



Une Sanitarisation Du Pénal ? La Mobilisation de La Maladie Dans Des Procès Pénaux

Lara Mahi

► To cite this version:

Lara Mahi. Une Sanitarisation Du Pénal ? La Mobilisation de La Maladie Dans Des Procès Pénaux. *Revue française de sociologie*, 2015, 56 (4), pp.697-733. 10.3917/rfs.564.0697 . hal-01638400

HAL Id: hal-01638400

<https://hal.parisnanterre.fr/hal-01638400>

Submitted on 11 Jan 2018

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

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

Une sanitarisation du pénal ?

La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux

Lara MAHI

Résumé. Cet article interroge l'intégration d'une approche sanitaire dans les décisions judiciaires à travers l'analyse des procédés par lesquels justiciables, magistrats et avocats mobilisent des événements de santé au cours de procès pénaux. À partir d'observations conduites pendant un an dans les trois sections d'une chambre de comparution immédiate et de la constitution d'une base de données issue de ces observations (n = 290), nous montrons que la maladie est un registre d'exploration pour les magistrats qui, poursuivant une logique d'individualisation de la peine, incitent les justiciables à révéler un « problème de santé ». Ceux qui révèlent être malades sont ensuite systématiquement questionnés sur leur engagement dans une prise en charge médicale. Les analyses de régression font apparaître que cette dernière détermine fortement la sanction pénale. Les justiciables engagés dans une démarche de soins sont « protégés » de la prison tandis que ceux qui ne se soignent pas y sont plus souvent directement conduits à l'issue de leur procès. Ces résultats et l'analyse des procédés argumentatifs par lesquels ces « problèmes de santé » sont mobilisés au cours des débats d'audience mettent en évidence les attentes à partir desquelles les juges construisent leurs décisions, qui prennent la forme de trois *impératifs normatifs* pesant sur l'ensemble des justiciables et conduisant à une surincarcération des plus désaffiliés d'entre eux, parmi lesquels les malades qui ne se soignent pas.

Mots-clés. JUSTICE PÉNALE — SANTÉ — *SENTENCING* — INDIVIDUALISATION DE LA PEINE — IMPÉRATIFS NORMATIFS

Novembre 2010, Palais de justice de Paris. Dans la chambre correctionnelle dédiée aux comparutions immédiates, un homme se tient cramponné à la balustrade du box des accusés. Il ne quitte pas des yeux les trois juges qui lui font face. Célibataire, âgé de 46 ans et ayant pour seules ressources le revenu de solidarité active, il est accusé d'un vol aggravé par deux circonstances : l'usage de la violence (n'ayant pas entraîné d'incapacité totale de travail) et l'état de récidive légale. Le juge présidant l'audience reprend à voix haute les qualifications pénales de la quinzaine de condamnations que compte son casier judiciaire, puis il résume les faits qui lui sont reprochés. Ces derniers se sont déroulés la veille ; un étudiant de 25 ans marchait dans une rue de Paris, la sacoche de son ordinateur à la main, lorsqu'un homme surgit devant lui, le projeta au sol et lui arracha sa sacoche des mains. L'homme fut pris en flagrant délit et l'ordinateur et la sacoche furent restitués à l'étudiant.

Cette recherche a bénéficié du soutien de Sidaction et du Fonds de dotation Pierre Bergé. Nous tenons à remercier Frédérique Leblanc pour ses commentaires sur la première version de cet article, ainsi que Baptiste Brossard, Philippe Combessie et les lecteurs anonymes de la RFS.

Une sanitarisation du pénal ?

Lorsque la parole est donnée au prévenu pour qu'il revienne sur les faits qui lui sont reprochés, il reconnaît être l'auteur du vol. Puis, inquiet par la sentence à venir, il supplie le tribunal : « Ne me mettez pas en prison, je suis séropositif et j'ai besoin de me soigner. » Le président lui demande : « Est-ce que vous avez un traitement ? » Il répond : « Non, par choix, je ne veux pas de traitement. » Le juge donne la parole à la partie civile. L'avocat explique que son client, présent à l'audience, avait évalué son préjudice moral entre deux et trois mille euros la veille, mais que, compte tenu des difficultés de son agresseur, il ne demande qu'un euro symbolique. Le substitut du procureur requiert, lui, « deux ans de prison dont six mois éventuellement assortis du sursis ». L'avocate de la défense explique, dans sa plaidoirie, que son client n'a effectivement pas de traitement médicamenteux, mais elle insiste sur le fait qu'il est suivi dans un hôpital de la région parisienne et précise le nom de son médecin. Elle conclut sa prise de parole en demandant à ce que la peine de son client « ne soit pas assortie d'un mandat de dépôt, afin qu'il puisse se rendre à un rendez-vous médical prévu demain ». À l'issue de la suspension d'audience, les juges déclarent l'homme coupable et le condamnent à une peine d'un an de prison ferme avec mandat de dépôt. Les escortes le menottent. Il sera directement conduit à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis pour effectuer sa peine.

Le vol est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, en France, lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de violences sur autrui n'ayant pas entraîné d'incapacité totale de travail (Article 311-4 du Code pénal). Il s'agit de la sentence maximale¹. Depuis l'introduction du principe d'« individualisation de la peine » dans le Code pénal en 1810, les juges ont, à leur disposition, un éventail de sanctions pour fixer la peine dans ses modalités (amende, prison ferme, sursis avec mise à l'épreuve, contrainte pénale, etc.) et dans son *quantum*. Ils déterminent la sanction en tenant compte de deux types d'éléments (Green, 1961) : des éléments légaux (*legal factors*) – l'infraction reprochée, ses circonstances, etc. – et des éléments non légaux (*non legal factors*) qui renvoient à ce qu'ils appellent la « personnalité » du prévenu et désignant, de manière large, ses caractéristiques sociales. Quel âge a-t-il ? Travaille-t-il ? Est-il marié ? Ou encore, a-t-il un domicile ? Mais alors, pourquoi cet homme a-t-il été condamné à un an de prison avec mandat de dépôt et non pas à une peine plus (ou moins) lourde ? De quelle manière les éléments légaux et les éléments non légaux s'articulent-ils dans la détermination de la peine ?

Depuis les années 1970-1980, des chercheurs tentent de répondre à cette question². Leurs travaux, réunis sous les termes de *sentencing studies*, visent à faire ressortir les logiques de la sanction pénale par la déconstruction de la sentence. Ce champ fait toujours l'objet de nombreuses investigations, tout particulièrement outre-Atlantique, centrées le plus souvent sur les discriminations raciales³. En France, hormis les enquêtes conduites sur les distinctions de traitement selon le genre (Mary-Portas, 1996 ; Cardi, 2007 ; Lelièvre et Léonard, 2012 ; Vuattoux, 2014), selon la situation sociale (Robert *et al.*, 1976 ; Herpin, 1977 ; Gautron et Retière, 2013) et selon l'origine

1. Le maximum des peines d'emprisonnement et d'amende encourues est doublé lorsque, comme c'est le cas pour cet homme, les faits ont été commis en état de récidive légale.

2. Voir Georges Kellens (1978) pour une revue de la littérature internationale des premières recherches sur les déterminants de la sanction pénale.

3. Voir notamment Gary Kleck (1981) ; Martha A. Myers et Susette M. Talarico (1987) ; Marjorie S. Zatz (1987) ; Samuel R. Gross et Robert Mauro (1989) ; Roger Hood (1992) ; Theodore Chiricos et Charles Crawford (1995) ; Darrell Steffensmeier *et al.* (1998) ; Kate Stith et José A. Cabranes (1998) ; Cassia Spohn (2000) ; Anita Kalunta-Crumpton (2012) et Michael T. Light *et al.* (2014).

ethnique (Lévy, 1984 ; Robert et Tournier, 1989 ; Jobard et Névanen, 2007 ; Léonard, 2010), les chercheurs sont plus rares à traiter ces questions.

Ces travaux ont notamment montré que les hommes, les personnes de milieux populaires et les étrangers sont surcondamnés au moment du procès comparativement aux femmes, aux personnes issues des classes supérieures et aux nationaux. Ces effets de surcondamnation se répercutent sur la composition de la population carcérale : les hommes, les personnes issues de milieux populaires et les étrangers sont surreprésentés en prison (INSEE, 2002). C'est également le cas des malades, surreprésentés en prison, tant pour ce qui concerne les troubles psychiatriques (Lamb et Weinberger, 1998 ; Diamond *et al.*, 2001 ; Fazel et Danesh, 2002 ; Rouillon *et al.*, 2004) et les addictions (Fazel *et al.*, 2006 ; Manière-Haesebaert *et al.*, 2008) que certaines affections somatiques chroniques⁴ (Binswanger *et al.*, 2009 ; Fazel et Baillargeon, 2011 ; Chiron *et al.*, 2013).

