche parfois d'un isolement total, celles conduites en Suisse, comme en Angleterre et au Pays de Galles, ont plutôt été libérales, faites de périodes limitées d'application de mesures sanitaires contraignantes, d'ouvertures et de compensations,

avec une attention intensive aux personnes détenues et au personnel vulnérables, ce qui a conduit N. Hardwick à se demander «What went right ?»¹⁷⁵. Sur la base de données fiables, il montre qu'on avait en Angleterre et au Pays de Galles un taux d'incidence de tests positifs plus élevé en détention que dans la population, mais que tous les pronostics concernant les décès se sont révélés faux, tant pour les personnes détenues que pour le personnel - on en prévoyait plusieurs milliers, mais il s'est révélé qu'il y avait eu proportionnellement moins de décès en prison que dans la population. Contrairement à la Suisse, les restrictions imposées en Angleterre ont été gérées sur le plan national, la mise en œuvre des mesures contrôlée centralement, l'impact évalué au jour le jour à l'aide des données. Le régime COVID y a été relativement restrictif jusqu'en février 2021. Si on s'attendait à un impact important sur la santé mentale des personnes détenues, le contraire semble s'être produit si on choisit comme indicateur la fréquence des automutilations ou celle des agressions entre détenus ou contre le personnel, les deux ayant nettement baissé pendant la première année de la pandémie.

175 - N. Hardwick, *Prisons and COVID-19: What went right?* Document de webinar du 17 mars 2021, stocké sur www.crestadvisory.com sous le titre du document.

En Suisse, partant des (auto-)évaluations citées dans cet article, on peut tirer une conclusion similaire, même s'il n'est pas possible, faute de statistiques¹⁷⁶ et d'études d'avoir une vision d'ensemble sur l'évolution de la pandémie en milieu carcéral, les mesures prises et leurs effets. Trop d'aspects sur la gestion de la pandémie resteront inconnus, étant donné qu'on a laissé passer le moment d'enquêter en temps réel et qu'il sera impossible rétroactivement de documenter toutes les mesures imposées, ainsi que leurs mises en œuvre effective et les ajustements pratiques. Faute d'avoir mené des enquêtes comparatives, tant quantitatives que qualitatives, il sera impossible de donner un bon aperçu de la diversité des expériences vécues par les détenus et le personnel dans les établissements durant cette pandémie.

Au printemps 2021, l'équipe s'occupant des questions de santé en prison de l'OMS-Europe a lancé le projet d'une collecte de données relative à l'évolution de la pandémie en milieu pénitentiaire¹⁷⁷. Les sept questions abordent les aspects suivants :

- A - Nombre de personnes en prison ;
- B - Nombre de personnes testées pour Covid-19 parmi les personnes en prison et le personnel ;
- C - Nombre de cas suspectés ou probables de Covid-19 parmi les personnes en prison ;
- D - Nombre de cas confirmés de Covid-19 parmi les personnes en prison et le personnel ;

E - Nombre de personnes en prison hospitalisées pour Covid-19 ;

F - Nombre de décès liés à la Covid-19 parmi les personnes en prison ;

G - Nombre de personnes vaccinées contre la Covid-19 (si possible désagrégé selon les professions de la santé, le personnel et les personnes en prison).

À l'exception des questions A et D, il est pour la Suisse impossible de répondre par manque de données, si ce n'est en lançant de nouvelles enquêtes rétroactives auprès des cantons. Une tentative, entreprise en été 2021, pour lancer une collecte auprès de grands services pénitentiaires de cantons s'est soldée par un échec, le travail de collecte étant, aux dires des services concernés, trop important et exigeant. Alors que le matériel d'enquête sur la base des sept questions de l'OMS-Europe avaient été préparé durant l'été, l'idée n'a malheureusement pas reçu le soutien des autorités concernées¹⁷⁸.

En conclusion, on en est réduit à affirmer que les choses ne se sont pas si mal passées dans le milieu carcéral, le nombre de cas d'infections ayant pu être limité, même si on ne connaîtra pas davantage les politiques de lutte contre la pandémie développées *bottom up* plutôt *top down*. Si la connaissance que nous avons de la lutte contre la pandémie permet d'affirmer qu'elle a été plutôt « *right* », le « *what went right* » est plus difficile à répondre. Quant à dire « *what went wrong* », on est contraint de constater que notre connaissance restera lacunaire, et : *yes, that is wrong !*

176 - Une première analyse de la pauvreté des travaux statistiques a été publiée en juin 2021 : Kriminalstatistik und Datenerhebungen zur COVID-19 Pandemie in der Schweiz, In : Bulletin Nr. 98 de la Swiss Statistical Society, Avril 2021, pp. 3-5. Le sujet est repris dans une contribution sous le titre : Pandemie COVID-19 im Freiheitszug und Statistik in der Schweiz, publiée dans l'ouvrage à venir de M. Wegel, Krisenmanagement der COVID Pandemie im Justizvollzug, Berne, 2022 (en voie de publication)

177 - Voir Dr. Alves da Costa, WHO Europe, *Lessons learned* ([lien](#)).

178 - L'auteur a fait une telle proposition lors du congrès annuel de la CMPS et du Forum des services de santé à Bâle, le 10 septembre 2021, dans le cadre de la conférence qu'il a eu le plaisir de présenter : *Vom Krisenmanagement der COVID-19 Pandemie in Zwangskontexten vers l'étude de l'impact de la pandémie COVID-19 sur la justice pénale*.

► Des détenus « sujets » de recherche : l'engagement dans une étude clinique sur le covid-19 en prison

Lara Mahi, maîtresse de conférences à l'Université Jean Monnet, Vincent Rubio, chercheur sous contrat à l'Université Paris Nanterre, Léo Farcy-Callon, post-doctorant à l'Université Rennes 2.

Au printemps 2020, tandis que la France sort tout juste d'un premier confinement visant à contenir l'épidémie de covid-19, la Direction de l'administration pénitentiaire prend l'initiative de solliciter des sociologues spécialistes des questions de santé en prison ainsi que des praticiens hospitaliers dans l'objectif de faire émerger des programmes de recherche permettant d'éclairer la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires français. L'inquiétude de l'administration est palpable. De précédentes épidémies (tuberculose, syphilis, VIH) ont marqué son histoire contemporaine (Farge, 2013 ; Sanchez, 2021), et la contagiosité de ce nouveau virus fait craindre une explosion des contaminations en détention.

Après plusieurs échanges dans cette configuration pluridisciplinaire, nous – sociologues – proposons de nous associer à une étude clinique en préparation, coordonnée par des médecins de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Ces médecins souhaitent évaluer la séroprévalence du SARS-CoV-2¹⁷⁹ parmi la population carcérale, afin de déterminer si le virus a plus ou moins circulé en détention comparativement à sa prévalence en population générale, en prélevant des échantillons sanguins auprès d'une personne détenue sur trois de l'ensemble des douze établissements pénitentiaires d'Île-de-France. Leur hypothèse est la suivante : la prison étant par définition un espace confiné, la séroprévalence du virus y est plus faible¹⁸⁰. Notre enquête porte quant à elle sur leur enquête¹⁸¹ : elle examine les conditions de réalisation d'une étude biomédicale en prison dans le contexte d'une pandémie et elle cherche à comprendre pourquoi les détenus acceptent ou refusent d'en devenir « sujets ». Ce sont les résultats de ce double questionnement que nous présentons ici.

Nos analyses reposent sur un matériau collecté dans cinq des douze établissements pénitentiaires où l'étude de séroprévalence a été réalisée, sélectionnés pour leurs caractéristiques distinctives (types d'établissement, taille, publics détenus, environnement...). Le recueil des données s'est déroulé entre décembre 2020 et mars 2021 : une période marquée par la fin du deuxième confinement, le spectre de l'émergence d'un premier « variant » (qui sera appelé « alpha » mais est alors dit « britannique ») et la perspective

d'une sortie de crise par la promesse vaccinale. Nous avons conduit 55 journées et une nuit d'observations dans ces prisons, complétées par 60 entretiens avec 33 professionnels (surveillants, infirmières, médecins...) et 34 personnes détenues (8 femmes et 26 hommes).

Notre propos s'inscrit dans la suite de réflexions sociologiques sur le fait de devenir « sujets » de recherches biomédicales. Des réflexions de cet ordre ont été développées récemment concernant la participation de patients à des essais cliniques en cancérologie (Derbez, 2021), actualisant les connaissances disponibles sur le « malentendu thérapeutique » (Appelbaum *et al.*, 1982) au fondement de ce type d'essais pour les patients inclus, qui peuvent malgré tout y trouver des bénéfices en termes de *care* (Gilligan, 2008 ; Tronto, 2009 ; Paperman et Laugier, 2005 ; Derbez, 2018). Nous faisons deux pas de côté par rapport à cette littérature. D'une part, l'étude clinique observée n'est pas une recherche thérapeutique mais une étude épidémiologique, relevant de la santé publique et n'apportant *a priori* pas de bénéfices à ses « sujets ». D'autre part, notre questionnement nous amène à un second déplacement puisque nous proposons de comprendre comment des médecins font de la recherche *en prison*. Il s'agit de poursuivre un chantier précédemment ouvert, dans lequel nous avons expliqué l'accroissement récent de l'état des connaissances épidémiologiques sur la population carcérale par trois principaux facteurs : l'entrée de médecins hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires français¹⁸², la généralisation des pratiques de contrôle de l'état de santé de tous les détenus lors du placement sous écrou et la systématisation du recours à des outils de plus en plus techniques d'investigation du corps humain dans un contexte plus global de diffusion, en France, de savoirs et de savoir-faire épidémiologiques (Mahi, 2018, p. 164). Nous abordons ici une zone d'ombre de cette précédente recherche : les détenus devenant « sujets » de ces études. Quel regard les détenus portent-ils sur les recherches cliniques menées en prison, et comment justifient-ils leur engagement ou refus d'y participer ? Avant d'apporter des éléments de réponse à cette question, il importe de mieux comprendre comment s'est déroulée cette étude de séroprévalence du SARS-CoV-2.

Les conditions de réalisation d'une étude clinique en détention

Le protocole de l'étude de séroprévalence du SARS-CoV-2 a été adressé par les responsables du programme de recherche aux médecins-chefs des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, chargés de superviser sa mise en œuvre. Sur le papier, ce protocole s'organisait en trois grands temps. Un premier temps dédié à l'information devait consister à prévenir la population carcérale de la tenue prochaine de l'étude dans la prison, par affichages (voir Document 1.), puis à remettre aux détenus ayant été tirés au sort pour être inclus dans l'échantillon un courrier de sollicitation comportant un coupon-réponse à

179 - C'est-à-dire la proportion de personnes, parmi la population carcérale, présentant des anticorps dirigés contre le virus responsable du covid-19 (le SARS-CoV-2) dans le sang : un résultat positif à un test sérologique permet d'établir que la personne testée a été infectée par le virus, mais il ne permet pas de savoir quand

180 - Au moment où nous rédigeons ces analyses, les résultats de l'étude clinique n'ont pas encore été publiés.

181 - Notre entrée sur le terrain ayant précédé le début de l'étude clinique, nous avons cependant élargi notre questionnement de recherche et recueilli des données permettant d'analyser la gestion pénitentiaire de cette « crise sanitaire » et les expériences carcérales au temps du covid-19 (Mahi, Farcy-Callon, Rubio, 2022 [à paraître]).

182 - À la suite de la loi du 18 janvier 1994, qui a réformé l'organisation des soins en prison en transférant sa responsabilité du ministère de la Justice au ministère de la Santé, les unités sanitaires des établissements pénitentiaires sont rattachées à des hôpitaux publics dont relève leur personnel.

renvoyer au service médical de la prison¹⁸³. Dans un deuxième temps, les détenus ayant répondu favorablement à la requête devaient être convoqués à l'infirmerie pour une «visite d'inclusion» consistant à donner leur «consentement éclairé», puis répondre à un questionnaire abordant leurs connaissances, conditions de vie et pratiques de prévention vis-à-vis du virus et, en fin de visite, se soumettre à une prise de sang.

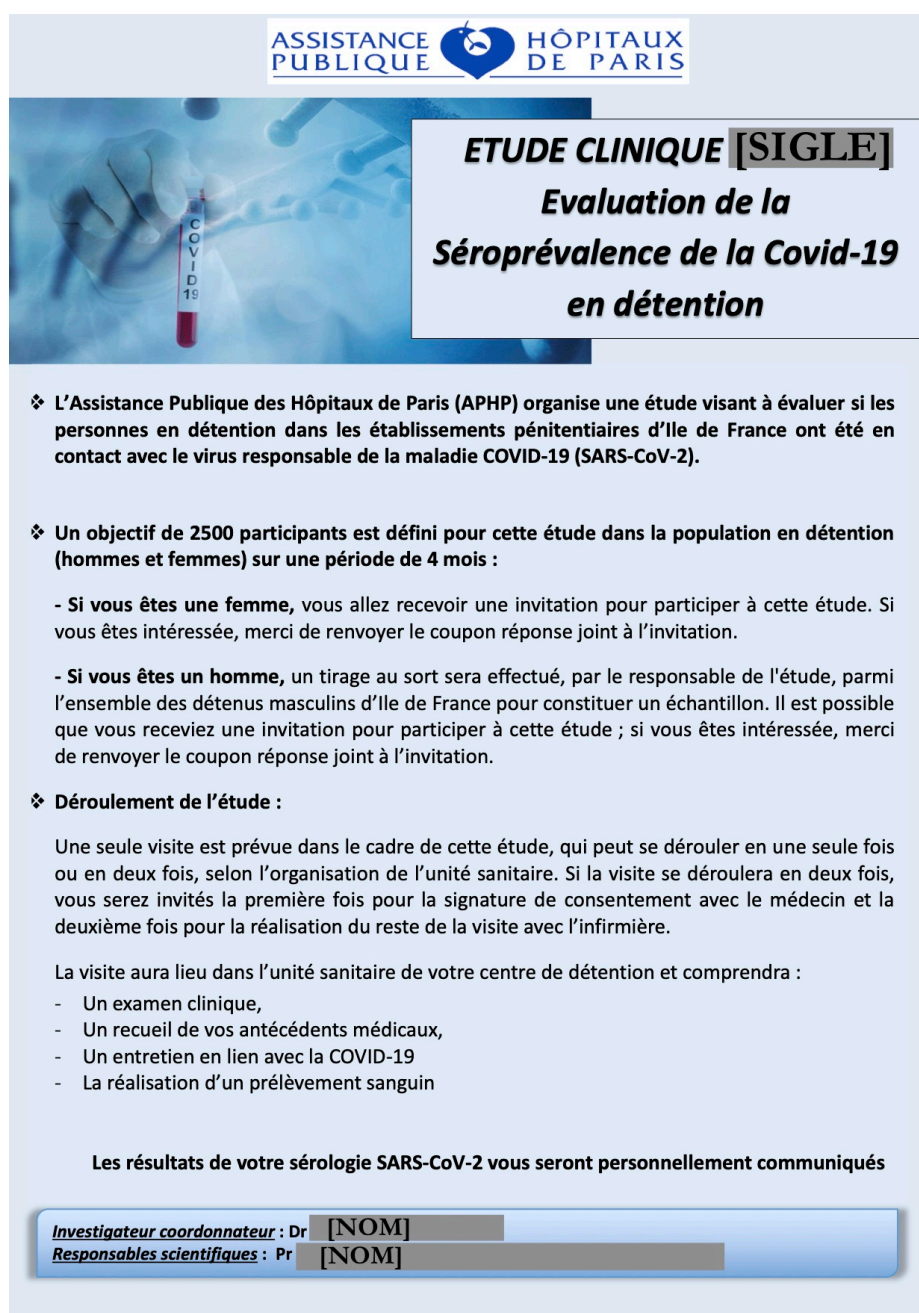
Le consentement devait nécessairement être recueilli par un ou une médecin, mais la passation du questionnaire et les prélèvements pouvaient être effectués par des membres de l'équipe infirmière.

Enfin, le protocole prévoyait que l'étude s'achève par la transmission de leurs résultats sérologiques aux participants¹⁸⁴.

Dans l'ensemble des prisons, la mise en œuvre de l'étude de séroprévalence a été permise par l'adhésion de ceux que l'on a précédemment désignés par les termes de soignants-relais (Mahi, 2018, p. 165-166), c'est-à-dire des membres volontaires des équipes médicales qui, parallèlement à leurs activités routinières dans les unités sanitaires, s'impliquent dans la mise en œuvre de protocoles d'enquête dont ils ne sont pas à l'initiative. Ceux-ci se sont approprié la méthodologie de l'étude.