Mais, dès lors qu'il est question de santé, la santé mentale monopolise les débats portant sur les institutions judiciaires. Des recherches se sont ainsi intéressées aux processus d'étiquetage comme « délinquant » ou « malade mental » qui conduisent à l'orientation vers des filières pénales ou médicales (Laberge *et al.*, 1995), aux usages et enjeux des expertises psychiatriques dans les procès (Thys et Korn, 1992 ; Saetta *et al.*, 2010), à la réception par les jurés d'une défense axée sur l'irresponsabilité pénale (Butler et Wasserman, 2006), aux déterminants de santé mentale face à une condamnation à la peine de mort (Stites et Dahlsgaard, 2015), à l'internement des justiciables jugés irresponsables (Cartuyvels *et al.*, 2010) ou encore à la carcéralisation du soin psychiatrique (Bérard et Chantraine, 2008). Nous savons peu de choses, en revanche, sur la manière dont les événements de santé n'impliquant pas d'interrogations sur la responsabilité pénale des justiciables affectent les décisions judiciaires.

Au-delà d'une objectivation de la manière dont ces événements de santé influent sur les jugements, cet article propose d'explorer les procédés argumentatifs par lesquels les participants d'un procès (justiciables, avocats de la défense, procureurs et juges)⁵ mobilisent la « maladie ». Contrairement aux troubles psychiques ou neuropsychiques, l'institution judiciaire ne prévoit pas le recours à des expertises médicales lorsque les justiciables font état d'autres événements introduits et/ou questionnés comme des « problèmes de santé », tels qu'un cancer, une toxicomanie ou un diabète. Les débats d'audience donnent ainsi lieu à une confrontation entre les représentations profanes qu'ont les différents participants des procès de la « maladie ». Dans le prolongement de travaux qui interrogent l'intégration de « répertoires normatifs » dans l'arène judiciaire (Barbot et Dodier, 2014, 2015), nous émettons l'hypothèse que l'analyse des procédés

4. Ces dernières ont néanmoins peu fait l'objet d'études épidémiologiques en milieu carcéral. Or, comme la population carcérale est également rarement incluse dans les enquêtes de santé nationale conduites en France, les prévalences d'affections chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme ou encore les formes de cancer ne sont pas connues (Godin-Blandeau *et al.*, 2013). Seules les prévalences du VIH et du virus de l'hépatite C ont fait l'objet de recherches récentes. Leurs taux de prévalence sont six fois supérieurs, en prison, à ceux observés parmi la population générale (Chiron *et al.*, 2013). Cependant, ces résultats

ne contrôlent pas les effets liés à la structure de la population carcérale (âge, sexe, milieu social, etc.), qui n'est pas équivalente à celle de la population générale. Aux États-Unis, une enquête ciblant la population carcérale a intégré cet effet de structure et mis en évidence que, toutes choses égales par ailleurs, les personnes détenues ont plus de risques que la population générale de présenter de l'hypertension, de l'asthme, de l'arthrite, certaines formes de cancer et des hépatites virales (Binswanger *et al.*, 2009).

5. Il y a rarement des parties civiles dans les procès que nous analysons.

argumentatifs par lesquels la « maladie » est mobilisée dans les discours d'audience permet de saisir les attentes à partir desquelles les juges construisent leurs décisions et de mettre ainsi au jour les *impératifs normatifs* qui pèsent sur les justiciables.

Nous nous intéressons à des procès de comparutions immédiates, c'est-à-dire à un mode de justice destiné aux plus désaffiliés des justiciables. Nous intégrons nos analyses dans une réflexion plus large sur les formes d'hybridations et de tensions entre le système pénal et le système sanitaire. Tout en nous positionnant dans la continuité de travaux ayant mis en avant un processus de « pénalisation du social » (Wacquant, 1999, 2009 ; Mary, 2003 ; Gustafson, 2009) depuis les années 1970-1980, nous prenons le contre-pied des débats sur la judiciarisation de la question sociale pour interroger la sanitarisation de la question pénale. Dans cette dernière optique, Éric Farges (2006) a mis en avant le développement d'une logique de santé publique dans les prisons françaises, depuis l'application de la réforme du 18 janvier 1994⁶, qu'il traduit comme une « sanitarisation de l'institution pénitentiaire ». Ce processus est également observé dans d'autres contextes nationaux ; alors que les médecins Jordan B. Glaser et Robert B. Greifinger (1993) suggéraient, il y a plus de vingt ans, que les services de santé des prisons américaines devaient être considérés comme une « opportunité de santé publique » pour les plus démunis, Megan Comfort (2007) concluait, plus récemment, que les prisons sont devenues les premiers producteurs de services sanitaires et sociaux à destination des populations les plus pauvres. Ces travaux ont pour point commun de porter leur attention sur les seules institutions carcérales. Nous proposons de tourner le regard vers l'amont de la prison pour explorer l'intégration d'une approche sanitaire dans la construction des décisions judiciaires.

ENCADRÉ 1. – *Matériau*

Cet article s'appuie sur l'observation de procès de comparutions immédiates au tribunal de grande instance (TGI) de Paris. Dans ce tribunal, les comparutions immédiates sont jugées dans une chambre correctionnelle divisée en trois sections (en raison du nombre de prévenus orientés quotidiennement vers cette forme de procès), qui dépendent du même parquet. Deux des sections fonctionnent simultanément tous les jours, hormis le week-end, et la troisième ne fonctionne que le week-end. Nous avons réalisé nos observations dans les trois sections de cette chambre, entre les mois de septembre 2010 et août 2011. Nous nous sommes présentée comme sociologue auprès des greffiers et des huissiers des différentes sections et avons assisté aux débats depuis le banc dédié aux journalistes et aux personnes en formation. Nous avons suivi 342 procès correctionnels portant sur 376 prévenus¹. 290 de ces prévenus ont été condamnés à l'issue de leur procès. Les 86 justiciables restants ont été relaxés (pour 4 d'entre eux) ou ont vu leur procès renvoyé à une date ultérieure² (pour 82 d'entre eux).

Pendant les observations de procès, nous avons pris en note l'intégralité des discours d'audience, complétés par des informations descriptives³. Nous avons constitué une base
.../...

1. Plusieurs prévenus peuvent être jugés, pour une même affaire, au cours d'un procès. Par exemple, des co-auteurs de faits qualifiés de « violences en réunion ».

2. Dans ce cas, les juges doivent déterminer les conditions du renvoi. Autrement dit, ils doivent décider des conditions dans lesquelles le prévenu attendra son jugement : libre, sous contrôle judiciaire ou en détention provisoire.

3. Les notes étaient prises pendant les observations, puis complétées à l'issue de celles-ci.

6. Depuis l'application de cette loi, les espaces de soins des établissements pénitentiaires ne sont plus gérés par l'administration pénitentiaire mais par le service public hospitalier.

de données à partir des retranscriptions des procès ayant donné lieu à une condamnation⁴ (n = 290). Cette base se compose de 33 variables (hors recodages) réparties en trois groupes (Annexe 1). Le premier groupe rassemble les variables relatives à la « personnalité » des condamnés (âge, sexe, situation familiale, événements de santé, etc.), le deuxième celles portant sur les infractions pour lesquelles ils ont été condamnés et leurs circonstances, et le troisième nous renseigne sur la sentence (réquisitions et condamnation pénale). Nous avons ainsi constitué une « statistique ethnographique » (Cayouette-Remblière, 2011) en associant une base de données – issue de nos observations – au matériau ethnographique.

Après la phase d'observation, nous avons sollicité des entretiens auprès des quatre présidents de la chambre de comparution immédiate⁵. Seul l'un d'entre eux a accepté de nous rencontrer⁶ pour aborder ses pratiques et représentations professionnelles. Nous avons complété ce matériau par des observations et des entretiens répétés réalisés dans trois établissements pénitentiaires français, entre novembre 2011 et juin 2013, auprès de personnels de soins et de 74 personnes détenues et malades.

4. Le codage d'observations ethnographiques a peu fait l'objet de réflexions méthodologiques. Dans le cas de ce travail, il revêt deux principaux intérêts : il permet, d'une part, d'objectiver les caractéristiques des audiences, comme le soulignait déjà le Collectif Onze (2013) dans sa recherche sur des audiences aux affaires familiales, et, d'autre part, de mettre en avant des liens statistiques pour appréhender la construction de la sentence.

5. Les deux premières sections de la chambre sont présidées, chacune, par deux magistrats qui alternent leurs jours d'audience. Pour chaque audience, ils sont entourés par deux assesseurs.

6. Cela peut s'expliquer par les importants efforts de réflexivité développés par ce magistrat à la trajectoire singulière. Fils d'ouvriers, il a abandonné ses études d'avocat car il ne se sentait « pas à [sa] place » avec « tous ces fils d'avocats » : « J'ai très vite compris que je n'arriverais pas à m'intégrer dans cet univers. » Attiré par la profession de magistrat, il explique avoir, dans un premier temps, renoncé à cette ambition car, à la suite de son expérience à l'École du barreau, il « ne voulai[t] pas du tout faire l'école de Bordeaux ». Il s'est réorienté vers le concours de greffier en chef, profession qu'il a exercée pendant douze ans. À 40 ans, il a pu demander son « intégration directe [à la magistrature], sur diplôme, âge et carrière professionnelle ». Si l'intégration ouvre aux mêmes évolutions de carrière possibles qu'après avoir été diplômé par l'École nationale de la magistrature, elle est selon lui mal vue : « C'est une voie marginale qui inspire le mépris dans ma corporation, ce n'est pas très éloquent et flatteur. » Depuis qu'il a pris ses fonctions de président de l'une des sections de la chambre de comparution immédiate, il tient des carnets de bord dans lesquels il écrit ses sentiments et émotions à l'issue des jugements. Il répond également à des sollicitations externes visant à l'amélioration des conditions des comparutions immédiates, telles que la reformulation du questionnaire des « enquêtes sociales rapides » afin qu'il soit plus lisible au moment de l'audience.

Une justice « de masse » destinée aux plus précaires

Les audiences de comparutions immédiates apparaissent comme une « justice de masse » (Fassin *et al.*, 2013, p. 30), qui voit défiler des dizaines de prévenus et d'affaires chaque après-midi à Paris, et une « justice d'urgence » (Bastard et Mouhanna, 2007 ; Christin, 2008, p. 10), dont les procès durent rarement plus de trente minutes et conduisent souvent à une condamnation à de la prison ferme. Les prévenus se succèdent à la barre à un rythme soutenu. À l'issue de leur garde à vue et dans les heures qui précèdent leur procès, ils rencontrent successivement un substitut du procureur qui leur notifie l'infraction reprochée, un enquêteur social qui mène sur eux une « enquête sociale rapide » ainsi que l'avocat – souvent commis d'office –

qui assurera leur défense. Les comparutions immédiates se démarquent par le panel restreint des délits traités au cours de ces audiences et par l'importante précarité des justiciables traduits devant ces tribunaux.

Les affaires traitées au cours des audiences sont régulièrement désignées comme « simples » par les magistrats dans le sens où elles n'ont pas nécessité d'instruction. Il s'agit le plus souvent⁷ de vols (atteintes aux biens), de violences (atteintes aux personnes) et d'infractions à la législation sur les stupéfiants (Annexe 2). Plus d'une personne sur trois de notre échantillon a été condamnée pour une atteinte aux biens. Cette catégorie regroupe essentiellement des vols et des destructions. Près d'une personne sur quatre a été condamnée pour une atteinte aux personnes. Il s'agit principalement de violences et, dans des proportions bien moindres, d'agressions sexuelles. Les infractions à la législation sur les stupéfiants – qu'il s'agisse d'acquisition, d'usage, de transport, de détention ou d'offre ou cession – représentent quant à elles un peu plus d'un dixième des infractions principales à l'origine d'une condamnation pénale.

La population jugée en comparution immédiate n'est représentative ni de la population générale ni de l'ensemble de la population pénale (Welzer-Lang et Castex, 2012, p. 53). Si l'on s'intéresse au profil sociodémographique des justiciables condamnés de notre échantillon (Annexe 3), il apparaît que cette population est largement masculine (92,8 %) et jeune (70 % ont moins de 35 ans). La majorité des justiciables a des enfants (64,1 %), mais ils sont également, pour la plupart, célibataires (81,4 %) au moment de leur procès. Il s'agit d'une « clientèle habituelle »⁸ des prétoires : seul un condamné sur trois (36,6 %) avait un casier judiciaire vierge avant son procès.

Les justiciables orientés au cours de la procédure vers cette justice rapide cumulent par ailleurs un certain nombre de difficultés. Cette population se compose pour près de la moitié d'étrangers, dont un tiers est en situation irrégulière sur le territoire français. Près de la moitié des condamnés de notre échantillon n'a pas d'emploi, et, parmi ceux qui exercent une activité, une personne sur cinq occupe un emploi non déclaré. Il s'agit le plus souvent de personnes vivant de ventes à la sauvette ou travaillant dans le bâtiment. Cette faible insertion professionnelle se traduit par un mode d'habitat marginalisant : plus d'un condamné sur cinq était sans domicile au moment de son procès. Si l'on s'intéresse à présent à l'état de santé des justiciables, près d'un condamné sur trois a fait état, au cours de la procédure, d'un événement introduit comme un « problème de santé » ou une « maladie »⁹. Les plus souvent cités au cours des débats sont la toxicomanie, l'alcoolisme, le cancer, le VIH et le virus de l'hépatite C (Annexe 4). Leurs

7. Nous avons retenu ici l'infraction principale visée par la prévention. Si ce choix permet de voir quels types de fait sont les plus souvent au centre des discussions pendant les audiences, il a néanmoins pour inconvénient de rendre peu visibles les infractions secondaires – et tout particulièrement les infractions à la législation sur les étrangers – pour lesquelles les prévenus sont également régulièrement poursuivis.

8. L'expression est empruntée à F. Jobard et S. Névanen (2007).

9. Nous nous intéresserons uniquement, tout au long de cet article, aux événements engageant le corps, n'impliquant pas d'interrogations sur la responsabilité pénale – excluant les affections psychiques et neuropsychiques –, qui sont introduits et/ou questionnés comme des « problèmes de santé » ou des « maladies ». Pour une meilleure lisibilité – et bien que décrivant le travail de construction de certains événements en « problèmes de santé » –, nous emploierons ces termes sans guillemets dans la suite de l'article.

fréquences de citation sont largement supérieures à leurs taux de prévalence dans la population générale¹⁰.

Des justiciables incités à mobiliser le registre de la maladie

Nous verrons que la maladie est un « registre d'exploration » (Dodier, 1993) de la « personnalité » des justiciables pour les enquêteurs sociaux et les magistrats, qu'ils investissent dans une perspective d'individualisation de la peine. Les questions qu'ils posent aux prévenus, en amont du procès et au cours de l'audience, incitent ces derniers à faire état de problèmes de santé les affectant.

Recueillir, vérifier, mettre en récit

Tous les prévenus sont questionnés sur leurs éventuels problèmes médicaux au cours d'une « enquête sociale rapide »¹¹ (ESR dans la suite de l'article) réalisée en amont du procès pénal. Les justiciables sont conduits par des escortes face à des enquêteurs sociaux (des travailleurs sociaux et des psychologues) dans les heures voire les minutes qui précèdent leur procès. Au tribunal de grande instance de Paris, une association, l'Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale (APCARS), est chargée de mener ces enquêtes, qui consistent en un entretien directif portant sur les situations sociales, matérielles, familiales, professionnelles et de santé des prévenus. Les entretiens se déroulent en face-à-face dans des boxes situés dans le hall du parquet¹². Les enquêteurs sociaux conduisent leurs entretiens en s'appuyant sur un document de deux pages, structuré en cinq rubriques, qu'ils remplissent à partir des réponses des prévenus et en donnant leurs propres impressions sur le déroulement de l'entretien et les situations des justiciables.