Document 1 :

Affiche d'information sur l'étude de séroprévalence du SARS-CoV-2



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

ETUDE CLINIQUE [SIGLE]
Evaluation de la Séroprévalence de la Covid-19 en détention

❖ **L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) organise une étude visant à évaluer si les personnes en détention dans les établissements pénitentiaires d'Ile de France ont été en contact avec le virus responsable de la maladie COVID-19 (SARS-CoV-2).**

❖ **Un objectif de 2500 participants est défini pour cette étude dans la population en détention (hommes et femmes) sur une période de 4 mois :**

- **Si vous êtes une femme**, vous allez recevoir une invitation pour participer à cette étude. Si vous êtes intéressée, merci de renvoyer le coupon réponse joint à l'invitation.
- **Si vous êtes un homme**, un tirage au sort sera effectué, par le responsable de l'étude, parmi l'ensemble des détenus masculins d'Ile de France pour constituer un échantillon. Il est possible que vous receviez une invitation pour participer à cette étude ; si vous êtes intéressée, merci de renvoyer le coupon réponse joint à l'invitation.

❖ **Déroulement de l'étude :**

Une seule visite est prévue dans le cadre de cette étude, qui peut se dérouler en une seule fois ou en deux fois, selon l'organisation de l'unité sanitaire. Si la visite se déroulera en deux fois, vous serez invités la première fois pour la signature de consentement avec le médecin et la deuxième fois pour la réalisation du reste de la visite avec l'infirmière.

La visite aura lieu dans l'unité sanitaire de votre centre de détention et comprendra :

- Un examen clinique,
- Un recueil de vos antécédents médicaux,
- Un entretien en lien avec la COVID-19
- La réalisation d'un prélèvement sanguin

Les résultats de votre sérologie SARS-CoV-2 vous seront personnellement communiqués

Investigateur coordonnateur : Dr [NOM]
Responsables scientifiques : Pr [NOM]

183 - Un second courrier similaire devait être adressé en cas de non réception du coupon réponse dans les jours suivants son envoi.

184 - Nous n'avons pas eu la possibilité d'observer la mise en œuvre du troisième temps de l'étude, qui s'est déroulé au-delà du temps alloué à notre programme de recherche.

Une incitation à s'appropriier et adapter le protocole méthodologique

Dès le premier temps de l'étude clinique, consacré à l'information de la population carcérale, des ajustements méthodologiques ont été opérés afin de permettre l'adhésion des détenus ne maîtrisant pas suffisamment la lecture ou la langue française¹⁸⁵ pour prendre connaissance de ses écrits (affiches, courriers) :

« Sans parler en plus du nombre de personnes qui savent pas lire en prison, donc vous pouvez bien mettre tous les papiers que vous voulez, si vous leur dites pas avec des mots... Il y a déjà une personne qui m'avait dit qu'il l'avait jeté [le courrier de l'étude]. Du coup, je pense que si cette personne-là l'a jeté, il y a pas mal de gens qui... [...] juste ils s'en fichaient, ils voyaient pas à quoi ça servait en fait. Il y a pas mal de gens qui comprennent pas tellement pourquoi on leur envoyait ça. » (Quentin Perrin¹⁸⁶, 35 ans, détenu depuis trois ans, titulaire du baccalauréat, précédemment employé dans le secteur paramédical, entretien réalisé le 2 février 2021 en centre de détention).

Les membres des équipes médicales de la plupart des établissements ont adapté le protocole : ils ont organisé des réunions et privilégié l'information orale auprès des détenus tirés au sort (parfois en complément du courrier, parfois sans le délivrer). Le personnel de surveillance, au contact permanent avec la population détenue¹⁸⁷, a aussi joué un rôle crucial en relayant l'information :

« Pour le test d'hier ? Je crois que c'est lundi, une surveillante m'a dit : "Est-ce que vous seriez intéressé par une prise de sang ?" Donc apparemment, c'est pas obligatoire, c'était sur le volontariat apparemment. » (Bertrand Lelièvre, 59 ans, détenu depuis 8 mois, sans diplôme, précédemment serveur, entretien réalisé le 10 février 2021 en centre de détention)

Ces appropriations locales de la méthodologie de l'étude clinique montrent, à la suite d'observations similaires (Derbez, 2021 ; Besle *et al.*, 2021), l'existence d'une dimension informelle dans l'information et le recrutement des « sujets » de recherches cliniques. Garantissant de meilleurs taux d'inclusion, celles-ci ont été encouragées par les responsables de la recherche :

« Les centres où il y a eu juste un envoi de courrier, le taux de participation est vraiment mauvais. Enfin c'est genre, tu vois, on a 30% de participation [...]. Ils ont fait ce qui était écrit dans le protocole. Ils ont envoyé les courriers une fois, deux fois, pas de réponse et on s'arrête là. Donc après tu vois, je peux pas leur dire : "En fait les gars, il faudrait aller les chercher dans les cellules !" [...]. Le seul médecin qui avait déjà fait pas mal de recherche, effectivement il a vu tous ses patients hyper vite et il a terminé. Après il a eu beaucoup moins de sujets à inclure, mais n'empêche qu'il les a inclus en quinze jours trois semaines. » (Romain Aubert, médecin-infectiologue, porteur du programme de recherche, entretien réalisé le 24 mars 2021 en visioconférence).

Les établissements dans lesquels les *soignants-relais* se sont approprié la méthodologie de la recherche, en adaptant son protocole et en usant de leur proximité immédiate et permanente à la population étudiée, ont effectivement obtenu de plus hauts taux d'inclusion.

Le déroulement des « visites d'inclusion »

Le recueil du consentement des détenus a ensuite été formalisé lors des « consultations d'inclusion », qui se sont déroulées la plupart du temps dans les locaux de l'infirmerie. Appelées par des surveillants d'étage à rejoindre ces locaux, les personnes tirées au sort ignoraient alors *par qui* et *pour quoi* elles avaient été convoquées, comme le montre cette interaction à l'entrée d'une femme incluse dans l'échantillon dans le cabinet médical :

- *Médecin* : Bonjour madame, vous savez pourquoi vous êtes là ?

- *Détenue* : Bah non. Pas vraiment !

- *Médecin* : C'est la recherche sur le covid. Vous savez, on vous en a parlé... On en a parlé à la réunion au gymnase : c'est l'étude sur le covid. On va vous faire une prise de sang pour savoir si vous avez rencontré le virus, et puis un petit examen avec des questions... Vous avez été tirée au sort pour participer et vous avez accepté.

- *Détenue* : Ah ok. Oui, je me rappelle.

(5 février 2021, Extrait de journal de terrain)

Le médecin porteur du programme de recherche — qui, dans une « logique de bricoleur »¹⁸⁸, a réalisé une partie des inclusions dans une prison où leur taux demeurerait précisément faible trois mois après le début du recueil des données — décrit lui-même un « flou » à l'entrée des détenus dans le cabinet médical :

« C'est quand même compliqué. Enfin, tu vois : on leur envoie un document où on leur demande de venir voir... Après ils sont en salle d'attente : ils savent pas pourquoi ils viennent. C'est quand même... Enfin c'est... Il y a un peu de flou quand même. Donc quand ils arrivent en entretien, moi je leur explique un peu pourquoi est-ce qu'on fait cette recherche, dans quel contexte ça s'intègre, à quoi ça peut servir et qu'est-ce que ça va leur apporter à eux. Leur expliquer qu'effectivement il n'y a pas de bénéfices secondaires. Qu'ils vont pas avoir de réduction de peine ou de choses comme ça ! » (Romain Aubert, médecin-infectiologue, porteur du programme de recherche, entretien réalisé le 24 mars 2021 en visioconférence)

S'il déplore ce « flou » par considérations éthiques, le caractère anonyme et coercitif de la « convocation » à l'infirmerie a néanmoins pu favoriser l'inclusion des sujets dans l'étude¹⁸⁹ et donc la robustesse des données, dans la mesure

185 - En 2015, d'après des statistiques de la Direction de l'administration pénitentiaire, 22% des personnes détenues ont échoué à un bilan de lecture proposé : parmi eux, 10% étaient en situation d'illettrisme au regard du test et 12% ont échoué du fait de difficultés moindres.

186 - Tous les noms ont été modifiés, conformément aux engagements d'anonymisation pris durant notre enquête.

187 - Pour une analyse de l'« espace de communication » entre personnes détenues et personnel de surveillance, voir la thèse de Corentin Durand (2019).

188 - La « logique de bricoleur » (Lévi-Strauss, 1962) consiste à s'arranger avec les « moyens du bord » à partir d'un répertoire et d'objets que l'individu se constitue au gré des occasions qui se présente à lui, pour réaliser une tâche. C'est donc « faire avec » le répertoire et les moyens dont on dispose. En ce sens, elle se distingue de la logique de l'ingénieur qui, selon Lévi-Strauss, consiste quant à elle à subordonner la réalisation d'une tâche à l'obtention de matières premières et d'objets conçus à la mesure de son projet.

189 - De la même façon qu'il favorise l'accès aux soins en prison (Chassagne, 2015 ; Mahi, 2015).

où il apparaît plus aisé d'ignorer un courrier que de dire « non » à un médecin, qui plus est à *son* médecin — nous y reviendrons. Il en est de même pour les « visites d'inclusion » qui ont eu lieu à l'improviste dans l'espace domestique que constitue la cellule :

Nous nous rendons en détention avec la médecin et l'infirmière, où les premiers détenus doivent être prélevés :

– *Médecin* : Bon, le premier sur la liste, il ne serait pas en cellule seul par le plus grand des hasards ?

– *Surveillante* : Si, il est seul.

– *Médecin* : On peut faire le prélèvement en cellule ?

– *Surveillante* : Oui vous pouvez.

Nous nous dirigeons alors tous vers le fond de la cour :

– *Médecin* : Monsieur, je suis la médecin, voici l'infirmière et un sociologue qui nous accompagne. Vous aviez reçu une lettre et vous aviez accepté de participer à une étude médicale en faisant une prise de sang, vous vous souvenez ?

– *Détenu* : Euh, oui, je me souviens.

– *Médecin* : Est-ce qu'on peut le faire maintenant, ça vous dérangerait ?

– *Détenu* : Non on peut.

Nous rentrons à trois dans la cellule. Le détenu reste assis sur son lit et propose à tout le monde de s'installer. L'infirmière commence par prendre le pouls, la tension et la température. La médecin s'installe sur un tabouret et réexplique la recherche, puis demande le consentement signé. Elle pose les questions du questionnaire, auxquelles le détenu répond. La surveillante revient :

– *Surveillante* : Le greffe vient d'appeler, il doit partir dans 5 minutes pour son rendez-vous chez l'ostéo.

– *Médecin* : On fait vite.

Les questions/réponses reprennent. L'infirmière procède ensuite à la prise de sang. Elle met des gants, applique un garrot, plante l'aiguille dans la veine du détenu et remplit une fiole de son sang. Une fois que c'est terminé, l'infirmière applique du coton et un bout de sparadrap.

– *Médecin* : Merci pour ça, c'est un peu *rock'n'roll* comme prise de sang. Mais merci pour l'accueil chez vous.

– *Détenu* : Chez moi ? J'espère que ça ne sera pas longtemps chez moi !

(2 février 2021, Extraits du journal de terrain).

Tout en se conformant aux canons de la standardisation et du cadre éthique autour desquels la recherche biomédicale se structure (tirage au sort, consentement éclairé, etc.), la mise en œuvre de l'étude a donc pu bénéficier du caractère contraignant et totalisant¹⁹⁰ de l'institution carcérale (Goffman, 1968 [1961]). À présent que les conditions de réalisation de l'étude sont posées, intéressons-nous à ce qu'en ont pensé les personnes détenues tirées au sort.

Devenir « sujets » d'une étude clinique durant une incarcération

Comment les 1044 personnes détenues qui sont allées au bout du protocole de la recherche clinique justifient-elles leur engagement dans cette étude de séroprévalence du SARS-CoV-2 ? Quels motifs sont donnés par les 920 qui ont refusé d'en devenir « sujets » ? L'analyse transversale des entretiens sociologiques réalisés avec des personnes tirées au sort permet d'identifier plusieurs motifs récurrents : les premières disent avoir accepté d'y participer pour savoir si « oui » ou « non » elles avaient eu le covid-19 ou pour être « utile » à la science ; les secondes expliquent à l'inverse n'avoir surtout pas voulu « savoir » si elles avaient eu le covid-19, avoir été trop en difficulté au moment où cette proposition leur avait été faite (problèmes familiaux, judiciaires, de santé...) ou s'en être méfié (risque de détournement des échantillons sanguins prélevés, refus d'être un « cobaye »...).

Ces justifications peuvent être schématisées en deux grands types de rationalité¹⁹¹ qui dépassent le seul cadre de la participation à une recherche biomédicale durant une incarcération : elles traduisent un rapport de confiance *versus* défiance en l'État et ses institutions d'une part, et elles apparaissent corréliées à deux façons distinctes de vivre l'épreuve de la prison, entre « participation » ou « refus »¹⁹² (Rostaing, 1997), d'autre part. C'est ce que l'on va voir à partir des récits de quatre personnes détenues tirées au sort pour figurer dans l'échantillon de l'étude clinique, qui illustrent chacun l'un de ces quatre pôles : Olivier Delorne et Assa Oucheyne ont accepté d'y participer ; Max Attoume et Karim Chebbi ont refusé.

Olivier Delorne : « *Les résultats de ce test vont aider le gouvernement à prendre des décisions concernant un troisième confinement* »

Olivier Delorne est l'une des 1044 personnes détenues qui ont accepté de répondre à un questionnaire et se voir prélever du sang dans le cadre de l'étude de séroprévalence. Invité à expliquer les motifs qui l'ont conduit à accepter, son discours apparaît être le résultat d'une longue réflexion, qu'il désigne d'ailleurs par le terme d'« *analyse* ». Il propose des montées en généralité à partir de ses observations, son

190 - Erving Goffman définit l'*institution totale* comme « 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 » (1968, [1961], p. 41). Ce concept lui permet d'englober dans une même analyse des espaces variés qui n'occupent pas les mêmes fonctions (hôpitaux psychiatriques, prisons, casernes, monastères...), mais partagent de multiples caractéristiques mises en évidence par le sociologue (espaces restreints, promiscuité, hiérarchisation du personnel, rites d'admission, *techniques de mortifications* – c'est-à-dire perte d'autonomie, dépossession matérielle et dépersonnalisation –, *système de privilèges*...). L'objectif de sa démonstration est de montrer comment les *institutions totales*, quelles qu'elles soient, agissent sur l'identité sociale des « reclus ».

191 - On propose de comprendre quels contextes ou positions favorisent quels types de rationalité, en ne préjugant pas de la « vérité » des énoncés et en les traitant de façon symétrique (Collins, 1992).

192 - Revenant sur cette opposition, Corinne Rostaing (2006) en propose une synthèse : « Les détenues dont l'attitude se rapproche du refus ont du mal à reconnaître l'acte qui les a conduites en prison et surtout la peine qui leur est infligée ; elles refusent de participer aux activités proposées ; elles considèrent le temps passé derrière les barreaux comme du temps complètement perdu et leur attitude oscille entre le retrait ou la rébellion. Celles dont l'attitude se rapproche de la participation parviennent à inverser au moins partiellement le sens de l'épreuve, elles participent aux activités, travail et formation afin de jouer sur le temps pour lui donner un sens positif (pour apprendre, préparer sa sortie, se refaire une santé...) ».

propos est structuré («*premièrement*», «*deuxièmement*») et il mentionne à plusieurs reprises des statistiques («*40 % des détenus de France sont des détenus qui n'ont pas encore été jugés*», etc.). Cette forme de discours traduit ses dispositions sociales : Olivier Delorne a 35 ans, il est diplômé de l'enseignement supérieur et il occupait une fonction de cadre avant l'incarcération, dirigeant une entreprise d'ingénierie. Détenu «*depuis 33 mois*», il est confronté à sa première — «*et je l'espère ma dernière*» — incarceration. Dans son récit, il exprime un haut niveau de confiance en l'État et ses institutions.

Cette confiance s'observe, d'une part, à la façon dont Olivier Delorne souligne respecter les recommandations nationales concernant le covid-19. Il se décrit comme parmi les plus respectueux des «*mesures barrières*» («*Moi, je fais partie des rares détenus qui gardent leur masque en promenade, on doit être même pas 10 %*») et il regrette la «*souplesse*» des surveillants pénitentiaires à l'égard des détenus récalcitrants à porter le masque — tout en lui donnant un sens analytique¹⁹³ :

«*On porte le masque pour sortir de la cellule, mais après il y a une certaine souplesse autour de l'activité de promenade qui est décidée par la pénitencière qui pourrait faire davantage de répression. Elle pourrait faire aussi — comment dire ? — du flicage intensif, voilà. "Toi, tu n'as pas mis ton masque : pas d'activité", ceci et cela. Et ils ne le font pas. [...] Je pense qu'il y a une espèce de tolérance parce qu'en réalité, il est coutumier et usuel d'avoir une certaine souplesse entre du tout répressif, du tout imposé, et une certaine forme de liberté qui est laissée pour maintenir une paix sociale.*» (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt).