C'est dans un volet « Autres renseignements » de la quatrième rubrique de l'ESR, intitulée « Emploi, stages, études, autres », que sont retranscrites des informations sur l'état de santé des prévenus. Dans l'ESR sur Alphonse¹³ (Annexe 5), il est indiqué que ce dernier « souffre de tendinite », qu'il « souffre de douleurs à l'estomac suite à des périodes de stress » et qu'il n'a « aucune consommation particulière ». L'enquêteur social qui s'est entretenu avec Alphonse a mis deux de ces informations en avant, en

10. Le taux de prévalence de « l'usage problématique de drogue » était estimé à 7,5 % en 2011 (Janssen et Bastianic, 2013) et celui de la « dépendance alcoolique » à 3 % en 2003 (Lépine *et al.*, 2005). Le taux de prévalence du cancer était estimé, en 2010, à 14,8 % pour les hommes et 13,3 % pour les femmes (INCA, 2010). Le taux de prévalence du VIH était estimé à 0,023 % en 2008 (Yéni, 2010) et celui du virus de l'hépatite C à 8,44 % en 2004 (Meffre, 2006).

11. L'« enquête sociale rapide » est définie par l'Article 41 du Code de procédure pénale : « Le procureur de la République peut également requérir, suivant les cas, une personne habilitée dans les conditions prévues au sixième alinéa de l'Article 81 ou, en cas d'impossibilité

matérielle, le service pénitentiaire d'insertion et de probation de vérifier la situation matérielle, familiale et sociale d'une personne faisant l'objet d'une enquête et de l'informer sur les mesures propres à favoriser l'insertion sociale de l'intéressé. »

12. Nous n'avons pas assisté aux entretiens des ESR. Ces enquêtes font actuellement l'objet d'une recherche conduite par Natalène Millet Taunay dans le cadre de son mémoire de master à l'École des hautes études en sciences sociales.

13. Tous les prénoms et initiales de noms, ainsi que certaines informations secondaires qui pourraient permettre l'identification des personnes dont il est question (noms d'hôpitaux, adresses, etc.) ont été modifiés.

les soulignant, la « tendinite » et l'absence de « consommation particulière ». En revanche, les « douleurs à l'estomac » ne sont pas soulignées. Comme pour chacune des cinq rubriques, un espace vierge est prévu sur la gauche du formulaire afin que les enquêteurs sociaux précisent si ces informations ont été confirmées par un tiers ou non. Les parents ou conjoints sont contactés par téléphone pour confirmer les informations sur la situation familiale, les employeurs (actuels et précédents) celles sur le parcours professionnel, et les soignants (généraliste, psychiatre, psychologue) celles sur l'état de santé. Pour les magistrats du siège, ces vérifications sont essentielles car elles apportent la preuve de la véracité des propos des prévenus :

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

(Albert, 53 ans, président d'une chambre de comparution immédiate).

Ainsi, dans l'enquête sur Alphonse, l'enquêtrice précise que les informations sur son état de santé somatique sont « non confirmé[es] ». En revanche, un médecin psychiatre a confirmé l'avoir suivi par le passé, dans un centre médico-psychologique. Comme pour les autres tiers ayant confirmé les informations délivrées, son nom et son numéro de téléphone sont indiqués sur le formulaire de l'ESR. À l'issue de l'entretien, le feuillet est dupliqué et joint au dossier d'instruction remis aux différents participants du procès¹⁴ : le président de l'audience, le substitut du procureur, l'avocat de la défense et l'avocat de la partie civile (lorsqu'une personne se fait représenter). C'est sur ce document que les magistrats s'appuient pour interroger la « personnalité » des prévenus au cours de l'audience. Néanmoins, la mobilisation de la maladie dans les débats d'audience dépasse le seul moment où la « personnalité » est mise en récit ; elle peut être évoquée verbalement, voire largement débattue à l'un (ou plusieurs) des douze temps du procès que nous distinguons.

Le procès s'ouvre par la vérification de l'identité des prévenus [1]. Le juge président l'audience ou l'un de ses assesseurs demande au prévenu de se lever (s'il est dans le box) ou de s'approcher de la barre (s'il comparaît libre). Il annonce son nom, sa date et son lieu de naissance, sa nationalité, sa situation familiale, sa situation professionnelle, et son adresse : « Monsieur D., vous êtes né le 11 février 1963 à Lyon, vous êtes français, célibataire, vous avez un enfant de 19 ans, vous travaillez parfois comme technicien de maintenance et vous résidez au 3 rue des Plantes dans le 14^e arrondissement de Paris. »

Après avoir demandé la confirmation des informations au prévenu, le président procède à la notification des infractions qui lui sont reprochées [2]. Il rappelle au prévenu qu'il est poursuivi pour une tentative de vol avec deux circonstances aggravantes (des dégradations et l'état de récidive légale). Il lui demande ensuite « Voulez-vous être jugé maintenant ou demandez-vous un délai pour préparer votre défense ? » [3]. L'homme dit préférer être jugé le jour-même.

Le juge résume les informations contenues dans le bulletin n° 1 du casier judiciaire du prévenu [4] : « Votre casier judiciaire compte une trentaine de condamnations, alors je ne vais pas toutes les reprendre, la dernière, en 2007, c'était un vol également, pareil en 2006... »,

14. Hormis dans les cas où l'affaire avait été précédemment renvoyée, ils ne découvrent l'ESR que quelques minutes avant le début du procès, voire celle-ci est parfois apportée par un greffier alors que le procès a déjà débuté.

puis il aborde sa « personnalité » [5] à travers un certain nombre de questions reprenant celles de l'ESR. Il lui demande : « Vous travaillez en ce moment ? » L'homme répond : « Non, je ne travaille plus parce que je suis malade. Je suis séropositif et j'ai le diabète. J'attends mon dossier COTOREP là. Je ne peux pas rester longtemps debout, est-ce que je peux m'asseoir, là ? » Le président lui fait signe que oui – l'homme s'assoit – puis, parcourant l'ESR, il lui dit : « Alors... votre domicile on a vu, le travail aussi... Vous êtes traité pour la maladie ? » Le prévenu se relève : « Je suis suivi à [l'hôpital] Saint-Joseph mais j'attends un lit. En fait, il me reste un an à vivre donc c'est pas facile pour le moral. » Le juge reprend sa lecture : « Donc... Donc, il vit chez son ex-compagne... C'est illisible ! Il attend de recevoir le RSA, la CMU... Et vous avez quoi comme thérapie ? » Le prévenu lui répond : « J'ai une trithérapie. J'ai été toxicomane. Mais depuis 2007, je me suis rangé. » Le juge poursuit : « Ah et vous avez aussi une hépatite C ? » L'homme acquiesce.

Le juge énonce ensuite son résumé des faits [6]¹⁵ : « Les faits se sont déroulés [la veille], à minuit dix, dans le 13^e arrondissement, vous êtes aperçu par des personnes qui appellent la police alors que vous êtes en train de donner des coups avec une barre de fer sur le cadenas d'un vélo. Les policiers constatent des dégradations sur le vélo. Ils vous font faire un alcootest qui révèle une alcoolémie de 0,47 milligramme d'alcool par litre d'air expiré. » Puis il donne la parole au prévenu [7] afin qu'il s'explique sur les faits qui lui sont reprochés : « Qu'est-ce que vous avez à dire sur les faits, Monsieur ? ». Le prévenu explique : « Je veux dire que le matin j'avais été à un entretien d'embauche qui n'a pas marché à cause d'une maladie. Alors j'étais en colère. Mais le vélo... mais les rayons du vélo, ils étaient cassés. Moi, je reconnais que j'ai donné des coups... » Le président l'interrompt : « Ah vous reconnaissez déjà les dégradations ! » ; le prévenu poursuit : « Mais j'ai pas voulu le vélo, moi. Moi si je veux le voler, je vais pas le casser ! » Lorsqu'une personne s'est déclarée partie civile, le juge lui demande également de livrer son résumé des faits puis l'avocat de la partie civile [8] plaide pour elle.

Le président donne la parole au procureur pour son réquisitoire [9]. Celui-ci se lève et livre sa version de l'affaire : « Monsieur D. est un multirécidiviste, qui ne travaille pas, qui est en récidive légale. Je vais vous dire que ce monsieur est très connu du parquet. Je ne vois pas pourquoi je ne demanderais pas la peine plancher. Malheureusement, la prison semble être une solution pour ce type de personne. Je vous demande d'entrer en voie de condamnation à l'encontre de Monsieur D., de le condamner à deux ans de prison et de décerner mandat de dépôt. » Le magistrat du parquet se rassoit. Dans le box, l'homme laisse tomber sa tête dans ses mains.

Les trois juges prennent en notes les réquisitions, puis le président donne la parole à l'avocat de la défense. Celui-ci plaide [10] : « Monsieur D. ne reconnaît pas la tentative de vol. Oui, il était énervé. Oui, il a frappé le vélo avec une barre de fer. Mais c'est le bon sens qui parle : il n'avait qu'une barre de fer, comment aurait-il pu le voler ? Et que pouvait-il faire avec le vélo cassé ? [...] Je demande la relaxe pour le vol. Depuis 2007, Monsieur D. n'a rien commis. Il a essayé de travailler. Il est malade, il suit un traitement, il a un hébergement. La prison ne serait pas adaptée du tout. Je sollicite votre indulgence pour les faits de dégradation. » Le président de l'audience donne la parole au prévenu [11] pour les derniers mots du procès ; il se tourne à nouveau vers le justiciable : « Vous voulez ajouter quelque chose à ce qu'a dit votre avocat ? » L'homme prend la parole : « Je voudrais dire que mon espérance de vie est courte. Si vous me laissiez le temps de me soigner un peu... La prison ne va rien m'apporter. Je ne veux pas mourir en prison, moi ! Je ne connais pas tout l'arsenal judiciaire, mais si vous pouviez d'abord me laisser le temps de me soigner. » Le président conclut : « Merci monsieur » et se saisit du dossier suivant.

L'escorte ouvre une porte dérobée qui relie le box au parquet, menotte le prévenu et lui fait quitter la salle d'audience. Après la suspension d'audience, le président annonce le verdict [12] : « Monsieur D., après en avoir délibéré, le tribunal vous déclare coupable et, en répression, vous condamne à une peine de douze mois de prison dont six mois assortis d'un sursis. » Les juges ne décernent pas de mandat de dépôt, l'homme quittera librement le tribunal.

La maladie peut ainsi être mobilisée à plusieurs de ces douze temps du procès que nous avons distingués. Les juges interrogent systématiquement les prévenus sur leurs

15. Certains jugent abordent d'abord les faits, puis la « personnalité ».

éventuels problèmes de santé, lorsqu'ils abordent leur « personnalité », soit de manière directe, soit en reprenant des informations contenues dans l'ESR et en leur demandant de les confirmer. Tout en soulignant régulièrement que les justiciables n'y sont pas obligés, les juges les incitent à construire un récit sur leur état de santé en leur posant des questions telles que « vous voulez nous en dire plus ? » ou « vous voulez donner des détails sur vos problèmes de santé ? » La maladie peut ensuite être mobilisée lorsque la parole est donnée aux prévenus, afin qu'ils reviennent sur les faits. Puis, dans les réquisitoires, les plaidoiries et lorsque la parole est donnée aux prévenus pour les derniers mots du procès. Enfin, ce n'est pas le cas dans le procès décrit ci-dessus, mais il peut être question de l'état de santé lors de l'annonce du verdict. Ainsi, dans le cadre d'un autre procès et après avoir décerné un mandat de dépôt, le juge s'adresse à la greffière : « Ce serait bien qu'il soit détenu à Fresnes compte tenu de ses problèmes de santé. » L'homme qui vient d'être condamné proteste : « Je préfère Fleury ! » Le juge lui répond : « Eh bien ce sera quand même Fresnes pour que vous puissiez être soigné. »

Les problèmes de santé sont également parfois suggérés physiquement. Pendant l'audience, un homme ôte son pansement pour montrer les cicatrices d'une intubation récente quand un autre crache bruyamment et à intervalles réguliers dans un mouchoir. Ces démonstrations physiques sont régulièrement découragées par les magistrats ; à un prévenu soulevant son tee-shirt pour montrer les traces d'une opération chirurgicale récente, le président s'exclame ainsi : « Non, gardez votre tee-shirt, on n'a pas besoin de voir ! »

Si les justiciables sont incités à révéler un problème de santé, aux différents temps du procès pénal, l'insistance des juges et le temps qu'ils consacrent à l'exploration de ce registre ne sont pas les mêmes selon les infractions reprochées.

Certains délits conduisent davantage les magistrats à questionner l'existence d'une maladie

Certaines formes de délits amènent les magistrats à encore davantage insister sur le registre de la maladie, et ce même lorsque les ESR sur les prévenus ne font pas mention d'un problème de santé. Dans le cas d'une infraction à la législation sur les stupéfiants, de la conduite d'un véhicule à moteur sous l'empire d'un état alcoolique ou d'un vol de faible valeur, par exemple, ils tentent d'établir des liens de causalité entre une problématique délictuelle et une problématique médicale :

« Quand il n'y a pas cette mention [d'un problème de santé dans l'ESR sur un potentiel usager de drogue], je me dis que je peux quand même tâter le terrain. Dans la toxicomanie, on sait comment c'est, ils n'ont pas les moyens de payer leur dose, donc c'est important d'aborder ce sujet. Et puis, c'est à prendre en compte pour le *quantum* de la peine. »

(Albert, 53 ans, président d'une chambre de comparution immédiate).

Ils suspectent les prévenus d'être « toxicomane » ou d'avoir un « problème d'alcool », ce qui pourrait les amener à envisager une sanction qui prendrait notamment la forme d'une obligation à se soigner¹⁶. Les justiciables se positionnent de deux

16. Cela ne concernait, au moment où nous avons réalisé cette enquête, que le sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins. Depuis le 15 août 2014, une nouvelle modalité de sanction – la contrainte pénale – a été introduite ; elle peut également comporter une obligation, pour les justiciables, à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins ». Nous ne développerons pas les usages de sanctions pénales dont la principale modalité est le soin ; elles mériteraient certainement d'être davantage investiguées.

manières distinctes face aux questions qui leur sont posées par les magistrats. Certains se présentent comme des « malades », tandis que d'autres expliquent être des « consommateurs occasionnels ».

Dans le premier cas de figure, les justiciables introduisent à la manière d'une circonstance atténuante – en dépit de la disparition de ces dernières du Code pénal en 1994 – ce qu'ils présentent comme une maladie. Alors qu'il comparaît pour du transport, de la détention, de l'offre ou cession, de l'acquisition et de l'usage de cocaïne et de cannabis, un homme de 32 ans explique par exemple aux juges : « Je ne suis pas un dealer, je suis un toxicomane qui n'a pas les moyens de financer sa consommation. » De la même manière, Amin, condamné à plusieurs reprises dans des affaires de stupéfiants et incarcéré au moment où nous le rencontrons, soutient qu'une personne poursuivie pour un vol ou de l'offre ou cession de stupéfiants à tout intérêt à se présenter comme un toxicomane :

« [À mon procès] je n'ai parlé que de la toxicomanie [et pas de mon hépatite C]. Ils voulaient savoir... Tandis qu'avant la toxicomanie c'était une circonstance atténuante, maintenant c'est une circonstance aggravante alors... Les gars, il faut mieux qu'ils se taisent, à part si c'est des trafiquants. Là il faut qu'ils disent qu'ils vendent pour financer leur conso. Si la personne a volé ou... bon faut qu'elle dise que c'est pour sa conso aussi. »

(Amin, 38 ans, incarcéré depuis six mois, en maison d'arrêt).

Dans le second cas de figure, et bien que parfois encouragés par les magistrats à parler d'un problème de santé, les prévenus refusent d'être considérés comme des « malades ». Ils isolent comme des faits rares (voire uniques) ce qu'ils présentent davantage comme des pratiques. C'est le positionnement que défend un homme poursuivi pour la conduite d'un véhicule à moteur sous l'empire d'un état alcoolique. Condamné quinze fois pour des faits similaires, il avait demandé un délai pour préparer sa défense, trois semaines plus tôt, et les juges avaient statué sur un placement en détention provisoire. Il comparaît donc détenu le jour de son procès. La présidente, après lui avoir demandé s'il conservait son emploi malgré sa détention provisoire, lui dit : « Vous avez manifestement un problème avec l'alcool. » Il répond : « Non, c'est seulement festif. » Elle poursuit néanmoins : « Mais vous êtes suivi pour cette dépendance ? » L'homme conserve sa position : « Je n'ai pas de traitement parce que je n'ai pas de dépendance. »

Si la maladie est un registre que les magistrats explorent systématiquement dans une logique d'individualisation de la peine, certains délits et/ou circonstances aggravantes les amènent à insister encore davantage sur celui-ci. Les réponses que donnent les prévenus aux questions qui leurs sont posées sur leur éventuels problèmes de santé n'opposent pas justiciables malades et justiciables en bonne santé, mais elles distinguent des justiciables se présentant comme « malades » de justiciables se présentant comme « en bonne santé ».