Ce haut niveau de confiance s'observe, d'autre part, à la façon dont Olivier Delorne se distingue de détenus qu'il qualifie de «*méfiant*» vis-à-vis de l'action gouvernementale, voire sensibles aux «*théories du complot*» :

«*Moi j'ai remarqué qu'ici, en détention, il y a peut-être davantage de méfiance vis-à-vis des dispositions prises par le gouvernement concernant le covid. Il y a un manque de confiance par rapport au vaccin, par rapport au masque, par rapport aux dispositions, par rapport à tout un tas de choses. [...] Pour tout vous dire, je discutais avec un type en promenade : à un moment donné, on discutait de sujets et d'autres, et puis il m'explique que la terre est plate. Donc il y en a, c'est théories du complot tout ça. Mais j'ai l'impression que le fait d'être détenu va accentuer cette méfiance [...] vis-à-vis du gouvernement. Parce que le gouvernement en fait se présente comme l'opresseur, l'ennemi, donc forcément : même si on en n'est pas forcément conscient, on fait pas spécialement confiance. [...] Donc après mon analyse, mon vécu par rapport au covid en détention, il est ce qu'il est. Il est pas forcément partagé par la majorité des détenus. Je sais que la majorité des détenus ont une espèce de méfiance qu'ils ne savent pas toujours expliquer, mais qui est bien présente. Et que je peux comprendre, pas forcément pour les mêmes raisons parce qu'ils ont, voilà, leur propre analyse qui n'est pas... Qui n'est pas forcément la mienne.*» (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt).

Il se perçoit plus généralement comme «*marginal*» en détention, car de nationalité française, diplômé et ayant «*évolué dans la légalité*» :

«*Je ne fais pas partie de la majorité représentée en détention. Je suis un peu... En fait, tous les marginaux se retrouvent en détention. Et du coup, quand vous êtes un peu plus dans la norme, vous devenez marginal. C'est-à-dire que je fais partie des détenus qui... qui ont fait un peu d'études, je fais partie des détenus qui ont évolué dans la légalité, je fais partie des détenus qui sont... Mon nom c'est [Delorne], je suis né en France.*» (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt).

Les justifications données concernant sa participation à la recherche clinique traduisent là aussi un haut niveau de confiance en l'État et ses institutions. Olivier Delorne se dit «*très content de participer à ce test*», précisant aussitôt : «*Enfin pas à titre individuel, mais de façon globale*». Il perçoit en effet l'étude «*de façon globale*», comme un outil d'évaluation de la politique de confinement mise en œuvre à l'échelle de la prison, mais aussi à l'échelle nationale, dans la mesure où la configuration carcérale exemplifie le niveau de circulation du covid-19 au sein d'une population strictement confinée :

«*Je pense que, a priori, les résultats de ce test vont aider le gouvernement à prendre des décisions concernant un troisième confinement. A priori, c'est ce que je pense. Pourquoi est-ce que c'est ce que je pense ? Parce que, s'il s'avère que la population carcérale qui par définition est une population confinée H24 — on est toujours confinés, on est coupés du monde... — bon, s'il s'avère qu'on constate que le virus a circulé parmi les détenus alors qu'on est tout le temps confinés, la conclusion c'est que le confinement est inefficace, quel qu'il soit, puisque quelle est la partie de la population française qui est la plus confinée, si ce n'est les détenus ? Donc je pense qu'a priori, cette étude va surtout permettre à se prononcer sur l'efficacité avérée ou non d'un confinement. En tout cas ça, c'est mon avis personnel. [...] Donc sur le Conseil de défense sanitaire je pense qu'a priori, ces données-là seraient extrêmement pertinentes. Comme je vous l'ai dit, je pense qu'a priori, si on se rend compte que le virus circule parmi les détenus alors qu'on est systématiquement confinés, on va dire : "Bah non, je pense que ça sert à rien".» (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt)*

Dans un rapport de confiance en l'État et ses institutions, la recherche scientifique est perçue comme un outil de production de connaissances sur lesquelles les dirigeants politiques s'appuient pour mettre en œuvre des politiques publiques.

Karim Chebbi : «*J'ai peur aussi en prison de faire des trucs de sang et tout ça. [...] Il y a moyen je sais pas qu'il y ait des trucs dedans*»

Karim Chebbi est l'une des 920 personnes qui ont refusé de participer à l'étude clinique. Il se distingue par ses propriétés sociales du portrait précédent. Originaire d'Algérie et en France depuis un an, il se présente comme issu d'un milieu «*populaire*» : son père était ouvrier dans une usine de livres et sa mère employée dans «*un petit travail*» avant qu'ils ne

193 - L'analyse qu'il en fait, «*pour maintenir une paix sociale*», se rapproche des formes de *régulations de tensions* décrites par Dominique Lhuillier et Nadia Aymard (1997, p. 51) dans leur enquête sur les surveillants de prison.

prennent tous deux leur retraite. Il a quitté jeune l'école, pour «aider la famille», après une période où il a tenté de concilier travail écolier le jour et travail rémunéré la nuit : «J'ai même pas eu d'école. Il faut travailler. Aller à l'école, après tu sors, tu vas au boulot la nuit. J'ai fait ça, et j'ai arrêté l'école, je suis devenu travailleur la journée». En France, il espérait travailler et «vivre bien». Cela faisait six mois qu'il s'y était établi, travaillant sur des chantiers ou au marché aux puces de Clignancourt, «au noir, sans contrat sans rien», lorsqu'il a été interpellé et incarcéré. À 25 ans, il effectue sa première peine de prison.

Le récit de Karim Chebbi traduit un haut niveau de défiance envers l'État, explicité sous ce vocable : «Il n'y a aucune amitié, aucune confiance [avec les surveillants]. À la base, moi, je n'aime pas l'État». Son sentiment de méfiance n'est pas uniquement dirigé vers un «État» abstrait ; il se répercute sur ses agents (surveillants, médecins, juges...). Karim Chebbi a par exemple refusé de prendre un traitement médicamenteux prescrit par l'unité sanitaire parce qu'il n'a «pas confiance en prison». Il se méfie aussi des repas distribués quotidiennement aux détenus («la gamelle»), qui pourraient cacher des sédatifs pour les rendre «faibles» :

– *Karim Chebbi* : Ils nous donnent quoi ? Est-ce que c'est vrai ce médicament ? [...] C'est-à-dire ils me donnent des médicaments, mais je ne suis pas sûr que ces médicaments il faut les prendre. C'est ça : j'ai des doutes. Ça arrive qu'ils donnent quelque chose d'autre. Par exemple la gamelle ici, je mange pas la gamelle. Je sais pas, je suis comme ça.

– *Sociologue* : La gamelle vous n'avez pas confiance ?

– *Karim Chebbi* : Je sais pas. La gamelle. J'entends des gens qui disent qu'ils sont faibles, qu'ils dorment tôt. C'est pas normal quoi.

– *Sociologue* : Avec la nourriture ? Qu'ils mettent quelque chose dedans ?

– *Karim Chebbi* : Peut-être. Qui sait ?

– *Sociologue* : Vous ne savez pas. Vous doutez.

– *Karim Chebbi* : C'est ça. Je ne sais pas à 100%, mais j'ai un doute.

– *Sociologue* : Ok, bénéfice du doute.

– *Karim Chebbi* : Voilà !

Les thèmes de l'origine du virus du covid-19 et de la vaccination n'échappent pas non plus à sa suspicion. Karim Chebbi suppose que le vaccin pourrait dissimuler une puce électronique («peut-être aussi il y a des puces dans le vaccin»), et que «les plus puissants du monde» pourraient avoir créé le virus, de façon stratégique et planifiée, pour abaisser la population mondiale :

«Pour moi, c'est une troisième guerre mondiale. Mais sans feu. Ils ont fait ça pour baisser la population. Les gens meurent pour que la planète aille bien. Pour le vaccin, ils peuvent te mettre quelque chose, tu n'auras pas les bébés peut-être demain. Peut-être il y a des nouvelles maladies qu'ils vont créer. [...] À mon avis, il y a des puissants, ils ont inventé ça. Peut-être que je suis parano, je ne sais pas, mais peut-être c'est vrai. Mais il faut faire des recherches, je pense. [...] Les plus puissants du monde. Je peux pas donner

de noms, mais ceux qui tiennent le monde. Ils contrôlent le monde, c'est pour ça, à mon avis, c'est une guerre mondiale. [...] Pour être plus puissant.» (Entretien réalisé le 3 mars 2021 en maison d'arrêt).

L'étude de séroprévalence fait de même l'objet de soupçons ; il met en doute la véracité des résultats biologiques qui lui auraient été communiqués s'il avait consenti à y participer, et il exprime plus globalement sa «peur [...] de faire des trucs de sang» en prison :

«Peut-être qu'ils vont nous mentir, ils me disent : "Tu as eu le corona, ça fait trois mois", et c'est pas vrai. Je sais pas, c'est dans mes pensées tout ça. Ils peuvent manipuler. Je sais pas je suis comme ça, voilà. Même pour m'enlever le sang, je ne suis pas d'accord. [...] Je ne sais pas, ils vont mentir peut-être. Quelque chose qui n'est pas vrai, ils peuvent manipuler, me dire quelque chose, me faire peur. [...] Et j'ai peur aussi, en prison, de faire des trucs de sang et tout ça. [...] Il y a moyen, je sais pas, qu'il y ait des trucs dedans. Et je sais pas, j'ai peur des piqûres. Je sais pas, je suis pas d'accord, c'est tout. [...] On est en prison. Dehors, peut-être je fais ça.» (Entretien réalisé le 3 mars 2021 en maison d'arrêt).

Son récit pourrait être lu comme relevant des «théories du complot» évoquées dans le portrait précédent, cela d'autant plus lorsqu'on sait les effets des réseaux sociaux dans l'essor de ces «théories» (François, 2018) et qu'il s'agit d'un média d'information privilégié par Karim Chebbi, qui indique aux sociologues avoir lu ce qu'il confie sur la messagerie *Whatsapp* («Je l'ai vu sur une image sur une application»). Mais ce serait faire peu de cas des nombreuses précautions prises dans son récit, dont la caractéristique principale est d'être empreint de doutes («suppose», «peut-être», «je ne sais pas», «pas sûr à 100%», «j'ai un doute»).

Dans un rapport de défiance en l'État et ses institutions, c'est un scepticisme qui s'exprime vis-à-vis de la recherche scientifique. Y croire, c'est prendre un risque ; douter protège, quitte à apparaître «parano», pour reprendre ses mots.

Assa Oucheyne : «C'est moi qui ai fait la demande»

Assa Oucheyne se souvient à l'inverse avoir pensé, enthousiaste, «pourquoi pas !» lorsqu'elle a reçu le courrier d'information sur l'étude clinique en cours dans sa maison d'arrêt :

«On a reçu un document d'information qui nous expliquait que c'était... enfin, une forme d'explication. Et moi, comme du coup je voulais savoir si je l'avais eu avant [le virus], du coup je me suis dit : pourquoi pas !» (Entretien réalisé le 8 février 2021 en maison d'arrêt)

L'enthousiasme de cette femme de 25 ans, auparavant conductrice de bus RATP et incarcérée pour la première fois, révèle une attitude plus générale devant l'épreuve de la prison : Assa Oucheyne participe au plus d'activités possible depuis son incarcération quatre mois plus tôt, plus «pour sortir, on va dire [...], histoire que les journées soient moins longues, parce que sinon c'est long de rester toute seule une semaine sans rien faire». Par exemple, bien que titulaire d'un diplôme de niveau Bac+2, elle a demandé à suivre des enseignements de niveau inférieur au quartier scolaire («c'est moi qu'ai fait la demande», précise-t-elle). Elle a aussi demandé à travailler, rédigeant un courrier en ce sens (indiquant là aussi «c'est moi

qui ai fait la demande»), et elle a obtenu un emploi aux ateliers — une proposition qu'elle a aussitôt acceptée, bien qu'elle aurait préféré être employée aux cuisines pour « *avoir un truc fixe* » (ayant, là encore, « *demandé à être basculée ailleurs* ») :

« En ce moment [aux ateliers], c'est du façonnage, mais moi j'ai demandé à basculer en cuisine, parce que le façonnage, c'est pas trop... [...] On fait des cartes Dior ou des trucs comme ça, du collage pour une entreprise extérieure, des trucs, du champagne ou des trucs comme ça. Mais on va dire qu'on fait ça plus pour le temps, c'est vraiment pas pour l'extérieur pour le coup. [...] Moi, j'ai demandé à être basculée ailleurs. Pour avoir un truc fixe. C'est un peu aléatoire, le façonnage, ça dépend si la personne extérieure ramène du travail ou pas. » (Entretien réalisé le 8 février 2021 en maison d'arrêt).

La participation à l'étude clinique apparaît dans son récit comme une « activité » comme une autre, au même titre que le fait de travailler, aller à l'école, s'entretenir avec une conseillère pénitentiaire, assister à un culte religieux ou encore se soigner (Bessin, Lechien, 2000 ; Rostaing, 2009, p. 96 ; Béraud *et al.*, 2016, p. 153-154 ; Mahi, 2018) : il s'agit d'échapper au temps vide de la prison et de, littéralement, passer le temps de la peine.

Max Attoume : « *J'ai pas dit "oui", mais j'ai pas dit "non" non plus* »

Contrairement aux portraits précédents, Max Attoume connaissait déjà relativement bien l'environnement carcéral lorsqu'il a été placé sous écrou quinze mois plus tôt. Effectuant à 26 ans sa troisième peine de prison, il explique par ses relations sociales et son irrespect des conditions de peines de sursis avec mises à l'épreuve la mécanique qui le conduit à être fréquemment réincarcéré :

« Chaque fois que je suis en prison, c'est jamais de ma faute on va dire. Enfin, "c'est jamais de ma faute" : il y a toujours une part, c'est toujours de ta faute dedans, mais en gros c'est jamais moi le sujet. C'est jamais moi le problème. C'est un collègue. Ça a toujours été un collègue. Je vais défendre un collègue, un truc comme ça. Et je me retrouve mêlé dans l'histoire du collègue, vous voyez ? Moi, ça a toujours été ça, ou bien des petits sursis qui traînent et ils me ramènent. La dernière fois que je suis allé en prison, c'était pour violence. [...] Et la deuxième fois, c'est parce que j'avais six mois de sursis et en gros, ils m'ont fait tomber mes six mois de sursis. En gros, pour eux, j'ai pas respecté les conditions avec le CPIP¹⁹⁴, etc., et je suis reparti. Et ils m'ont remis six mois. J'ai refait six mois. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Cette fois, il s'est grièvement blessé en tentant d'échapper à un contrôle de police : sous l'effet de l'alcool, il a abandonné sa voiture et il a sauté d'un pont donnant sur une voie rapide — « *j'étais un peu alcoolisé, on va dire et sinon jamais de ma vie j'aurais sauté* » —, ce qui lui a occasionné des fractures aux deux jambes et une hospitalisation de plus de six mois, en plus d'une condamnation à de la prison ferme. Depuis qu'il a quitté l'hôpital pour la prison, les créneaux de promenade rythment ses journées :

« Moi, je suis quelqu'un, je descends tout le temps [en promenade], je descends même quand j'ai pas envie de descendre,

je descends juste pour mon corps, juste pour prendre l'air, pour respirer, même si j'ai pas envie. Il y en a beaucoup, ils descendent pas. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt).

C'est en promenade qu'il effectue, par lui-même, des exercices de rééducation (« *Ma seule rééducation ici en prison, c'est moi-même ; je m'entraîne en promenade* ») et c'est en remontant de promenade qu'il glane les dernières informations auprès de surveillants (« *tu descends en promenade, c'est quand tu remontes tu vois le surveillant* »). En être privé s'apparenterait pour lui à un « *suicide* » :

« Et la dernière fois, à la limite, ils [les surveillants] nous sortaient : "Ouais, il y aura plus de promenade, il y a le covid" je sais pas quoi, "il y aura plus de promenade, vous allez rester en cellule". Mais c'est jamais arrivé. C'est jamais arrivé, mais il y a déjà deux ou trois surveillants qui nous ont dit : "Ouais, non je pense que demain vous n'allez pas descendre en promenade" et je sais pas quoi, "il y a le covid et tout". Donc rester en cellule toute la journée pour quelqu'un qui a l'habitude de sortir en promenade tous les jours, c'est un suicide vous voyez. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt).

L'espace de la promenade est celui du collectif et de l'entre-soi (il passe du « *je* » au « *on* » quand il s'y situe) ; les codétenus y suivent leurs normes (« *notre promenade* », « *la même discipline* ») — qui ne sont pas nécessairement distinctes de celles imposées par l'institution :

« Quand je rentre de promenade, j'essaie de... Avec mon co [codétenu], on essaie d'avoir la même discipline. C'est : on rentre, on se lave les mains — avant de toucher quoi que ce soit, vraiment, on se lave les mains —, et en promenade, on essaie de mettre le masque. [...] On est six ou sept en promenade et on essaie de faire la même discipline, parce que s'il y en a un qui l'a le covid, tout le monde l'a. Ça veut dire on essaie d'avoir tous la même discipline : quand vous rentrez en cellule, et là vous vous lavez les mains. Je sais pas quand vous sortez, vous essayez de mettre le masque. En gros, faites gaffe comme ça... Parce que s'il y en a un qui l'a dans la promenade, vous avez contaminé tout le monde, et tout le monde est confiné après. Ça veut dire on essaie tous d'être un peu carrés. Pour l'instant, ça va, aucun mec de notre promenade a attrapé le covid, ça veut dire que pour l'instant ça va. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Nous rencontrons Max Attoume durant l'observation d'une « *visite d'inclusion* ». Découvrant qu'il a été appelé à l'infirmerie pour répondre au questionnaire de l'étude clinique et se voir prélever du sang, il refuse catégoriquement d'entrer dans la pièce prévue à cet effet. Dans le couloir, à des surveillants, il répète : « *Non je veux plus. J'ai dit "oui" mais en fait je veux plus* ». Acceptant néanmoins le principe de l'entretien sociologique (parce que « *ça fait plaisir de parler avec quelqu'un en mode normal, tranquille* »), il raconte avoir vu sa médecin et donné son consentement « *deux ou trois jours* » plus tôt, avant de revenir sur sa décision :

« Je sais pas déjà quand ils m'ont proposé le test, j'ai pas trop, trop... [...] J'ai pas dit "oui", mais j'ai pas dit "non" non plus. Et

194 - Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation.

je sais pas, j'étais... J'étais "pour" comme j'étais "pas trop pour". Et voilà : j'ai refusé pas par crainte, mais parce que j'ai pas envie. J'ai pas envie de le faire. Je sais pas pourquoi, j'ai pas envie. Et voilà.» (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt).

Le principal motif invoqué à ce refus, à savoir : « Je sais pas » (qu'il répète seize fois dans cette partie de l'entretien), doit être pris au sérieux¹⁹⁵. Néanmoins, incité par la situation d'entretien à poursuivre et finalement « savoir », il apporte progressivement trois autres motifs. D'abord, le temps laissé entre le moment de la proposition et celui du prélèvement, jugé trop faible : « *C'est pour ça, ça allait très, très vite pour moi. [...] Pour moi, "prochainement", ça veut dire... Dans ma tête, c'était dans deux semaines. Et du coup ce matin ils m'ont dit ça et voilà, et elle m'a proposé...* ». Ensuite, une volonté de ne pas savoir s'il a eu ou non le covid par le passé :

« Je sais pas. C'est personnel. C'est pas vraiment personnel, c'est juste que, je sais pas, j'ai pas envie de savoir si je l'ai eu, si je l'ai pas eu, je préfère : on fait le test, je l'ai, je l'ai pas : OK. J'ai pas envie de savoir ce qui s'est passé avant, ce qui s'est passé... Je sais pas, je suis quelqu'un qui réfléchit beaucoup : "Ah ouais, j'ai eu le covid. Ah ouais". Je vais être là : "J'ai eu le covid, et tout". Je préfère... [...] C'est juste que non, je sais pas. Je sais pas... J'ai pas envie. Ça me dit rien. Ça me dit... Je vais pas vous mentir, déjà, la base des bases, comme l'a dit un médecin : ça m'intéressait pas vraiment et... J'étais pas non plus contre aussi, j'étais pas non plus contre aussi : ah ouais. C'est un truc de fou. Je vais pas le faire ou je sais pas quoi. Mais ça me disait rien. Ouais. Sans plus. Je veux le faire... » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Enfin, une difficulté à « *dire "non" au médecin* » — qui est sa médecin —, interprétant sa proposition comme le témoin de leur bonne entente et ne voulant pas la décevoir :

« C'est juste que peut-être j'ai du mal à dire... Je pense que j'ai eu du mal à dire non au médecin et qu'aujourd'hui, je me dis : "Non, j'avoue que je vais pas le faire". Mais au fond de moi, je crois que j'avais déjà l'idée de ne pas le faire, c'est pour ça. Je crois que j'avais... [...] C'est mon nouveau médecin, c'est avec elle, elle, je m'entends bien et tout. Dans ma tête quand elle m'a proposé ça, c'est peut-être que, voilà : elle m'aime bien ou je sais pas. C'est pas mauvais. Donc du coup, peut-être que j'avais du mal à lui dire : "Non je veux pas". Mais je lui ai fait comprendre que... Voilà, j'étais un peu... J'étais un peu hésitant. Du coup, c'est elle qui m'a dit : "Ne vous inquiétez pas, quand ils seront là vous pourrez refuser", elle m'a dit. Et c'est pour ça que j'ai dit que je voulais plus le faire. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Au-delà de ces quatre motifs, son récit montre l'absence de lien entre un « refus » à participer à l'étude de séroprévalence et l'adhésion aux « gestes barrières » (une « *discipline* » qu'il impose et s'impose), de même qu'avec le fait de consentir à des dépistages par tests PCR conduits dans le

cadre de la prévention en santé : Max Attoume a accepté de se soumettre aux trois « dépistages massifs » organisés quelques semaines plus tôt à la suite de la découverte de cas de positivité au covid-19 parmi les personnes détenues dans sa coursive.

Conclusion

L'analyse des discours des détenus tirés au sort met donc au jour une double opposition entre confiance *versus* défiance envers l'État et ses institutions d'une part, et posture d'« acceptation » *versus* de « refus » face à l'épreuve de la prison d'autre part, qui — au-delà de l'étude de séroprévalence du SARS-CoV-2 — éclaire la construction du consentement à participer à une recherche clinique durant une incarcération.

L'acceptation (ou le refus) de participer à l'étude clinique est en effet d'abord intrinsèquement liée au rapport de confiance (ou à l'opposé à la défiance) vis-à-vis de l'État et ses institutions — parmi lesquelles la justice, la prison, l'hôpital et la recherche publique¹⁹⁶. D'un côté, le fait de répondre au questionnaire et se soumettre à un prélèvement biologique est accepté par des détenus, qui perçoivent ce protocole méthodologique comme devant permettre à l'État de mettre en œuvre des politiques publiques adaptées, en connaissance de cause, grâce à des résultats scientifiques : c'est un rapport de confiance en l'État qui s'exprime à travers ce premier type de rationalité¹⁹⁷, que l'on observe plutôt parmi les personnes détenues plus dotées scolairement (niveau bac et plus) dans notre corpus d'entretien. À l'opposé, des détenus expliquent refuser d'être des cobayes de recherches au service de personnalités politiques dissimulant la vérité sur le virus : ce second type de rationalité se caractérise par un rapport de méfiance en l'État, dont seule l'existence d'un « complot » permettrait d'expliquer la logique d'action (Keeley, 1999 ; Boltanski, 2012 ; Fassin, 2022).

Ensuite, ces deux types de rationalité apparaissent *en sus* corrélés à la façon dont est vécue l'épreuve de la prison, entre « participation » ou « refus » (Rostaing, 1997). Les détenus qui sont engagés dans la participation à la vie carcérale institutionnalisée — et prennent part aux activités, sont employés comme auxiliaires, travaillent aux ateliers ou encore suivent une formation — semblent avoir plus de chances d'accepter la proposition de participer à une étude, qui est vue à la fois comme « une "activité" comme une autre » (Mahi, 2018) et à travers les bénéfices qu'elle octroie : ici, détenir une information sur son éventuelle infection par le virus. À l'opposé, les détenus qui ont refusé de participer à l'étude sont plus souvent dans une posture de retrait vis-à-vis de la participation à l'institution, soit parce qu'ils essuient des refus (demandes de travail rejetées, etc.) ou y ont difficilement accès (non-maîtrise de l'écrit), soit parce qu'ils sont davantage intégrés à une sous-culture carcérale (Clemmer, 1940 ; Sykes, 1958), caractérisée par la primauté accordée aux

195 - Il s'agit d'une formule difficilement analysable et rarement analysée, comme le soulignent Jérémy Ward et Patrick Peretti-Watel (2020, p. 262) qui suggèrent que celle-ci peut signifier que les individus ne s'estiment pas suffisamment légitimes à avoir un point de vue.

196 - D'autres recherches ont mis en évidence l'imbrication des rapports de confiance vis-à-vis à la fois du droit, de la justice et de l'action gouvernementale ; pour des résultats récents, voir Cécile Vigour *et al.*, 2021.

197 - Ce rapport de confiance/méfiance envers le pouvoir exécutif a également un effet déterminant, en population générale, sur les représentations que les individus ont de l'obligation vaccinale en lien au covid-19 : plus d'une personne sur deux déclarant ne pas faire confiance au gouvernement est opposée à l'obligation vaccinale, tandis que moins d'une personne sur trois ayant confiance en le pouvoir exécutif y est opposée (Ward *et al.*, 2020).

sociabilités entre détenus (vie en cellule, sorties en promenade), au respect d'un code de conduite qui leur est propre (loyauté, entraide...) et à l'usage de modes de communication qui échappent au contrôle ou aux règles de l'institution (bouche-à-oreille, réseaux sociaux numériques...).

Plus globalement enfin, il importe de mettre l'accent sur un résultat *a priori* contre-intuitif : la forte participation de la population carcérale à cette étude de séroprévalence du SARS-CoV-2. Ainsi, alors que des corrélations ont été mises en évidence entre un sentiment de déviance vis-à-vis de la Justice (qui est d'autant plus présent que les individus ont

été directement confrontés à la police et la justice¹⁹⁸) et des attitudes réfractaires face à des politiques publiques en lien au covid-19, et plus spécifiquement un refus plus fréquent d'être vacciné (Tournay, Cautrès, 2021), plus d'une personne détenue sur deux tirée au sort pour figurer dans l'échantillon de l'étude de séroprévalence a effectivement pu être incluse. Ce résultat conforte l'une des ambitions première de l'étude clinique observée, à savoir « *montrer que c'est possible de faire de la recherche en prison* »¹⁹⁹, mais il pose aussi la question des effets propres du contexte carcéral, où dire « non » n'est pas toujours aisé voire autorisé, sur l'obtention du consentement de ceux devenus « sujets ».

198 - Voir Vigour *et al.*, 2021.

199 - Entretien réalisé le 24 mars 2021 avec Romain Aubert, médecin-infectiologue, porteur du programme de recherche.

Références :

Appelbaum P.S., Roth L. H., Lidz C., 1982. « *The therapeutic misconception: Informed consent in psychiatric research* », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 5, no 3-4, p. 319-329.

Béraud C., Galembert C. (de), Rostaing C., 2016. *De la religion en prison*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Sciences des religions ».

Besle S., Vallier E., Boaverntura Bomfim D., Charton E., Fayet Y., 2021. « *Médecine de précision et inégalités sociales d'accès aux essais précoces en cancérologie* », *Revue française des affaires sociales*, Vol. 3, p. 139-158.

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.

Boltanski L., 2012. *Énigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*, Paris, Gallimard, coll. « NRF Essais ».

Chassagne A., 2015. « *Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt* », *Espaces et sociétés*, Vol. 162, no 3, 2015, p. 63-77.

Clemmer D., 1940. *The prison Community*, New-York, Rinehart & Co.

Collins H., 1992. *Changing order: Replication and Induction in Scientific Practice*, Chicago, Presses universitaires de Chicago.

Derbez B., 2021. *Devenir sujet de recherche. L'expérience des malades du cancer en essai clinique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Coll. « Essais ».

Derbez B., 2018. « *Les paradoxes du care dans les essais cliniques de phase I en oncologie* », *Sciences sociales et santé*, Vol. 36, no 1, p.5-29.

Durand C., 2019. « *Les reconfigurations de la relation carcérale : sociologie des espaces de communication entre prisonnier-e-s et autorités pénitentiaires* », Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS, 559 p.

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.

Fassin D., 2022. « *Complotisme* » dans D. Fassin (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, p. 132-149.

François S. (dir.), 2018. *Un XXIe siècle irrationnel ? Analyses pluridisciplinaires des pensées « alternatives »*, Paris, CNRS Éditions, coll. « Alpha ».

Gilligan C., 2008 [1982]. *Une voix différente : pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, Coll. « Champ-Essais ».

Goffman E., 1968 [1961]. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun ».

Keeley B., 1999. « *Of Conspiracy Theories* », *The Journal of Philosophy*, Vol. XCVI, no 3, p. 109-126.

- Lévi-Strauss C., 1962. *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- Lhuillier D, Aymard N., 1997. *L'univers pénitentiaire : du côté des surveillants de prison*, Bruges, Desclée de Brouwer.
- Mahi L., Farcy-Callon L., Rubio V., 2022 [à paraître]. « Confinés en prison. L'expérience carcérale au temps du covid-19 », *Criminologie*, Vol. 2, no 55.
- Mahi L., 2018. « *La discipline médicale. Ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité* », Thèse de doctorat en sociologie, Nanterre, Université Paris Nanterre, 503 p.
- Mahi L., 2015. « *De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant* », *Anthropologie & Santé*, Vol. 10 [en ligne].
- Paperman P, Laugier S. (eds.), 2005. *Le Souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Rostaing C., 2009. « *Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle* », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, Vol. 2, no 17, p. 89-108.
- Rostaing C., 2006. « *La compréhension sociologique de l'expérience carcérale* », *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV-135, p. 29-43.
- Rostaing C., 1997. *La relation carcérale. Identité et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».
- Sanchez J.—L., 2021. « *La politique de lutte contre les épidémies carcérales dans les prisons françaises, 1944-1994* », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, no 56.
- Sykes G. M., 1958, *The society of captives: A study of a maximum security prison*, Princeton: Presses universitaires de Princeton.
- Tournay V., Cautrès B., 2021. « *Les déterminants politiques de la rationalité vaccinale : analyse d'une passion française (II)* », *Note Le Baromètre de la confiance politique Science Po CEVIPOV*, vague 12bis, septembre, 12 p.
- Tronto J., 2009 [1993]. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- Vigour C., Cappellina B., Dumoulin L., Gautron V., 2021. « *Les rapports des citoyen·nes à la justice. Expériences, représentations et réceptions* », *Actu Recherche*, Mission de Recherche Droit et Justice, no 11.
- Ward J., Peretti-Watel P., 2020. « *Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses* », *Revue française de sociologie*, Vol. 61, no 2, p. 243-273.
- Ward J., Alleaume C., Peretti-Watel P., 2020. « *The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine : The politicization of a public health issue* », *Social Science & Medicine*, Vol. 265, no 2, p. 3421-3432.

► Quels droits au temps de la Covid-19 ?

Virginie Peltier, Evelyne Bonis,
professeurs à l'Université de Bordeaux

Le climat pénitentiaire. Notre recherche porte sur « La prise en compte du climat pénitentiaire par la règle de droit dans le contexte Covid-19 ». Financée par la région Nouvelle-Aquitaine et l'Université de Bordeaux, elle est née des réflexions conclusives d'un précédent travail, issu d'un projet GIP de la mission Droit et Justice relatif aux longues peines : la privation de liberté est parfois mieux vécue dans certains établissements, nonobstant son caractère afflictif, inhérent à la rétribution qu'elle emporte²⁰⁰. C'est de cette réflexion qu'est née la volonté de travailler sur la notion de climat pénitentiaire : comme il existe un indice de climat scolaire (ICS) ou indice de climat d'école (ICE) en sociologie²⁰¹, qui identifie les éléments expliquant qu'un établissement scolaire jouit d'une plus ou moins bonne réputation et renvoie donc à la qualité de vie à l'école, l'idée serait de mettre au jour un indice de climat pénitentiaire (ICP), qui reflèterait l'ambiance générale d'un établissement²⁰². En fonction de l'indice dégagé, il serait alors possible de proposer un certain nombre de préconisations, déclinées dans une règle de droit de la peine ou de droit pénitentiaire.

Climat pénitentiaire et crise sanitaire. La porte d'entrée de cette réflexion nous a été fournie par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 puisque cette recherche porte sur l'influence de la règle de droit sur le climat pénitentiaire dans un contexte sanitaire délicat et inédit. De fait, le Droit et les droits en milieu carcéral font partie intégrante de la notion de climat pénitentiaire et compréhension de la manière dont la règle a été créée et appliquée pendant la crise en permettra une première approche. Ce travail est à l'heure actuelle toujours en cours ; il est néanmoins possible de livrer quelques réflexions sur la recherche (1) et les premiers constats (2).

1. Notre recherche

Il faut en détailler l'objectif (A) comme le contenu (B).

A. Son objectif

Prendre acte du contexte sanitaire. Avec la crise sanitaire, la question de la protection comme de l'exercice des droits des citoyens s'est posée de façon globale : d'une part, parce que les restrictions imposées par la gestion de l'épidémie (confinement, couvre-feu, passe sanitaire entraînant des privations ou des atteintes plus ou moins marquées à la liberté d'aller et venir, par exemple) se sont appliquées pendant un long moment sur tout le territoire national, d'autre part, parce que c'est l'ensemble de la population française – et plus encore mondiale – qui a été soumise aux règles découlant de l'état d'urgence sanitaire. Si la population générale

a plus ou moins bien vécu cette période, *quid* de la population pénale, où la question de la privation de liberté est, par hypothèse, une question sensible ? La prison est en effet une micro-société où le respect des règles de confinement et de distanciation sociale paraissait bien plus compliqué à mettre en œuvre, notamment dans des établissements parfois suroccupés.