Taire une maladie : trois modes de justifications rétrospectifs de la dissimulation d'une maladie au cours du procès

Il y a, parmi les justiciables indiquant ne pas avoir de problèmes de santé au cours de leur procès, des personnes qui s'étaient vu diagnostiquer par leur médecin une maladie. Nous distinguons trois modes de justification rétrospectifs, par les justiciables, de la dissimulation d'une maladie au cours du procès pénal : la revendication d'un droit à l'intimité, le refus de la pitié et la crainte d'une stigmatisation.

Certains justiciables annoncent ne pas avoir de problèmes de santé pour revendiquer leur droit à l'intimité : ils estiment que l'institution judiciaire n'a pas à connaître leur état de santé. Christine, une femme de 24 ans asthmatique et souffrant depuis plusieurs années de douleurs consécutives à un accident de scooter, explique, lorsque nous la rencontrons dans l'établissement pénitentiaire où elle est détenue, être « passée six fois au tribunal », toujours en comparution immédiate depuis sa majorité, et n'avoir « jamais parlé de [ses] problèmes de santé » parce que « ça les regarde pas ! » D'autres refusent d'évoquer leur maladie pour ne pas susciter la pitié et bénéficier d'un éventuel traitement de faveur. C'est ainsi qu'Ahmed, incarcéré depuis quatre mois en maison d'arrêt, justifie le fait de ne pas avoir parlé de son asthme au cours de son procès. Il estime que cela équivaldrait à « sortir les disquettes¹⁷ pourries » pour susciter la « pitié » des magistrats.

« Je veux pas que [mon asthme] soit abordé [pendant les procès]. [...] Quand il y en a un qui va tuer quelqu'un, ouais ils vont regarder son passé psychologique, ouais il a été maltraité, son père, il l'a tapé, toujours on va sortir les disquettes pourries. Moi j'ai pas envie qu'on me sorte des disquettes, que parce que je suis malade on va avoir pitié de moi. Parce que je suis malade alors je rentre pas en prison ? Non. J'ai fait, je suis comme les autres, je dois payer ma dette et c'est tout. »

(Ahmed, 35 ans, incarcéré depuis quatre mois, en maison d'arrêt).

Le troisième type de justification rétrospectif de la dissimulation de problèmes de santé au cours du procès s'inscrit dans une volonté de garder le contrôle de l'information pour protéger son identité personnelle (Goffman, [1963], 1975) face au potentiel discréditant de sa pathologie. Il s'agit de cacher un événement qui, associé dans ses représentations à des comportements stigmatisés, est perçu comme pouvant peser négativement sur la détermination de la sanction. Évelyne, atteinte d'une maladie cardiovasculaire et séropositive au VIH, ne souhaitait pas que cette dernière soit révélée au cours de son procès car ce n'est « pas quelque chose qui aide ».

« Ils en ont parlé du VIH. Oui, je dis "ils" parce que c'était pas moi. Le procureur en a parlé. Forcément ! Pour moi, il fallait pas le dire, c'est pas quelque chose qui aide, forcément. »

(Évelyne, 48 ans, incarcérée depuis six ans, en centre de détention).

Dans le cas de maladies associées, dans les représentations, à des comportements stigmatisés comme le VIH/sida ou le virus de l'hépatite C, et lorsque les prévenus ont confié pendant leur ESR avoir un problème de santé, les juges peuvent avoir eux aussi des difficultés à aborder ce sujet au potentiel stigmatisant au cours des débats.

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

(Albert, 53 ans, président d'une chambre de comparution immédiate).

À l'inverse, et de manière sans doute plus marginale, certains justiciables s'estimant en bonne santé indiqueraient néanmoins aux juges qu'ils sont malades dans l'espoir d'une sanction plus clémente. Nous n'avons pas recueilli d'expériences de

17. L'expression « sortir une disquette » peut à la fois signifier raconter un mensonge et donner une excuse peu crédible. Ahmed l'emploie ici dans ce second sens.

personnes ayant eu recours à ce positionnement. C'est néanmoins une posture que sous-entend un juge, au cours d'une audience, en relevant sur un ton méfiant : « C'est quand même bizarre tous ces Géorgiens sans papiers qui disent avoir une hépatite C et être en France pour se soigner. Ils se sont passé le mot ou quoi ? » Selon lui, ces derniers espéreraient justifier leur situation irrégulière sur le territoire français par l'invention, au moment du procès, d'une maladie nécessitant une prise en charge médicale indisponible dans leur pays d'origine.

Les malades qui se soignent sont « protégés » de la prison, les malades qui ne se soignent pas y sont plus souvent directement conduits

Nous proposons d'objectiver, par l'analyse quantitative, les effets de la révélation d'une maladie au cours du procès sur la sentence pénale. L'état de santé déclaré est étroitement corrélé à de nombreuses variables. Parmi la population générale, les personnes âgées (Célant *et al.*, 2014), les migrants (Jusot *et al.*, 2009) et les personnes précaires (Ross et Mirowsky, 1995 ; Cambois, 2004, p. 108-109) déclarent davantage souffrir de maladies que les jeunes, les nationaux et les plus aisés. Il en est de même pour les comportements face à la maladie. La fréquence de recours aux services biomédicaux – et donc également au diagnostic biomédical – n'est pas la même pour les hommes et les femmes (Nathanson, 1977 ; Verbrugge, 1989 ; Mormiche, 1993, p. 48), pour les immigrés et les nationaux (Delbecchi *et al.*, 1999 ; Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet et Jusot, 2012) et elle est intrinsèquement liée au milieu social (Boltanski, 1971, p. 210 ; Parizot, 2003 ; Desprès *et al.*, 2011 ; Desprès, 2013). Pour ce qui concerne plus précisément la population pénale, des travaux ont montré que les personnes faisant part d'un problème de santé (psychiatrique, d'addiction ou somatique) lors de procès de comparution immédiate sont également surreprésentées parmi celles ayant le casier judiciaire le plus chargé (Welzer-Lang et Castex, 2012, p. 71). Par conséquent, une analyse bivariable du lien entre état de santé et sanction pénale pourrait seulement révéler les effets d'autres variables qui pèsent sur la détermination de la sentence telles que le passé pénal, le genre, la nationalité ou encore le milieu social d'appartenance.

Nous avons construit des modèles de régression afin de contrôler les effets de variables, autres que celles de santé, pesant sur la construction de la sentence pénale. Parce qu'elle est au centre des débats d'audience, c'est la condamnation à une peine de prison ferme directement mise à exécution que nous avons retenue comme variable dépendante dichotomique pour distinguer deux issues des procès dans nos modèles statistiques.

Dans la première issue (ou modalité), les justiciables quittent librement le tribunal à l'issue du verdict ; ils ne sont pas condamnés à une peine de prison ferme directement mise à exécution. Cela concerne deux tiers des condamnés (Annexe 6). La moitié d'entre eux est condamnée à une peine autre que la prison ferme (amende, sursis, sursis avec mise à l'épreuve, etc.) et l'autre moitié à une peine de prison ferme qui n'est pas mise à exécution (à laquelle s'ajoute pour certains une seconde peine, autre que la prison ferme). Ces derniers pourront encore rencontrer un juge de l'application des peines qui transformera éventuellement leur peine de prison ferme en une autre sanction.

Dans la seconde issue (ou modalité), les justiciables sont condamnés à une peine de prison ferme directement mise à exécution. Les juges décernent un mandat de dépôt (dans le cas de prévenus qui n'étaient jusqu'alors pas détenus) ou ordonnent le maintien en détention (dans le cas de prévenus qui, à la suite d'un renvoi, étaient déjà détenus). Dans les deux cas, ils vont en prison à l'issue de l'annonce de leur condamnation. Un condamné sur trois quitte le tribunal menotté, sous escorte, et est directement conduit dans un établissement pénitentiaire pour exécuter sa peine.

Outre les événements de santé, les variables indépendantes introduites dans nos modèles se rapportent aux caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, nationalité, situations familiale, d'emploi et de domicile) et aux caractéristiques pénales (état du casier judiciaire, nombre d'infractions commises et circonstances aggravantes) des justiciables.

Un premier modèle (Tableau 1) montre que le fait d'avoir (ou non) révélé un problème de santé au cours du procès n'a pas d'effet statistiquement significatif sur le fait d'être (ou non) directement transféré en détention à l'issue du prononcé de la condamnation. Nous retrouvons, dans ce tableau, des déterminants de la sanction pénale mis en avant dans des travaux antérieurs¹⁸. Toutes choses égales par ailleurs, les étrangers sont plus souvent directement transférés en détention à l'issue du prononcé de leur condamnation que les Français. À l'inverse, les jeunes majeurs (18-20 ans) sont relativement protégés d'une peine de prison ferme directement mise à exécution, tout comme les justiciables ayant une activité professionnelle. Le passé pénal est fortement discriminant : plus les justiciables ont de condamnations à leur casier judiciaire et plus ils risquent d'être directement conduits en prison. Au cours des débats, lorsque les justiciables révèlent un problème de santé, les juges leur posent systématiquement des questions sur leur engagement dans une prise en charge médicale.