Dans un communiqué de presse de mars 2020, le ministre de la Justice, garde des Sceaux, annonça des mesures d'accompagnement pénitentiaires destinées à adapter le dispositif général de confinement en vigueur à l'extérieur pour faire face à l'épidémie à la situation des détenus. La plupart d'entre elles concernaient leur vie quotidienne, notamment la question sensible du maintien des liens familiaux, alors que l'accès aux parloirs était supprimé. Il faut avoir conscience que la situation pouvait rapidement dégénérer, ces restrictions supplémentaires aux droits et libertés fondamentaux, combinées au climat anxiogène de l'époque, ayant d'ailleurs engendré certaines tensions, ou déclenché quelques émeutes. La situation a donc conduit l'exécutif à adopter, sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19, une ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles de procédure pénale²⁰³.

Mesurer l'impact de la règle de droit. C'est précisément dans ce contexte que cette recherche a été lancée afin d'étudier l'impact de la règle de droit - de sa création comme de son application - sur la gestion de la crise sanitaire en établissement pénitentiaire.

Ce n'est pas la première fois, dans l'histoire du droit pénal, que des normes sont créées ou adaptées afin de tenir compte d'une dégradation du climat pénitentiaire, pour mettre un terme à des émeutes ou à des conditions dégradées d'exécution des peines. Les années 1970 ont déjà connu pareil phénomène, que l'on pense, par exemple, à la mutinerie à la maison centrale de Loos à l'été 1974, suivie d'une réforme pénitentiaire en 1975 ayant créé les centres de détention, même si ce n'était pas pour des motifs de santé publique.

En 2020, dans un contexte sanitaire déjà dégradé en milieu carcéral, en raison de la surpopulation chronique régnant dans certains établissements, l'épidémie de Covid-19 a conduit, dès le mois de mars, à une modification des règles en vigueur avec, d'une part, l'adaptation du droit commun à la crise et, d'autre part, la création d'un droit d'exception. Notre projet a donc pour objectif d'établir l'influence de la gestion de la crise liée à la Covid-19, par l'exécutif, sur le climat dans les établissements, forcément impacté par l'application, dans l'urgence et pour une période limitée dans le temps (celui de l'état d'urgence sanitaire), de nouvelles règles de droit.

B. Son contenu

200 - Voir le rapport de cette recherche au [lien](#) suivant.

201 - Voir notamment les travaux d'Éric Debarbieux.

202 - Voir les recommandations pour la recherche au [lien](#) suivant.

203 - Sur l'ensemble de la question, E. Bonis et V. Peltier, Le droit de la peine et la lutte contre le covid 19 en milieu carcéral in Dossier spécial La réponse pénale au covid 19 : un droit pénal d'exception ? Dr. pénal mai 2020, étude n°4 ; E. Bonis et V. Peltier, Régime pénitentiaire dérogatoire applicable pour faire face à l'épidémie de Covid 19 : Jurisclasseur Procédure pénale Lexisnexis, fascicule JCl. Art. 710 à 712, fasc.30.

Une recherche théorique et empirique. - Notre recherche a débuté à l'été 2020 et va se poursuivre jusqu'à la fin de l'année 2022. Cette recherche est à la fois théorique - nous sommes des juristes et nous souhaitons étudier la norme et l'évolution de la norme à travers cette expérience - et empirique.

Des entretiens. - Elle a ainsi débuté par la conduite de nombreux entretiens en détention à partir de questionnaires que nous avons élaborés avec l'aide des sociologues de l'équipe, pour conduire des entretiens semi-directifs. Nous nous sommes ainsi rendus dans 8 établissements pénitentiaires relevant de 4 directions interrégionales des services pénitentiaires car nous avons souhaité nous déplacer sur le territoire national pour prendre en compte le fait qu'à certaines périodes, certaines zones géographiques comme le sud-ouest dont nous sommes originaires étaient relativement épargnées par rapport à d'autres régions ce qui permettra à terme de comparer en fonction du temps et des endroits la situation et la manière dont la gestion s'est opérée. Nous avons fait en sorte de conduire ces entretiens dans des structures différentes par leur forme - centres de détention, centres pénitentiaires, maisons centrales et unités hospitalières sécurisées inter-régionales - mais aussi par leur taille - dont certaines fortement surpeuplées. Ces entretiens ont été conduits à des périodes différentes entre novembre 2020 et aujourd'hui. Nous avons à ce jour conduit près de 120 entretiens auprès des détenus (une quarantaine de personnes majeures, toutes condamnées, de sexe masculin ou féminin), de personnels de direction et des cadres de l'administration pénitentiaire, de personnels de surveillance, de personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation mais aussi auprès de personnes intervenant en établissement comme des aumôniers, des enseignants, des moniteurs de sport ainsi que des personnels de soins (médecins et infirmiers) qu'ils interviennent au sein de l'unité sanitaire ou au sein de services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

À chaque fois, nous avons invité les personnes à se placer aux différentes périodes de confinement, déconfinement et reconfinement pour les entendre sur leurs droits, leurs perceptions, leurs ressentis, leurs pratiques, spécialement les adaptations opérées.

Des groupes de travail. - À ces entretiens sont venus s'ajouter la tenue de deux *workshop*. L'un en septembre 2021 a eu pour objectif de recueillir et d'analyser le point de vue judiciaire - des parquetiers et des juges de l'application des peines - sur la crise sanitaire. Nous avons ainsi cherché à connaître la réception par ces praticiens des mesures prises par l'exécutif en réponse à la crise du Covid-19. Il s'agit de savoir très concrètement quelles sont les décisions qui ont été prises pour aménager les peines et procéder à leur transfèrement dans un souci de lutte contre la pandémie et de prévention de la propagation du coronavirus. Un autre s'est tenu en décembre 2021 avec pour objectif d'échanger avec les personnels pénitentiaires cette fois.

Par ces *workshops*, nous avons ainsi souhaité entendre des personnels relevant de secteurs géographiques autres que ceux des établissements où nous nous sommes rendus par exemple en incluant dans la discussion la situation de l'Outre-mer. Nous avons aussi eu la volonté d'entendre

d'autres professionnels comme les magistrats et également des représentants de l'Agence régionale de santé ou du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Terme de la recherche. - La recherche est toujours en cours. Elle se clôturera par la tenue d'un colloque international les 19 et 20 octobre 2022 à Bordeaux. Il est donc trop tôt pour tirer des conclusions de cette étude que ce soient sur le climat pénitentiaire ou sur les évolutions de la norme en raison de la crise sanitaire. Toutefois, des constats peuvent d'ores et déjà être faits que nous allons ainsi vous présenter.

2. Nos constats

Au travers des différents entretiens menés dans les établissements, sont apparues les modalités de fonctionnement qui ont entraîné des restrictions aux droits des détenus (A), diversement appréciées par la population pénale (B).

A. Les mesures de privations et de restrictions des droits fondamentaux

Réduire le taux d'occupation des établissements pénitentiaires. Premier objectif poursuivi par l'exécutif, il fut atteint de façon pour le moins rapide et spectaculaire par des dérogations aux règles d'affectation des détenus - notamment en maison d'arrêt - ou aux conditions d'octroi classiques de certains aménagements de peine, par l'absence de mise à exécution de certaines privations de liberté, mais aussi par la création, d'une part, d'une assignation à domicile de fin de peine et, d'autre part, d'un aménagement de peine pour circonstances exceptionnelles. Toutefois, avec l'arrêt des dispositions temporaires, les taux d'occupation sont revenus à leur niveau antérieur, voire pire, un directeur de maison d'arrêt faisant part d'un taux de 207% chez les hommes et 150% chez les femmes.

Réduire les contacts entre détenus et population extérieure. Cette finalité a été satisfaite par la suppression des parloirs comme des unités de vie familiale (UVF), l'arrêt des activités, des enseignements, de la formation, du travail, bref, de tout ce qui risquait de mettre les détenus en contact avec des personnes venant de l'extérieur. Par ailleurs, les rencontres avec les « personnels essentiels » (conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation, aumônier, etc.) ont été réduites. En d'autres termes, la période de droit temporaire initiée par l'ordonnance du 25 mars 2020 a été marquée par une réduction drastique des droits et libertés fondamentaux, avec, certes, des adaptations en fonction des établissements lorsque c'était possible (par exemple, pour le sport), mais qui n'ont guère adouci le sentiment d'isolement rapporté par la population pénale, comme en témoigne la relation à la façon dont ces privations ou restrictions ont été perçues par les détenus.

B. La perception de ces privations et de restrictions des droits fondamentaux par les détenus

Le bilan que l'on peut dresser s'agissant de la perception de ces privations et restrictions des droits fondamentaux par les détenus eux-mêmes est assez contrasté. Nous avons pu noter une forme d'acceptation de la part des détenus (a) mais aussi une relative incompréhension (b).

a. L'acceptation

Acceptation et résignation. - Malgré la rigueur des mesures qui ont pu être prises et la durée des restrictions, nous avons pu constater une grande mobilisation et une certaine acceptation de leur part si bien que les émeutes que l'on a pu connaître au tout début de la crise et qui ont pu faire craindre un embrasement des établissements pénitentiaires ne se sont pas produites. Ainsi, les détenus ont su faire preuve de compréhension face aux restrictions qu'ils ont pu subir au titre du premier confinement par exemple, avec une diminution assez nette des produits qui ont pu être cantinés en raison de difficultés d'approvisionnement ou en raison des fermetures des parloirs. Ils se sont aussi assez fortement impliqués dans les opérations de nettoyage et à cet égard, la création de postes supplémentaires d'auxiliaires covid a été un moyen de compenser la fermeture des ateliers et donc le manque à gagner lié à la cessation des activités.

Une certaine acceptation de la restriction des visites explique que même après la levée des restrictions et la réouverture des parloirs ou des UVF, on a pu constater une diminution assez nette des demandes. Aujourd'hui encore, alors même que les fêtes de fin d'année approchent, il n'y a pas des demandes aussi importantes qu'auparavant pour le recours aux UVF ou aux parloirs familiaux ou encore pour l'octroi de permissions de sortir. Plusieurs raisons peuvent être trouvées à cette attitude. On pensera en premier lieu à la volonté de se protéger mais surtout de protéger leurs familles contre une exposition au virus. On peut y voir aussi, en deuxième lieu, un souhait d'éviter d'avoir à subir les « quarantaines » suivant toute visite car cette mise à l'isolement emporte pour eux de nombreuses conséquences. Cela veut dire pendant dix jours pas de travail, pas de parloirs, pas de présence dans sa cellule mais dans une autre cellule au quartier arrivant sans ses affaires... On peut en dernier lieu y voir le reflet d'une volonté de renoncer à des visites plutôt que de rencontrer ses proches dans des conditions dégradées. D'une part, le temps de la relation est réduit. Là où les UVF ont rouvertes, le plus souvent, la durée de l'UVF est réduite par rapport à la durée ordinaire, souvent 24 heures ce qui peut être trop court pour des familles qui se trouvent éloignées du lieu de détention. D'autre part, la qualité de la relation est affectée : pas de possibilité de contact physique entre eux en raison de la présence de séparatif dans les parloirs ou même, sans séparatif en raison de la surveillance effectuée du respect des distances sous peine de sanctions disciplinaires (si ce n'est prononcées, du moins fermement rappelées dans un but pédagogique.)

Acceptation et compensation. - Cette acceptation de la situation peut s'expliquer aussi par la présence de moyens autres de maintenir les liens familiaux. La crise du Covid-19 a eu en effet des points positifs avec le déploiement de la téléphonie en cellule qui a permis aux détenus de joindre à tout moment, y compris donc la nuit, leurs proches. On a ainsi compensé les visites par le téléphone d'autant plus facilement qu'un crédit téléphonique a été octroyé pendant l'année 2020-2021. Il a cessé depuis juin 2021. On a aussi opéré, le temps de la crise, le déploiement de la visiophonie²⁰⁴. On pensera aussi à la mise en place des numéros vert d'appel des aumôneries.

Cependant, cette relative bonne acceptation ne doit pas totalement occulter un sentiment de frustration et une forme d'incompréhension.

b. L'incompréhension

Nombreux sont, surtout au début de la crise sanitaire, les détenus qui se sont interrogés sur les raisons de ces restrictions puisqu'ils étaient déjà isolés, confinés du fait même de leur détention. Pour eux, le danger n'était pas à l'intérieur mais à l'extérieur de l'établissement ce qui a pu nourrir une forme de méfiance à l'égard des personnels de l'administration pénitentiaire. Surtout, l'incompréhension est née de deux constats.

L'inconstance des règles. - D'une part, a été fait un constat commun à celui fait à l'extérieur mais qui a été bien plus mal compris en détention : celui de l'inconstance des règles. La politique des masques en est bien évidemment le plus net reflet avec des périodes où il ne fallait pas porter de masque (au risque d'ailleurs d'être sanctionné si l'on en portait un) puis porter des masques en tissu, puis obligatoirement des masques jetables et en dernier lieu, le retour au masque en tissu avec toutes les difficultés et questions qui ont pu naître au sujet de l'approvisionnement, de l'identification des masques des détenus, du lavage...

La disparité des règles. - D'autre part, un constat de fortes disparités des règles au sein de l'établissements selon que l'on est détenus ou personnels a été à l'origine de frustrations.

Conclusion. - L'incompréhension qui a ainsi pu naître entre détenus et personnels n'a souvent été que passagère. Avec des efforts d'explications de communications, les choses sont relativement apaisées. En revanche, bien plus problématiques sans doute sont les disparités constatées entre agents de l'administration pénitentiaire selon son statut et ses modalités de travail avec des fractures constatées très nettes et sans doute pérennes si ce n'est irréversibles entre personnel de surveillance et personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

204 - Voir la note [Appeler votre proche](#) en vidéo et la note [Le savez-vous ?](#).

► Les familles de personnes détenues face à la crise de Covid-19

Gérard Benoist, président de l'Union nationale des fédérations régionales des maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées

L'Union nationale des fédérations régionales des maisons d'accueil des familles et proches de personnes incarcérées (UFRAMA), union des 9 fédérations régionales, regroupe environ 130 des associations qui assurent l'accueil des familles en attente de parloirs. Il s'agit essentiellement d'accueil de jour, une quinzaine d'associations offre aux familles une possibilité d'accueil avec hébergement.

Les familles et proches de personnes détenues ont subi, à l'instar de la population générale, les contraintes liées à la pandémie. Je vais tenter de définir les difficultés spécifiques auxquelles elles ont été confrontées en tant que proches de personnes détenues.

La première période, à partir de mars 2020, correspond à l'apparition et la propagation du virus sur le territoire. Les premiers morts sont décomptés en Lombardie puis dans l'Est de la France. Des mesures drastiques sont prises pour limiter les déplacements et les échanges.

La Covid-19 a suscité des angoisses légitimes dans l'ensemble de la société. Au début de l'année 2020, les connaissances concernant la maladie et les traitements pour les personnes atteintes en étaient à leurs balbutiements. Les masques n'étaient au départ pas préconisés, ensuite ils l'ont été mais n'étaient pas disponibles. Pour les personnes détenues et pour leur proches, l'angoisse de la propagation du virus à l'intérieur des murs a été majorée : comment se prémunir en milieu confiné et dans des établissements surpeuplés ? Les mesures prises telles que la libération anticipée de nombreux détenus ont permis de baisser la pression pour les familles concernées. D'autres mesures comme la suspension provisoire des parloirs, la limitation au maximum des activités animées par des intervenants extérieurs ont contribué à éviter des foyers épidémiques mais a mis le psychisme des personnes détenues et de leurs proches à rude épreuve.

D'autres mesures ont été prises pour tenter de compenser cette suspension des parloirs en particulier l'octroi de crédit téléphonique aux détenus indigents.

La suspension des parloirs n'a donné lieu en France et à ma connaissance qu'à quelques mouvements chez les personnes détenues comparés aux soulèvements qui se sont produits dans des prisons Italiennes, suivis de décès de personnes détenues.

Cette première période pour les familles de personnes détenues, comme pour l'ensemble de la population générale, peut être qualifiée de période de sidération et d'inquiétude majeure.

Invitée à s'exprimer en novembre 2021 sur cette première période du printemps 2020, la mère d'un détenu déclare qu'elle a anticipé la suspension des parloirs :

« J'avais très peur, mon fils avait subi une intervention chirurgicale lourde fin 2019. Il a été incarcéré ensuite. J'écoutais beaucoup les informations, le développement des cas en Chine me préoccupait... J'ai anticipé les mesures de précautions, je me suis confinée 15 jours avant l'obligation de confinement en France et je ne suis plus allée le voir au parloir. »

Rétrospectivement, les familles dans leurs témoignages font une part plus importante à leur niveau d'inquiétude vis-à-vis de la pandémie qu'à la frustration liée à la suspension des parloirs. En cela, elles ne se distinguent guère de l'ensemble de la population devant les restrictions de déplacements. Face à une situation sanitaire inquiétante : propagation du virus, absence de connaissances pour s'en protéger, morbidité et mortalité, les familles vont « accepter » la suspension des parloirs comme mesure d'exception prise pour empêcher ou freiner la propagation du virus à l'intérieur des murs des prisons.