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

(Albert, 53 ans, président d'une chambre de comparution immédiate).

Les juges déclinent leurs interrogations sur la prise en charge médicale en deux types de question, d'une part sur la prise régulière d'un traitement médicamenteux et d'autre part sur les rendez-vous médicaux.

Un homme de 42 ans comparaît pour un vol (de numéraire et d'un tiroir-caisse) dans un bureau de tabac avec deux circonstances aggravantes (l'effraction et l'état de récidive légale). Après la lecture de son identité et des infractions qui lui sont reprochées, le président lève les yeux de son dossier et lui dit : « Avec votre description, ça n'a pas été difficile de vous retrouver ! » L'homme est vêtu d'un short de bain coloré malgré de basses

18. Ce n'est pas le cas du sexe, qui n'a pas d'effet significatif sur l'issue du procès dans nos résultats. Cela peut s'expliquer par notre échantillon (n = 290) qui ne compte que 21 femmes et ne permet peut-être pas de dresser des oppositions significatives. Nous pouvons également supposer que le tri effectué en amont du procès jugé en comparution immédiate éloigne en partie de ce mode de justice les femmes qui se conforment aux rôles sociaux associés à la féminité et, pour cela, davantage protégées du contrôle pénal (Cardi, 2009). Enfin, une proportion importante des femmes de notre échantillon est originaire d'Europe de l'Est ; ces femmes pourraient subir un traitement semblable à celui observé par Arthur Vuattoux (2015) dans sa recherche sur la justice des mineurs et, pour reprendre l'expression qu'il emploie, être considérées par les magistrats comme « des hommes comme les autres ».

températures. Après la lecture du bulletin n° 1 de son casier judiciaire, le juge s'adresse à nouveau à lui : « Votre mère dit que vous êtes actuellement sans domicile et qu'elle vous héberge de temps à autres. Vous n'êtes plus en appartement thérapeutique depuis [trois mois]. Je lis que vous avez une hépatite C et que vous êtes un ancien polytoxicomane. Vous voulez nous en dire plus ? » Le prévenu répond : « Je suis en ambulatoire. » Le président reprend : « Et vous n'aviez plus de traitement, c'est ça ? » L'homme acquiesce. Le président demande alors : « Vous voulez ajouter quelque chose ? » et le prévenu répond : « Oui, je veux vous dire que j'ai besoin de soins, si vous pouviez me mettre sous contrôle judiciaire. »¹⁹. Le juge lui demande : « Mais alors, pourquoi vous avez quitté l'appartement thérapeutique ? » Le prévenu s'explique : « Parce que j'ai été viré. J'avais hébergé mon amie dans l'appartement. »

L'intérêt des juges pour les prises en charge médicales engagées par les justiciables nous conduit à distinguer trois situations, dans un second modèle (Tableau 2), selon que ces derniers : 1) déclarent n'avoir pas de problème de santé ; 2) déclarent avoir un problème de santé associé à un suivi médical²⁰ ; 3) déclarent avoir un problème de santé et n'avoir pas de suivi médical. Un effet propre émerge²¹.

Une personne déclarant l'absence de problème de santé est trois fois plus souvent condamnée (plutôt que non condamnée) à une peine de prison ferme directement mise à exécution qu'une personne révélant un problème de santé associé à un suivi médical. Une personne révélant un problème de santé et l'absence de suivi médical est, quant à elle, sept fois plus souvent condamnée (plutôt que non) à une peine de prison ferme directement mise à exécution qu'une personne révélant un problème de santé et une prise en charge médicale.

Les justiciables qui font état d'un problème de santé suivi médicalement sont « protégés » de la prison par rapport à ceux annonçant l'absence de problème de santé, alors que les justiciables révélant un problème de santé et l'absence de suivi médical sont plus souvent directement conduits en prison comparativement à ces derniers. La prise en charge médicale « protège » d'un transfert en prison lorsqu'elle est effective, tandis que, lorsqu'elle est absente, elle « aggrave » la sanction. Ces résultats posent la question des procédés par lesquels les avocats et les magistrats mobilisent la maladie dans leurs plaidoiries, leurs réquisitoires, et pour justifier les condamnations rendues.

19. S'agissant d'une audience de jugement (et non pas sur les conditions d'un renvoi), et le contrôle judiciaire n'étant pas une modalité de sanction pénale, l'homme sollicite une mesure à laquelle il ne peut pas être soumis.

20. Dans les cas où les justiciables ont révélé plusieurs problèmes de santé au cours de leur procès, nous avons codé qu'ils avaient fait état d'un suivi médical quand c'était le cas pour au moins l'un des problèmes de santé révélés.

21. L'effet de l'état de santé des justiciables sur la détermination de la sanction est nul

lorsqu'on considère la variable « Événements de santé » au niveau global (Tableau 1), mais un effet propre émerge lorsqu'on la considère conditionnellement au fait qu'elle est associée (ou non) à un suivi médical (Tableau 2). La modalité « Un (ou des) problème(s) de santé » oppose deux populations pour lesquelles la réponse pénale est fortement différenciée et conditionnelle à une autre variable (le fait de se soigner ou non). Au niveau global, ces deux situations se compensent, l'effet propre est nul ; au niveau conditionnel, un effet propre émerge.

TABEAU 1. – Effets de l'état de santé sur le risque d'être directement conduit en détention à l'issue du prononcé de la condamnation pénale

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

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate entre septembre 2010 et août 2011 à Paris.
Lecture : Seuil de significativité * = 10 % , ** = 5 % , *** = 1 %. Les résultats significatifs apparaissent en gras.

TABLEAU 2. – Effets de l’engagement dans une prise en charge médicale sur le risque d’être directement conduit en détention à l’issue du prononcé de la condamnation pénale

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

Champ : Personnes condamnées en comparaison immédiate entre septembre 2010 et août 2011 à Paris.
Lecture : Seuil de significativité * = 10 % , ** = 5 % , *** = 1 %. Les résultats significatifs apparaissent en gras.

La maladie comme procédé argumentatif dans la négociation et la justification de la sanction

La maladie est mobilisée comme un argument dans la négociation et la justification de la sanction par les avocats de la défense et les magistrats. En analysant leurs plaidoiries, leurs réquisitoires et leurs justifications des sanctions à l'annonce des verdicts²², nous distinguons quatre procédés argumentatifs qui renvoient, chacun, à une représentation distincte de la maladie comme priorité, souffrance ou contrainte, et de la prison comme ultime lieu de soin.

La maladie comme priorité : soigner un malade plutôt que sanctionner un délinquant

Un premier procédé argumentatif associe des problèmes de santé à une priorité. Les avocats de la défense argumentent que leurs clients ne sont pas des délinquants mais qu'ils sont avant tout des malades et qu'il ne faut par conséquent pas les sanctionner mais les soigner.

Dans certains cas, c'est parce que les problèmes de santé sont introduits comme à l'origine des actes délictueux qu'ils sont présentés comme une priorité. L'avocat d'un homme, poursuivi pour des violences en état d'ivresse, plaide que ce dernier « a de gros problèmes d'alcool », puis suggère « nous pourrions peut-être envisager que mon client ait une obligation de soins et qu'il se rende chez un alcoologue ». De la même manière, une avocate plaide : « Ce monsieur est malade ! Il est en état de manque, on le voit bien aujourd'hui dans le box. [...] Aujourd'hui, je crois que ce qu'il faut avant tout c'est le forcer à continuer ses soins. Il faut absolument l'obliger à se soigner. » Par ce procédé argumentatif, les avocats de la défense mettent en avant la toxicomanie et/ou l'alcoolisme de leurs clients pour soutenir une condamnation à un sursis avec mise à l'épreuve comportant des obligations de soins plutôt qu'une peine de prison ferme.