L'administration s'est mobilisée globalement en octroyant par exemple un forfait téléphonique aux personnes détenues les moins fortunées. Mais restent toujours les situations particulières qui posent problème.

L'UFRAMA a mis en place une ligne téléphonique destinée aux familles à partir de la suspension des parloirs. Nous avons reçu, en moyenne, 3 à 5 appels par jour de familles qui avaient besoin d'exprimer leurs inquiétudes et se posaient des questions. Ce qui est apparu très compliqué, ce sont les difficultés de communications propres à certaines situations particulières :

- Les personnes nouvellement incarcérées qui n'avaient pas eu le temps de faire enregistrer par le juge ou par l'établissement les listes de n° de téléphone.
- Les difficultés pour joindre l'établissement et obtenir des informations à un moment où les services ont fonctionné en mode dégradé.

La pandémie a eu l'effet d'un séisme qui a bouleversé les pratiques sociales et les organisations. Elle a contraint les administrations à définir des priorités et a sans doute mis en évidence des fragilités systémiques ne permettant pas une adaptation fine des procédures face à une situation imprévue.

Fin mars 2020, je reçois le même jour :

- Un *flyer* du Relais enfants-parents Roman à Genève, sous format numérique, visant à ce que les parents familiarisent l'enfant à un temps d'échange en visioconférence avec son parent détenu.
- Un appel d'une mère inquiète de n'avoir plus depuis plus d'une semaine de nouvelles de son fils. Il est malade (pas de la Covid-19) et il l'appelle tous les 2 jours. C'est un voisin surveillant qui lui annoncera qu'effectivement son fils a été hospitalisé, il s'en souvient, il était de service ce soir-là. Il sait même que depuis il est à l'unité hospitalière et de soins intensifs (UHSI) de la région.
- L'appel d'une femme. Son mari a donné une liste de quelques n° de téléphones. Pour le sien, il y a eu une erreur d'un chiffre. Le détenu peut appeler sa sœur mais pas elle, il ne pourra pas parler directement à ses enfants.

J'ai un gout très modéré pour les litanies plaintives, je vais m'arrêter là dans ce registre. Les familles ne recouvrent pas une « entité globale ». C'est la somme de situations individuelles. Le fait que 98% des familles ayant un proche détenu hospitalisé cette semaine-là en aient été informées, ne constitue pas une « réconfort » pour la famille que j'ai évoquée.

Dans ces situations, la Covid-19 a souligné la difficulté pour les familles de sentir reconnu par l'administration pénitentiaire le lien de parenté qui les unit à la personne détenue et les droits qui devraient en découler. Cela a renforcé, dans ce moment critique de début de pandémie, l'angoisse ressentie par rapport à ce que vivent leurs proches détenus ainsi que le sentiment de stigmatisation qu'elles éprouvent en tant que proche d'une personne détenue qui peut être traitée comme insignifiante par l'institution.

La reprise progressive des parloirs a été source de soulagement pour les familles mais a soulevé d'autres questions ; en particulier celui des attestations de déplacement : se rendre au parloir était-il un motif familial impérieux ? Pourraient-ils bénéficier d'une attestation justifiant le déplacement ? Être famille de détenu est une expérience de solitude.

L'automne 2020 a vu l'installation des plexiglass toute hauteur. Plus que la difficulté à s'entendre de part et d'autre de la vitre, les familles ont surtout anticipé l'obstacle que cette séparation constituait pour les contacts des jeunes enfants avec le parent détenu. Pour un enfant de deux à six ou sept ans, la visite à son proche au travers d'une vitre a été jugée insurmontable, source d'anxiété et de frustration. Beaucoup de familles ont renoncé aux parloirs, en particulier avec des enfants.

Que l'on me comprenne bien, les familles ne remettaient pas en cause les mesures de protection pour éviter la propagation du virus mais ont considéré qu'elles ne pouvaient plus venir avec un enfant dans ces conditions. Un certain nombre de familles ont d'ailleurs été surprises que la présentation d'un passe sanitaire n'ait pas été intégrée aux obligations pour se rendre au parloir. Cette mesure leur aurait semblé légitime pour limiter les risques de contaminer les personnes visitées.

La levée des plexiglass n'a pas, nous semble-t-il, vu le retour en force des enfants, l'interdit de toucher et les risques de contaminer la personne détenue restent prégnants.

En décembre 2021, dans un certain nombre d'établissements, les parloirs restent limités à deux personnes. Il ne peut y avoir qu'un enfant qui accompagne son parent en visite au parloir. Si quelques associations ont repris la garde des enfants pendant le parloir pour pallier ces difficultés, beaucoup de familles se trouvent en difficulté et doivent décider quel enfant ira au parloir et doivent trouver un mode de garde pour celui qui ne peut s'y rendre. Selon les informations dont dispose l'UFRAMA, il resterait à ce jour des établissements où les enfants ne peuvent venir visiter un parent au parloir.

Réserver une unité de vie familiale (UVF) soulève également des questions pour les familles. Elles savent que la personne détenue visitée sera soumise à un isolement sanitaire de plusieurs jours pénalisant les autres personnes détenues qui

travaillent.

Les parloirs dans certains établissements ont été ramenés à 30 minutes au lieu de 45 et dans des centres de détention, les parloirs du week-end ont été réduits de 4 parloirs à 2 parloirs, le second ne pouvant être réservé ou confirmé que 2 ou 3 jours à l'avance. Cela pose le problème de la réservation au dernier moment de billets de train et conduit les familles à renoncer à tabler sur 2 parloirs. D'autres établissements pour peine ont réduit les parloirs à seulement une heure le week-end.

Parlons maintenant des conditions d'accueil des familles avant parloirs. Comme tous les secteurs associatifs dont les services reposent sur des bénévoles, les associations ont vu fondre leurs effectifs. Si des établissements ont encouragé à la reprise dans le respect des règles sanitaires, d'autres établissements se sont montrés moins empressés.

De la même manière, si certains établissements ont repris un rythme soutenu de tours de parloirs et d'accueil des familles par les prestataires privés et par les associations, d'autres, à la faveur de réorganisations du parc immobilier ont fermé les locaux d'accueil des familles ou en ont limité drastiquement l'entrée à l'utilisation des toilettes. La Covid-19 a eu l'effet de confronter les familles à la situation existant dans les années 1970 où elles étaient « condamnées » à attendre l'heure du parloir dehors, sans soutiens ou commodités. Cette situation de pandémie permet de mesurer le chemin parcouru et les progrès accomplis dans l'accueil des familles mais également de prendre conscience de la fragilité de ces progrès qui peuvent être remis en cause, en particulier dans les locaux appartenant à l'administration pénitentiaire. Les associations disposant de leur propre local ont pu gérer avec sérieux mais aussi avec souplesse les contraintes sanitaires.

Le local d'accueil familles de la maison d'arrêt de Fresnes en Ile-de-France a été fermé comme tous les autres lors de la suspension des parloirs en mars 2020. Cette fermeture du local en raison de la suspension des parloirs, sa non-réouverture pendant le temps où le taux d'incidence de la Covid-19 était élevé n'a pas posé de question à l'association. Par contre à l'automne 2021, lorsque l'association d'accueil des familles a souhaité reprendre sa mission, elle a appris que des travaux allaient être engagés et qu'il n'était pas prévu de système provisoire de type Algéco.

« L'hiver arrive, les familles continuent à attendre durablement dehors, sur le trottoir, dans des conditions affligeantes et à la limite de l'humanaire, dans le cas d'enfants en bas âge. Nous avons, de la part de celles-ci des récriminations régulières à l'égard de l'administration pénitentiaire et nos réponses, à l'endroit des familles nous mettent dans l'embarras.

Nous pouvons suggérer que l'accueil à l'association puisse avoir lieu durant l'heure où elles sont en situation inconfortable, dehors, dans l'attente d'accéder au parloir. Ces familles dans un contexte climatique difficile et où elles doivent affronter des épreuves sociales pourraient ainsi trouver tout le réconfort auprès des bénévoles dans notre local temporaire.

Par ailleurs, elles sont très demandeuses d'informations

et leurs fréquents appels téléphoniques sur mon portable montrent bien les besoins concernant la connaissance de certaines procédures (visites, permis, linges et à quel moment l'ADFA pourra rouvrir, etc.). Bien entendu nous nous engageons à accompagner les familles aux parloirs dans le respect des gestes barrières».

Ce traitement de familles par un établissement de l'importance de celui de Fresnes laisse craindre à l'ensemble des associations qu'un des effets de la Covid-19 soit une régression des conditions d'accueil des familles. La pandémie les a contraintes à attendre l'heure du parloir dehors, leur accueil est donc subsidiaire, accessoire.

Pour conclure, nous constatons encore à ce jour une nette diminution de la fréquentation des parloirs. Cette diminution est liée au fait qu'à chaque tour de parloir, il y ait moins de cabines disponibles : pour des raisons d'hygiène, elles sont désinfectées après chaque utilisation. Nous avons vu que les parloirs sont limités à deux personnes. Pour autant, ces éléments ne suffisent pas à rendre compte à eux seuls de cette baisse de fréquentation.

Nous pouvons noter le fait que beaucoup de familles aient marqué leur étonnement devant le fait que le passe vaccinal ne soit pas exigé pour se rendre aux parloirs.

Dans beaucoup d'accueils de familles, la jauge contraint les familles à attendre dehors. Parfois, seul le passage aux

sanitaires est autorisé, les sièges à l'usage des familles sont entourés de rubans collants pour que le public ne s'installe pas. Parfois, cet accès lui-même n'est pas assuré.

Attendre dehors avec un bébé protégé de la Covid-19, mais à quel prix en hiver ?

Le maintien des liens familiaux est mis à mal par une situation qui dure depuis bientôt deux ans et les familles ont ressenti durement les restrictions imposées lors des différentes vagues épidémiques, en particulier pour maintenir les visites aux parloirs. Les locaux d'accueils ne se prêtent pas tous à une occupation permettant de respecter une distance évitant les risques de contamination. Certaines associations ont perdu beaucoup de forces vives, d'autres sont encouragées par les établissements et les prestataires privés à reprendre « une place » reconnue auprès des familles.

En tant que président de l'UFRAMA, je suis soucieux des conditions qui sont faites aux familles dans certains lieux. Je crains que des mesures prises, parfois localement, fassent obstacle au droit au maintien des liens familiaux des personnes détenues alors que les établissements quant à eux ne voient pas de diminution de leur taux d'occupation.

Je terminerai par cette vignette empruntée à une illustration du canard enchaîné qui titrait : « L'avenir c'était mieux avant ». Je pense, reprenant cette citation ne pas trahir l'état d'esprit des accueillants bénévoles qui reçoivent les familles.

► Les prisons italiennes face à l'épidémie de Covid-19

Franco Prina, professeur à l'Université de Turin

1. Quelques données²⁰⁵

Quelques données nous permettent d'encadrer la situation des prisons italiennes à partir du début de la pandémie jusqu'au 30 avril 2022. Il existe 189 établissements pénitentiaires en Italie. À ce nombre, il faut ajouter 17 institutions pour mineurs et jeunes adultes jusqu'à 25 ans (mais ayant commis un délit avant 18 ans), hébergeant en moyenne 350 à 400 individus.

Les données sur la population détenue dans les établissements pour adultes, face à une capacité réglementaire de 50 850 places (qui en réalité en compte en moyenne 4 000 de moins pour différentes raisons : sections fermées, travaux en cours, etc.), peuvent être ainsi résumées :

- Avant l'émergence du Covid-19 (février 2020) : 61 230 personnes détenues (+ 130%) ;
- Après les décrets de mars/avril 2020 (au 15 mai 2020) : 52 680 ;
- Au mois de décembre 2021 : 54 100 ;
- Au 30 avril 2022 : 54 600.

Le personnel est composé de :

- 36 939 agents de l'administration pénitentiaire ;
- 780 fonctionnaires médicaux ;
- 147 directeurs/directrices (pour 190 établissements).

Les détenus positifs au Covid-19 :

- En mars-mai 2020 : 160 ;
- En novembre-décembre 2020 : de 900 à plus de 1 000 ;
- Le 31 décembre 2021 : 510, dont 501 asymptomatiques ;
- Le 15 mai 2022 : 420, dont 416 asymptomatiques.

En général, le taux de positivité parmi les détenus était supérieur à celui de l'ensemble de la population. Selon les analyses de l'Observatoire d'Antigone, en avril 2020, 18,7 détenus étaient positifs pour 100 000, contre 16,8 pour l'ensemble de la population. De même, en décembre de la même année, il y avait 179,3 détenus positifs pour 100 000 contre 100,5 pour la population totale, et, en février 2021, 91,1 contre 68,3.

Les morts attribuables directement ou indirectement au Covid-19 ont été de 18 en 2020 sur 152 décès (dont 62 suicides).

2. La crise et les événements critiques

Des événements critiques se sont produits au début de la pandémie. Le 8 mars 2020 correspond à la date de la mise en confinement et de fermeture totale à tout contact avec l'extérieur des établissements pénitentiaires. Le manque d'informations, les incertitudes quant à la situation et les perspectives à venir, la coupure des contacts provoquent

la panique un peu partout et des émeutes éclatent dans 49 établissements. Ces émeutes provoquent la mort de 13 personnes détenues. Sur les causes exactes de ces décès, des enquêtes sont toujours en cours, mais la plupart sont attribuables à des surdoses par méthadone utilisées suite à l'effraction de pharmacies pénitentiaires.

Le choc provoqué par ces faits entraîne une intense mobilisation de familles de personnes détenues, d'associations (en premier lieu l'Association Antigone), d'avocats, de défenseurs des droits des personnes privées de la liberté à partir de l'Autorité nationale (l'équivalent du Contrôleur général des lieux de privation de liberté) et de défenseurs locaux (issus des régions et des villes).

À la suite de ces émeutes carcérales, des épisodes de répression et de violences contre des personnes détenues de la part d'agents pénitentiaires surviennent dans des établissements. Certains cas ont été dénoncés aux autorités judiciaires et ont été très médiatisés. C'est le cas en particulier dans la prison de Santa Maria Capua Vetere en Campanie, notamment en raison de la diffusion de vidéos témoignant de violences de la part d'agents qui ont eu un impact très fort sur l'opinion publique. Ici aussi, des enquêtes judiciaires et de procès sont toujours en cours.

Durant une longue période, on constate un enfermement total des établissements avec une coupure des accès aux prisons et par conséquent des contacts avec l'extérieur, ce qui entraîne l'impossibilité d'organiser des activités (instruction, formation, travail, sportives et culturelles) qui sont très souvent gérées en Italie par des institutions ou des intervenants extérieurs.

3. Les dispositions et les mesures pour faire face à l'émergence du Covid-19

Les dispositions des autorités judiciaires et du gouvernement mises en place se situent à deux niveaux.

En premier lieu, on recourt à l'application de mesures relevant des magistrats de l'exécution des peines, en particulier des mesures pour raisons de santé.

En deuxième lieu, des mesures spécifiques ont été mises en place avec pour objectif de réduire la population incarcérée. Ces dispositifs (temporaires) ont été les suivants :

- La détention au domicile (pour raisons de santé et pour des personnes détenues en fin de détention) ;
- La libération anticipée ;
- Le décalage de la peine ;
- La probation ;
- Les permissions spéciales.

Toutes ces mesures ont eu une application limitée. D'une part du fait du peu de disponibilités de bracelets électroniques en Italie. Mais surtout à cause de polémiques au niveau des médias et de l'opinion publique, ainsi que de la part de certaines forces politiques, survenues pour quelques rares cas d'application à des personnes détenues liées à la criminalité organisée. Les polémiques ont même entraîné

205 - Sources : [Ministero della Giustizia, Statistiche carcere e probation](#) ; [Ministero della Giustizia Monitoraggio Covid negli Istituti penitenziari](#) ; [Associazione Antigone, Carcere e Covid-19](#)

les démissions du chef du département de l'administration pénitentiaire.

Quant aux mesures et aux initiatives prises par l'administration pénitentiaire, les principales ont concerné la réorganisation des lieux et des pratiques : la mise à disposition de quartiers pour assurer la quarantaine à l'entrée des établissements, l'isolement de personnes détenues contaminées et la diffusion parmi elles et le personnel de dispositifs de prévention. Ces mesures sont mises en œuvre en fonction des conditions structurelles caractéristiques de la population incarcérée, des indices de surpeuplement, de l'organisation de la vie interne et du niveau d'intégration dans la communauté locale. Mais aussi - pour cette situation spécifique - suivant le niveau de l'engagement et la qualité des services offerts aux établissements pénitentiaires par les administrations sanitaires locales (ASL) qui dépendent des autorités sanitaires régionales.

Dans ce contexte problématique, des innovations très importantes se sont produites. En réponse aux protestations concernant la coupure des relations avec les familles à la suite de la fermeture des établissements et de l'interruption des parloirs, un ensemble de dispositifs et un système de communication ont fait leur entrée pour la première fois dans les prisons italiennes : des téléphones portables et des tablettes pour parloirs (via Skype) ont été mis à la disposition des directions pour gérer les communications avec les familles. Cela a eu des effets très importants en matière de réduction des angoisses ressenties par les personnes détenues à propos de la santé de leurs conjoints. Cela a également permis de rassurer les familles sur l'état de santé de leurs proches incarcérés et pour beaucoup d'entre eux - effet inattendu fréquemment relevé - de parler avec des enfants ou des parents âgés qui n'avaient pas la possibilité de les rencontrer aux parloirs. Les mêmes moyens pour de communication à distance ont été mis en place pour les relations avec les avocats et pour les audiences et les comparutions devant les juges.

Et, en partie au moins, ces innovations (qui ont permis de surmonter ce qui semblait un tabou insurmontable en Italie, l'entrée d'internet en prison) ont également permis d'assurer les activités d'instruction, soit au niveau des cours élémentaires, soit au niveau des cours universitaires qui ont pu ne pas être complètement interrompus grâce à la possibilité d'utiliser les moyens de l'enseignement à distance mis en œuvre dans toutes les universités. Cela a également permis aux personnes détenues de passer leurs examens.

Le programme de vaccination prioritaire, suivant les indications de l'Organisation mondiale de la santé et de la Commission européenne, a connu un essor à partir de mars 2021. Au moment de ce colloque, on enregistrait 85 700 administrations de vaccins et, selon la déclaration du directeur de l'administration pénitentiaire, 90% des détenus avaient reçu la première dose.

4. Quelles réflexions sont envisageables au-delà de la pandémie ?

En premier lieu, une réflexion de fond sur la peine de l'emprisonnement et ses alternatives s'impose.

Si une des difficultés majeures que la plupart des pays, Italie compris, a dû reconnaître - tout au moins parmi ceux qui appliquent une gestion de l'incarcération respectueuse des droits des personnes privées de la liberté, telle qu'elle est définie dans la constitution et les lois - c'est la difficulté de gérer une grave crise sanitaire, comme celle que l'on a vécue, dans des contextes de surpeuplement carcéral et de dégradations des conditions de vie quotidiennes en détention qui même dans des conditions « normales » n'assurent pas un accès aux soins aux personnes détenues équivalent à celui des personnes libres.

Ceci a deux genres de conséquences au niveau des perspectives futures.

La première concerne la nécessité de repenser de façon profonde les codes pénaux en direction d'une plus large dépenalisation de certaines conduites qui emmènent tant de gens en prison. En ce sens, une réflexion s'impose en premier lieu pour beaucoup de « crimes sans victimes » (par exemple en matière de stupéfiants). La deuxième conséquence devrait mettre au centre de l'attention la réduction du recours à l'incarcération comme réponse aux conduites déviantes avec un plus ample recours aux mesures alternatives à la prison qui permettent de mieux assurer la fonction éducative des peines (comme indiqué par notre constitution à l'article 27: « les peines doivent viser à la rééducation du condamné »).

En deuxième lieu, le Covid-19 a montré la nécessité d'intervenir sur les conditions carcérales qui, sur le plan structurel et sur la gestion des institutions, affectent la santé des personnes détenues. Il est clair que - comme le démontrent d'innombrables recherches un peu partout dans le monde - les prisons sont des lieux pathogènes en raison de la surpopulation carcérale et des mauvaises conditions d'hygiène qui y sévissent. Leur organisation empêche en outre les détenus d'y bénéficier de soins adéquats. Il s'agit d'une question qui doit être mise au centre de l'attention des décideurs politiques et des administrations pénitentiaires. D'autant plus que l'on constate que ces dernières années, les prisons sont des « réservoirs » de personnes souvent atteintes de pathologies graves, telles que des troubles psychiatriques ou des dépendances aux drogues (25% de la population carcérale italienne). Ces pathologies ne sont pas prises en charge de façon adéquate par les services sociaux et sanitaires. Sans compter la croissance - au moins en Italie - du pourcentage de détenus ayant un âge avancé (5 160 ont plus de 60 ans, dont 1 000 plus de 70).

La question de la diffusion et de la qualité des services sanitaires en prison représente, par ailleurs, une question très importante. Comme nous l'avons déjà dit, en Italie depuis 2008 les services de santé en prison ne sont plus gérés par l'administration pénitentiaire du ministère de la Justice, mais confiés au SSN (Servizio Sanitario Nazionale) et, donc, aux régions et aux agences sanitaires locales qui gèrent ces services sur des territoires définis. Les nombreuses différences territoriales que l'on observe, en général, à propos de la qualité et de la diffusion des services de santé dans les différentes régions et contextes locaux (par exemple du nord ou sud de l'Italie), se reflètent dans les institutions pénitentiaires. Mais c'est sur le plan général que l'on constate peu

d'investissement des régions pour ces établissements. Ce qui entraîne de nombreux problèmes au niveau de la prise en charge des besoins de santé des détenus, mais aussi au niveau de la qualité du travail des professionnels qui opèrent dans ces contextes particuliers avec des effectifs limités. De ce point de vue, le Covid-19 a montré l'urgence d'améliorer et parfois de « refonder » les relations entre les établissements et les autorités ainsi que les services de santé locale.

5. Des innovations à maintenir dans le temps

Ce qui doit être maintenu de façon pérenne, ce sont les nouvelles formes de « connexions » avec l'extérieur qui ont été expérimentées. Il est indispensable de profiter à long terme de la rupture du « tabou » de la communication par l'usage en prison des technologies modernes, qui ont démontré qu'il est possible de concilier leur usage avec les exigences de sécurité pour assurer, entre autres, de plus amples relations avec les familles au-delà des simples coups de téléphone et des visites aux parloirs.

Ces nouvelles opportunités de connexion télématique (assurées par un investissement important durant ces deux dernières années) sont à exploiter pour accroître les opportunités d'instruire et d'éduquer à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne les études universitaires et la formation professionnelle (par exemple dans les métiers de l'informatique).

On s'accorde souvent sur le fait que, au-delà de l'aspect fonctionnel, l'accès à l'informatique et l'utilisation dans le quotidien des ordinateurs et des connexions (bien évidemment contrôlés) est un élément important, dans un sens

plus général. D'une part, pour garantir le droit à l'information afin d'assurer aux personnes détenues la possibilité de se maintenir au courant de ce qui se passe dans le monde, de se cultiver, etc. D'autre part, en prévention de leur sortie de prison où l'illettrisme informatique est un obstacle toujours plus grand à l'insertion professionnelle et sociale.

6. L'attention au personnel pénitentiaire

Enfin, ce que la pandémie enseigne comme élément incontournable aux autorités politiques responsables du système de la justice pénale et à l'administration pénitentiaire est la nécessité de prendre soin du personnel pénitentiaire. Ce personnel a été toujours présent, même pendant les phases plus difficiles, et donc a été exposé bien plus que d'autres travailleurs aux risques sanitaires et, souvent, au *burn-out* par des conditions de travail rendues encore plus difficiles qu'elles ne le sont habituellement.

Dans le contexte italien, la crise a mis en évidence très clairement la grande pénurie de personnel et l'urgence d'augmenter les effectifs de directeurs des établissements (seulement 147 ont un directeur titulaire sur les 190 existant en Italie) et d'augmenter le nombre des éducateurs, des psychologues et des animateurs.

Parallèlement, il est nécessaire de reconnaître les fonctions des agents pénitentiaires en termes de rémunération et de valorisation de l'image publique de leur profession. Il faut porter une plus grande attention à la sélection et à la formation initiale et continue des agents pour favoriser une amélioration d'une culture professionnelle qui permette un meilleur respect des droits des personnes détenues.

Après l'épidémie : la Covid-19 et la réponse pénitentiaire

Frédéric Le Marcis, professeur à l'École normale supérieure de Lyon et directeur à l'Institut de recherche pour le développement

Le début de l'épidémie de Covid-19 a été accompagné de nombreux communiqués émis par les acteurs de la société civile et les chercheurs travaillant sur l'institution carcérale et appelant à une réponse rapide au problème de la surpopulation carcérale eu égard au risque épidémique annoncé. L'alerte sur la relation mortifère entre épidémie et lieux confinés n'était pas nouvelle (Jean-Lucien Sanchez, « La gestion des crises sanitaires par l'administration pénitentiaire, 1944-1994 ») - elle avait d'ailleurs fait l'objet d'un numéro spécial consacré à la question dans la prestigieuse revue médicale le Lancet (Altice et al., 2016) et était déjà au cœur de la réflexion des autorités pénitentiaires lors des épidémies de Choléra au 19^e siècle (Céline Delétang « L'épidémie de choléra dans les prisons françaises en 1832 » ; Aline Martinet, « Maladies carcérales et salubrité publique, la crainte des contagions dans les Alpes Maritimes au XIX^e siècle »). Fovet et al rappellent à juste titre que dès le 18^e siècle, John Howard dénonçait « les conditions d'incarcération dans les prisons anglaises ainsi que les conséquences dramatiques des épidémies de typhus (connu alors sous le nom de "fièvre des prisons") » (2020 : S61). Cependant la Covid-19 par ses modalités aériennes de contamination semblait devoir constituer un challenge impossible pour la santé carcérale (Sanchez et al., 2020) qui invitait à repenser la santé en prison (Morelle, Le Marcis et Faye, 2020 ; Le Marcis 2021) en rapport avec la surpopulation carcérale et le manque de dispositifs de prévention (Collectif, 2020 ; A3D et al. 2020). La reconnaissance d'un risque pandémique majeur à l'échelle mondiale (ONU DC et al., 2020) s'est traduite par la baisse des effectifs carcéraux, même si cette dernière fut aussi extraordinaire qu'éphémère (Morineau, 2021).

En France, au 15 Septembre 2020, 17,1% de la population carcérale totale avait été libéré dans le cadre de la prévention de la Covid-19 (Aebi & Tiago, 2020). Le taux de la population carcérale oscilla de 105,3% pour cent mille habitants le 1^{er} janvier 2020, à 93% le 15 avril 2020, puis 88,5% le 15 juin 2020 pour remonter à 91,2% le 15 septembre 2020 (*Ibid.*). En janvier 2022, le taux d'incarcération avait retrouvé un niveau similaire à celui d'avant la crise, soit 102% pour cent mille habitants (World Prison Brief, 2022). Comme le souligne Aebi et Tiago (2020), cette baisse de la population carcérale est autant le produit de la libération de personnes en détention que de la diminution de l'activité de la chaîne pénale et des actes délictueux en raison du confinement.

L'épidémie de Covid-19 a donc entériné la reconnaissance de la prison comme un lieu crucial pour la gestion des épidémies. La population carcérale est issue de portions de la population qui de par ses origines socio-économiques présente des taux d'infection plus importants que la moyenne d'une part et ses conditions d'incarcération sont propices à la production et à la reproduction des épidémies d'autre part (Le Marcis, 2016). Cependant, vu la remontée des taux d'incarcération, les effets inédits de cette reconnaissance sur la surpopulation carcérale n'auront été qu'un feu de

paille et en janvier 2022, la presse nationale se faisait l'écho du développement de foyers de Covid-19 en détention²⁰⁶ et les appels à la réduction de la surpopulation fleurissaient à nouveau²⁰⁷. En 1832, lors de l'épidémie de Choléra en France, l'élargissement d'un certain nombre de personnes en détention fut également mis en œuvre pour éviter une trop grande contamination, là aussi la mesure n'entraîna pas de remise en cause durable de la politique carcérale (Céline Delétang, « L'épidémie de choléra dans les prisons françaises en 1832 » ; Jean-Lucien Sanchez, « La gestion des crises sanitaires par l'administration pénitentiaire, 1944-1994 »).

Passé le constat d'une occasion manquée, il importe de dépasser l'analyse de la gestion de la Covid-19 en milieu carcéral du point de vue de la seule gestion de la population carcérale et d'interroger avec un grain plus fin la réponse des acteurs et des institutions à la pandémie et de la resituer dans le cadre plus long de la relation entre épidémies et milieux confinés. Ces deux journées étaient consacrées à ce projet.

D'emblée, il importe de reconnaître qu'au jour de la rencontre, si la catastrophe annoncée ne semblait pas avoir eu lieu, il n'était pas certain qu'on ait réellement compris pourquoi. Il reste pour ce faire à entamer une étude systématique et comparative entre pays et types de réponse. Aussi, plutôt que de proposer une synthèse de chacune des différentes contributions, je propose de revenir sur les questions posées lors de nos échanges.

1. Épidémies et enfermement

Alors que nous faisons face à la première pandémie du 21^e siècle, ce qui frappe c'est la grande continuité dans la manière dont les sociétés humaines gèrent les épidémies, quelque soit leur niveau de développement technologique. Malgré les masques de protection respiratoire individuels FFP2, malgré le développement extrêmement rapide de vaccins, malgré l'existence de tests nasopharyngés PCR très performants, on retrouve à chaque fois les mêmes principes anthropologiques pour gérer le risque épidémique : la séparation et le confinement. Alors que les innovations technologiques montrent leurs limites, notamment par manque de ressources, les mesures coercitives de restriction du mouvement ou de distanciation physique s'imposent (Beaudevin et al., 2021). Depuis l'invention de la quarantaine pour lutter contre la peste à Dubrovnik au 14^e siècle (Grmek, 1980) jusqu'aux centres de traitement contre la fièvre Ébola (Gomez Temesio et Le Marcis, 2017) en passant par la gestion des épidémies de choléra en France au 19^e siècle (Céline Delétang « L'épidémie de choléra dans les prisons françaises en 1832 »), l'existence attestée de quartiers de varioleux à l'époque précoloniale en Afrique de l'Ouest (Hayden, 2008) ou la mise en place de « camp de sommeilleux » ou « hyposeries » pour endiguer la fièvre du sommeil dans l'Afrique coloniale (Eckart, 1996), l'isolement et le confinement constituent les modalités universelles de gestion du risque. Au confinement et à l'isolement s'ajoute pour le système carcéral la diminution temporaire du nombre de personnes détenues (Jean-Lucien Sanchez, « La gestion des crises sanitaires par l'administration pénitentiaire, 1944-1994 »). L'expérience récente de la pandémie de Covid-19 ne dément pas ce constat. Dans ce contexte, lieux de détention et lieux de soins se superposent et l'usage du même espace alterne et/ou se superpose. Aline Martinet (« Maladies carcérales et salubrité publique, la crainte

206 - Voir article au [lien](#) suivant, consulté le 20 mai 2022.

207 - Voir article au [lien](#) suivant, consulté le 20 mai 2022.

des contagions dans les Alpes Maritimes au XIX^e siècle») décrit ainsi très bien comment la prison décrite dans les archives des Alpes Maritimes est pensée à la fois comme lieu de gestion des illégalismes et espace concentrant le risque épidémique nécessitant une intervention spécifique. Le pénitencier de Fotoba constitue un autre exemple de la superposition des fonctions pour un même espace de confinement. Situé sur l'île du même nom au large de Conakry, il sert de pénitencier colonial (Diallo, 2005) avant de devenir hôpital psychiatrique. La prison de la santé est également conçue dès son origine comme lieu d'enfermement et de soins (Fize, 2015). Cette prison emblématique renvoie à la dualité des lieux d'enfermement qui sont à la fois lieux de gestion du soin et des risques, sanitaires et sécuritaires.

Cette question de la gestion du risque est sous-jacente à l'ensemble des contributions qui soulignent la tension entre les raisons sanitaires et les raisons politiques. Les contributions de Freddy Vinet (« L'histoire de la grippe pandémique en France, 1918 ») sur la gestion de l'épidémie de grippe espagnole en 1918 et d'Aline Martinet sur la gestion de l'épidémie de choléra dans la prison de Nice (« Maladies carcérales et salubrité publique, la crainte des contagions dans les Alpes Maritimes au XIX^e siècle ») témoignent de la façon dont les acteurs entendent contenir l'épidémie en détention sans menacer la sécurité. Dans le premier cas, reconnaître l'épidémie officiellement reviendrait à reconnaître l'état de faiblesse du pays alors qu'il est engagé dans un conflit, dans le second aux besoins de la gestion sanitaire du choléra en détention sont opposés ceux de la gestion des classes dangereuses. Une autre tension, entre raison sanitaire et raison économique, constitue l'un des points aveugles des échanges. Il reste en effet à rendre compte de l'impact du confinement dans les prisons, de la fin des visites sur les circulations de biens et de marchandises dans les établissements, sur le « cantinage » ou sur l'accès aux ateliers permettant aux personnes en détention d'améliorer leur ordinaire.

2. Le pouvoir carcéral à l'épreuve

Les moments épidémiques quand ils sont soudains et d'ampleur sont des épreuves pour la société et le pouvoir. À leur occasion, l'observation d'un traitement spécifique des défunts est chose courante, traduisant à la fois la surprise de l'événement et la peur qu'il suscite en termes de contamination et les questions éthiques qu'il pose (Castex et Kacki, 2013). Le traitement du corps des défunts est au cœur de ce qu'est une « bonne mort », il est au cœur de la préoccupation de ceux qui survivent au défunt (Le Marcis, 2015) et la Covid-19 ne fait pas exception (Taverne et al., 2020), ni le système carcéral.

Les épidémies mettent le pouvoir face à ses responsabilités. Dans un régime démocratique, le pouvoir est appelé à tenir la mort à distance et à assurer la vie et sa reproduction. À différentes échelles, celle de l'État ou d'un directeur d'établissement, comme au niveau individuel du thérapeute, l'enjeu toujours renouvelé est de témoigner de sa capacité à entretenir la vie, à la protéger comme un bon berger (Fassin, 1996). Cet exercice du gouvernement de la santé repose dans un contexte épidémique sur trois actions que sont « dépister », « isoler », « traiter ». Si la population est par définition accessible en détention pour le dépistage, l'isolement reste hypothétique en temps de surpopulation. En outre, au-delà de l'accessibilité du public, c'est la disponibilité des ressources - en tests, en masques, en espace d'isolation individuel - qui rend

difficile la prise en charge. Elle oblige à des aménagements et des négociations (mobilisation de stocks de masques proches de la date de péremption dans le Haut-Rhin, Hubert Moreau, « L'administration pénitentiaire face à la crise sanitaire »). La gestion du manque se traduit par le retour des pratiques classiques de gestion des épidémies comme l'isolation. Un point aveugle dans la mise en place de l'isolation à des fins de gestion épidémiques est qu'elle ne s'est appliquée qu'aux personnes en détention et à leurs familles, la circulation du personnel pénitentiaire n'étant elle pas entravée. Au stigmatisme de la peine s'ajoute donc celui du risque sanitaire avec des conséquences importantes pour les familles, jusqu'à la mise en place de plexiglass dans les parloirs.

Un second point aveugle de la gestion épidémique en milieu carcéral est la question du suivi des cas contacts, pierre angulaire de la lutte contre les épidémies. Quelles ont été les formes du suivi des cas contacts en détention ? Comment ces derniers ont-ils été identifiés et gérés ? Quelles ont été les limites du suivi des contacts, notamment lorsque la personne positive était agent pénitentiaire et en contact avec un nombre important de personnes en détention ?

À l'issue du témoignage des acteurs de terrain, le sentiment général semble être qu'on a bien géré l'épidémie en milieu carcéral, ou pour le moins que la gestion de l'épidémie en milieu confiné n'a pas été moins bonne qu'en population générale, ce dont on ne peut que se réjouir. Des moyens ont été déployés et des acteurs ont pu sur le terrain prendre des initiatives et innover. Des technologies de communication peu mobilisées jusqu'alors ont fait leur entrée dans les services de probation et d'insertion comme la visioconférence, l'usage des plexiglass, les commissions d'application des peines dématérialisées (Mouad Rahmouni, « Le SPIP du Haut-Rhin face à la crise sanitaire : retour d'expérience »).

C'est tout un ensemble d'innovations et d'initiatives prises par différents acteurs qui ont permis de répondre à l'épidémie. Si elles ont été présentées comme efficaces face à la difficulté à laquelle le système carcéral et ses acteurs étaient confrontés, force est de reconnaître cependant que leur mise en place s'est aussi accompagnée de restrictions de droits (Nardone, 2020) et de fortes inégalités. En effet, la prison doit être pensée comme un écosystème pour le virus (Hubert Moreau, « L'administration pénitentiaire face à la crise sanitaire »). En son sein, ce dernier ne connaît pas de frontières. Aussi le rôle des agents pénitentiaires comme acteurs de la circulation virale est resté singulièrement innommé. À l'avenir, il importe de développer une réflexion plus écosystémique et de penser l'expérience de la Covid-19 pour les agents pénitentiaires pas uniquement du point de vue de la transformation de leurs conditions de travail mais également comme possible acteur de la circulation du virus. Or la fermeture des parloirs n'a pas eu d'impact sur la circulation des agents. Cette question n'a pas été véritablement abordée.

La question du genre en prison est un autre absent de nos discussions. La prison est au mieux asexuée, au pire pensée seulement au masculin. Quels impacts de la Covid-19 dans les pouponnières ? Quelles spécificités de l'impact de la pandémie en fonction de l'identité de genre des personnes en détention comme des agents ? L'impact des mesures de prévention sur les cultes ou la visite des aumôniers n'a pas été abordé non plus.

Un autre point aveugle, c'est celui de l'impact des mesures prises pour lutter contre la Covid-19 sur les pathologies psychiatriques. Fovet et al. (2020), dans un article de synthèse sur question de la prise en charge psychiatrique en détention en temps de Covid-19, décrivent l'impact de la pandémie et des mesures prises contre elle sur la santé mentale des personnes en détention. Quand certains soins sont adaptés pour assurer leur continuité, d'autres font l'objet d'une restriction. Enfin, si les libérations anticipées étaient bienvenues pour juguler les effets de surpopulation carcérale sur la contamination, l'impact des libérations sans accompagnement vers les soins reste encore à évaluer. Cette analyse fondée sur une enquête rapide mérite donc d'être prolongée afin d'apprécier les effets à long terme de l'expérience de la Covid-19 sur la santé mentale en détention et d'y identifier les possibles leviers de réforme qu'elle contient.

3. Après la Covid-19 ?

Le mardi 6 juin 1989, Daniel Defert alors président de AIDES fit dans une séance plénière de l'association un discours désormais célèbre intitulé ; « un nouveau réformateur social : le malade ». Il y soulignait le rôle des associations de personnes vivant avec le VIH dans la transformation du rapport patient-soignant, sur la redéfinition des frontières de l'expertise... En parallèle de cette capacité de réforme attribuée au malade, la notion de révélateur a été attribuée à l'épidémie elle-même. L'épidémie de sida a permis de dénoncer la violence et les inégalités des rapports de genre, les inégalités Nord-Sud, la dimension morale attachée à la prise en charge médicale et la dimension hégémonique et discutable du savoir expert. En détention, l'affaire du sang contaminé a contribué ainsi à accélérer le transfert de la responsabilité de la santé au service public hospitalier en 1994 (Jean-Lucien Sanchez, « La gestion des crises sanitaires par l'administration pénitentiaire, 1944-1994 »). À cet égard, les actions de collecte de données et d'information menées par *Prison Insider* sont cruciales (Florence Laufer, « Les prisons du monde face à l'épidémie de Covid-19 »). Fondée sur la capacité de révélation de l'épidémie et sur son potentiel réformateur, la Covid-19 a suscité un temps l'espoir chez les commentateurs qu'après deux années de confinement rien ne serait plus comme avant. La gestion de l'épidémie de Covid-19 en détention a constitué une parenthèse dans la surpopulation qui caractérise le système carcéral français. Des mesures comme l'accès facilité au téléphone ont été prises afin de permettre aux personnes détenues de mieux supporter la suppression des parloirs, les acteurs de terrain du système carcéral ont acquis un « pouvoir d'agir » en prenant des initiatives en fonction de leur contexte d'exercice.

La suspension des pratiques ordinaires du système carcéral a ainsi permis innovations et améliorations. Quelle est leur pérennité ? En termes de population carcérale, les bénéfices induits par les libérations anticipées font déjà partie d'un passé révolu. Qu'en est-il de la capacité d'agir dont les acteurs de terrain ont témoigné ? Durant le moment d'exception suscité par l'urgence épidémique, une place semble avoir été ménagée à l'inventivité des acteurs sur le terrain, leur capacité d'action et leur expertise liée à leur connais-

sance du contexte ont été momentanément reconnues. La Covid-19 a été l'occasion d'inventions visant à répondre le plus adéquatement possible aux enjeux posés par l'épidémie et en fonction des réalités propres à chaque établissement. Que va devenir cette capacité d'agir retrouvée et soulignée par les acteurs de terrain après le Covid-19 ? Que va devenir ce système d'information mis en place pour suivre en temps réel le développement de l'épidémie dans le système carcéral (Justine Renault, « L'administration pénitentiaire face à l'épidémie de Covid-19 ») et qui est un outil de gestion épidémiologique tellement pertinent que son absence avant l'épidémie rend perplexe ? Les transformations radicales des manières de faire dans le système carcéral dans le contexte de la Covid-19 appellent cependant à rester vigilant. Si le remplacement des visites des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation auprès des individus sous main de justice placés en milieu ouvert par un appel téléphonique était un pis-aller en contexte épidémique, cette innovation ne devrait-elle pourtant pas devenir la norme tant l'interaction réelle est utile à la qualité de l'échange ? Les bénéfices induits par l'épidémie sur l'amélioration de la communication mainte fois soulignée par les acteurs entre secteurs sanitaire et sécuritaire de la prison vont-ils perdurer ?

Franco Prina (« Les prisons italiennes face à l'épidémie de Covid-19 ») estimait en guise de conclusion de sa communication « l'avenir c'était mieux avant ». Il rejoint ici Carlo Caduff qui estime que « lorsque le pire est terminé, la crise normale continue et les fragilités structurelles restent intactes » (Caduff, 2020 : 9). S'interroger sur la pérennité des évolutions introduites pendant la pandémie suppose de s'engager systématiquement dans un travail d'inventaire et d'analyse comparative. Inventaire de l'ensemble des modalités mises en œuvre dans le système carcéral pour répondre à la menace épidémique. Tri de celles qui ont mis à mal la dignité des personnes détenues, qui se sont avérées inutiles, ou dont l'inégalité d'application les rendait inefficaces ou injustes. Reconnaissance de l'intérêt de favoriser les initiatives locales ou capitalisation de l'expérience d'une baisse de la surpopulation qui ne se traduit pas par une mise en péril la sécurité publique. Ce travail d'inventaire suppose d'entamer un chantier de comparaison à l'échelle européenne. Quels résultats différentiels entre la gestion française de la crise (où la baisse de la population carcérale fut importante) et la gestion italienne où la baisse fut plus limitée ? Quels ont été les différents dispositifs techniques introduits en détention dans les deux pays ? Le succès annoncé dans la gestion de la pandémie dans le secteur pénitentiaire n'est-il pas lié au fait qu'il y est simplement plus facile d'y imposer et d'y faire respecter les recommandations d'isolation, c'est-à-dire d'y imposer une politique de la vie au lieu d'une vie politique ? Cette réflexion reste à mener et de manière urgente puisqu'il apparaît en fait que l'exception du moment épidémique va devenir de plus en plus l'ordinaire de la vie avec la Covid-19 et que le retour à l'ordinaire du système carcéral annonce dès à présent un regain d'infection parmi la population en détention²⁰⁸.

208 - Voir les sites suivants, consultés le 23 mai 2022 : actu.fr ; paris-normandie.fr ; lanouvellerepublique.fr ; ouest-france.fr ; la1^{ere}.francetvinfo.fr.

Bibliographie

Marcelo F. Aebi, Mélanie M. Tiago, *Prisons and Prisoners in Europe in Pandemic Times: An evaluation of the medium-term impact of the COVID-19 on prison populations. Series UNILCRIM*, 2020, n°4, Council of Europe and University of Lausanne, 27 p.

Frederick L. Altice, Lyuba Azbel, Jack Stone, Ellen Brooks-Pollock, Pavlo Smyrnov, Sergii Dvoriak, Faye S. Taxman, Nabila El-Bassel, Natasha K. Martin, Robert Booth, Heino Stöver, Kate Dolan, Peter Vickerman, « The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia », *Lancet*, 2016, Vol. 388, n° 10050, p. 1228-1248.

A3D, ANJAP, OIP, Syndicat des avocats de France et Syndicat de la magistrature, 2020, « Prisons : réduire la surpopulation pour éviter la crise sanitaire » Communiqué de presse, [\[En ligne\]](#), mis en ligne le 17 mars 2020.

Carlo Caduff, « What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop. » *Medical Anthropology Quarterly*, 2020, n° 34, p. 467-487.

Dominique Castex, Sacha Kacki, 2013, « Funérailles en temps d'épidémie », *Les nouvelles de l'archéologie*, n° 132, p. 23-29.

Claire Beaudevin, Luc Berlivet, Soraya Boudia, Catherine Bourgain, Maurice Cassier, et al. « 'Test, Test, Test!': Scarcity, Tinkering, and Testing Policy Early in the COVID-19 in France » *Medicine Anthropology Theory*, 2021, Vol. 8, n° 2, p. 1-31, [\[En ligne\]](#), mis en ligne juillet 2021.

Collectif, 2020, « Covid-19 : « Face à une situation sanitaire critique, il y a urgence à réduire la population carcérale » *Tribune, Le Monde*, 20 janvier 2020, [\[En ligne\]](#) (mis en ligne le 20 janvier 2020).

Diallo, Mamadou Dian Cherif, *Répression et enfermement en Guinée: le pénitencier de Fotoba et la prison centrale de Conakry de 1900 à 1958*, Paris, l'Harmattan, 2005, 670 p.

Wolfgang U Eckart, « The Colony as Laboratory : German Sleeping Sickness Campaigns in German East Africa and in Togo, 1900-1914 », *History and Philosophy of the Life Sciences* 1996, Vol. 24, n° 1, p. 69-89.

Thomas Fovet, Camille Lancelevée, M. Eck et al., « Prisons confinées : quelles conséquences pour les soins psychiatriques et la santé mentale des personnes détenues en France ? » *L'Encephale*, 2020, Vol. 46, n° 3S, p. S60-S65.

Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, *Sociologie d'aujourd'hui*, 1996, 328 p.

Michel Fize, *Une prison dans la ville. Histoire de la « prison modèle » de la Santé (1867-2014)*, préface de Robert Badinter. Paris, Buchet/Chastel, 2015, 222 p.

Veronica Gomez-Temesio, Frédéric Le Marcis, « La mise en camp de la Guinée. Ébola et l'expérience postcoloniale. » *L'Homme*, 2017, n° 222, p. 57-90.

Mirko Dražen Grmek, « *Le concept d'infection dans l'Antiquité et au Moyen Âge, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik.* » *Zagreb, Rad JAZU*, 1980, n° 384, p. 9-55.

Christopher Ellis Hayden, *Of Medicine and Statecraft. Smallpox and Early Colonial Vaccination in French West Africa (Senegal-Guinea)*. Evanston, Northwestern University, PhD, 2008, 443 p.

Frédéric Le Marcis, « *Épidémies et Covid-19 dans les prisons africaines : l'occasion d'une approche de la santé vraiment globale* », *Santé Publique*, 2020, vol. 32, n° 5-6, p. 583-587.

Frédéric Le Marcis, « *A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim) [=L'impossible gouvernement de la santé en prison ? Réflexions à partir de la MACA (Côte d'Ivoire)]* ». *Ciência and Saúde Coletiva*, 2016, vol. 21, n° 7, p. 2011-2020.

Frédéric Le Marcis, « *'Traiter les corps comme des fagots' Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée)* », *Anthropologie & Santé*, 2015, n° 11, [[En ligne](#)], mis en ligne le 29 novembre 2015.

Marie Morelle, Frédéric Le Marcis, Sylvain Landry Faye, « *Penser la prison à l'heure de la pandémie de Coronavirus en Afrique* » [*Tribune*], 2020. *Africa4 - Libération.fr (carnet)*, 2020. (halshs-02555841)

Amélie Morineau, « *La France, toujours pas vaccinée contre la surpopulation carcérale* », *Les Cahiers Portalis*, 2021, vol. 1, n° 8, p. 185-194.

Marco Nardone, « *Le COVID-19 en prison* » in *Florenza Gamba, Marco Nardone, Toni Ricciardi Sanro Cattacin (eds) COVID-19 : le regard des sciences sociales*. Genève, Zürich : Seismo, p. 227-245.

ONU DC, MOS, ONUSIDA, HCDH 2020 Déclaration commune de l'ONU DC, de l'OMS, de l'ONUSIDA et du HCDH sur la COVID-19 dans les prisons et les autres milieux fermés. [[En ligne](#)], mis en ligne le 13 mai 2020.

Alexandra Sánchez, Luciana Simas, Vilma Diuana, Bernard Larouze. « *COVID-19 in prisons: an impossible challenge for public health?* » *Cad. Saúde Pública* [[En ligne](#)]. 2020 ; 36(5):e00083520, mis en ligne le 8 mai 2020.

Bernard Taverne, Firmin Kra, Francis Akindès, Gabriele Laborde-Balen, Khoudia Sow, Marc Egrot, « *Funeral rites and Covid-19: what must be done to respect tradition and keep people safe* » *The Conversation*, 2020 [[En ligne](#)], mis en ligne le 7 juillet 2020.

World Prison Brief 2022 World Prison Brief data, France, [[En ligne](#)].

Éditeur :
Ministère de la Justice, 13 place Vendôme, 75001 Paris

Représentant légal :
Eric Dupond-Moretti, garde des Sceaux, ministre de la Justice

Directeur de la publication :
Laurent Ridet

Responsable de la rédaction :
Michel Daccache

Imprimeur :
Ministère de la Justice/Centre d'impression numérique, 35 rue de la gare, 75019 Paris

Date de parution :
Novembre 2022

Dépôt légal :
Novembre 2022

ISSN :
0763-5613 (imprimé), 2802-7019 (en ligne)

**Direction de l'administration
penitentiaire**