Dans d'autres cas, la maladie est introduite comme plus prioritaire que l'infraction sur une échelle de gravité, sans pour autant être associée à un lien de cause à effet. Un avocat plaide : « Monsieur M. a certes trente-huit condamnations à son casier judiciaire, mais il a aussi de lourds problèmes de santé. [...] Nous ne sommes pas médecins ! Monsieur M. serait sans doute mieux à l'hôpital. » Les avocats déplacent le curseur du délit à la maladie, et plaident l'hôpital plutôt que la prison. Ce procédé n'est jamais mobilisé par les procureurs.

La maladie comme souffrance : susciter la compassion des juges

Un deuxième procédé argumentatif par lequel les problèmes de santé sont mobilisés s'articule autour de la souffrance que ceux-ci impliquent. Ce procédé est

22. Ces dernières sont néanmoins rares. Les juges annoncent les sanctions à un rythme soutenu à l'ensemble des justiciables, à l'issue des suspensions d'audience pour délibération, le plus souvent sans faire de commentaires. Il est fréquent que les justiciables ne comprennent pas, voire n'entendent pas, leur sentence. Les proches des prévenus venus assister à l'audience n'ont, quant à eux, souvent pas le temps de pénétrer à nouveau dans la salle d'audience entre le moment où les juges reprennent l'audience et celui où ils achèvent d'annoncer l'ensemble des verdicts.

également exclusivement mobilisé par les avocats de la défense, qui soutiennent qu'une condamnation à de la prison ferme constituerait une souffrance supplémentaire pour les justiciables malades. L'avocat d'un homme poursuivi pour un recel en récidive et une conduite sous l'empire d'un état alcoolique plaide que la prison « n'est pas du tout adapté[e] à cet homme qui a de multiples pathologies, qui souffre d'épilepsie et qui est handicapé à 80 % ». Il achève son propos en demandant : « Vous pensez vraiment que le milieu carcéral lui est approprié ? »

Ce procédé est souvent mobilisé par les avocats lorsque leurs clients sont déjà détenus. Un juge, s'adressant à l'avocat d'une femme bosniaque en détention provisoire depuis le renvoi de son procès six semaines plus tôt, relève : « Je crois qu'elle a de graves problèmes de santé. Elle accepte de les dire ou elle préfère garder le silence ? Elle n'est pas obligée mais bon... » La femme répond : « J'ai un cancer. J'ai été opérée. » L'avocat qui la défend revient, dans sa plaidoirie, sur les conditions de sa détention : « Madame le procureur requiert du ferme ! Pourtant on est sur une détention qui est extrêmement difficile. Son traitement est interrompu depuis six semaines parce que ses ordonnances venaient de Belgique. On lui a fait des analyses en prison, mais les résultats ne sont pas encore connus. Qu'on se le dise, tout le monde se moque bien de cette Madame M. qui a un cancer. Le choc carcéral est énorme pour cette femme. Elle a déjà fait un mois et demi de prison ! Je ne vous demande qu'une chose : augmentez le *quantum* mais laissez-la sortir à la fin de cette audience. »

Ce procédé argumentatif s'inscrit dans une volonté de susciter la compassion des juges. Il transparaît également parfois à travers la manière dont les avocats décrivent ou désignent leurs clients dans leurs plaidoiries. L'avocat d'un homme présenté comme « très malade » par la présidente de la chambre interpelle les juges en s'exclamant : « Regardez-le, il tient à peine debout ! », quand l'avocate de deux hommes comparaissant dans la même affaire les distingue dans sa plaidoirie en les désignant pour l'un comme « celui qui est père de deux enfants » et pour l'autre comme « celui qui est handicapé ».

La maladie comme contrainte : éviter une peine de prison qui mettrait fin à une prise en charge médicale

Un troisième procédé argumentatif s'appuie sur l'aspect contraignant de la prise en charge médicale du problème de santé. Il s'agit du seul procédé argumentatif qui est autant mobilisé par la défense que par l'accusation, qui soutiennent qu'un transfert en détention interromprait leur suivi médical.

Ce procédé argumentatif est régulièrement mobilisé par les procureurs et les avocats dans le cas de justiciables ayant débuté des soins après des années d'errance et de multiples condamnations. Au cours de son réquisitoire, un substitut du procureur fait état des difficultés qu'elle a rencontrées pour requérir une peine à l'encontre d'un homme comptant plus d'une trentaine de condamnations et suivi depuis peu pour sa toxicomanie et son hépatite C par un travailleur social et par l'équipe médicale d'un hôpital : « Est-ce que ce soir Monsieur E. dort en prison et perd le suivi qu'il est parvenu à mettre en place ? Nous, parfois au parquet, on se demande : "Mais qu'est-ce que je vais pouvoir requérir ?" Alors je vous demande d'entrer en voie de condamnation à l'encontre de Monsieur E. et de le condamner à quatre mois de prison dont deux avec sursis et mise à l'épreuve comportant des obligations de travail, de domicile et de soins. Et de ne pas décerner mandat de dépôt. » Un substitut du procureur

résume ce procédé argumentatif ainsi à la fin d'un réquisitoire : « Je ne demande pas que soit décerné mandat de dépôt parce que monsieur D. est bien encadré. L'incarcérer serait dramatique. » La défense et l'accusation associent l'engagement dans une prise en charge médicale à une forme d'« insertion » ou de « réinsertion ». Un avocat plaide que son client « a un casier chargé mais qui date. Depuis trois ans, il essaie de sortir la tête de l'eau. C'est un ancien toxicomane, quelqu'un a qui été dépendant à l'héroïne. Il est hébergé et aidé par une association. Il suit également un traitement par de la méthadone. S'il était incarcéré, il perdrait le bénéfice de cette association et du suivi qu'il est parvenu à mettre en place ». Il conclut son allocution en insistant sur le fait que « ce ne sont pas des blouses noires qui doivent le juger mais des blouses blanches qui doivent le soigner », puis il demande aux juges « de prononcer un sursis afin qu'il puisse poursuivre sa réinsertion ».

Ce procédé argumentatif n'est néanmoins pas uniquement mobilisé dans le cas de justiciables en situation de précarité. Lorsque les justiciables font état d'autres formes d'« insertion », leurs avocats mettent en avant la contrainte quotidienne que représente leur prise en charge médicale. Un avocat plaide : « Il vous l'a expliqué, il a un cancer du larynx, il vous a dit dans quel hôpital il était suivi ainsi que le nom du médecin qui le reçoit. Il m'a dit qu'on lui avait fait plusieurs scanners. Je vous demande de prendre une mesure qui lui permettrait de se soigner. »

La prison comme lieu de soin : emprisonner pour soigner

Un quatrième procédé argumentatif s'articule autour de la mise en avant de l'opportunité de soins en milieu carcéral. Ce procédé est exclusivement mobilisé par les magistrats du parquet pour requérir une peine de prison ferme et par les magistrats du siège pour justifier une condamnation à de la prison ferme. Dans ses réquisitions à l'encontre d'un usager de drogue accusé de plusieurs vols et en état de récidive légale, un substitut du procureur insiste sur le fait que « la prison peut contenir Monsieur J. en lui proposant un sevrage et du recul sur sa situation », puis il poursuit « il pourra ainsi profiter du très cossu SMPR [Service médico-psychologique régional] de la [prison de la] Santé qui prend parfaitement bien en charge ses patients ». De même, les magistrats du siège justifient parfois des peines d'emprisonnement « pour soigner » :

Un homme comparaît pour des infractions à la législation sur les stupéfiants (acquisition, détention, cession et usage de cocaïne) en récidive. La juge présidant l'audience lit en silence son ESR puis relève : « Ah vous êtes asthmatique ? Eh bien ! Avec toute la cocaïne que vous consommez, ça ne doit pas vous arranger ! » Elle poursuit sa lecture à voix haute : « fatigué physiquement et moralement », lève le nez du dossier, et commente : « ça se voit ! » Tandis que le substitut du procureur demande à ce que la peine plancher – quatre ans de prison – soit appliquée « car [il] n'a aucune garantie de réinsertion », l'avocate de la défense souligne, elle, que « l'état de santé de Monsieur V. ne va que davantage s'aggraver s'il est incarcéré ». À l'issue de la suspension d'audience, l'homme est déclaré coupable et il est condamné à quatre ans de prison dont huit mois assortis d'un sursis avec mise à l'épreuve. À l'annonce de la sentence, il s'exclame : « Trente mois²³ ! C'est beaucoup pour quelqu'un qui doit se soigner ! » La présidente lui répond : « Eh bien justement ! Comme ça, vous pourrez vous soigner en prison. »

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

Ce procédé s'appuie parfois sur la demande du prévenu lui-même. La situation de l'extrait de procès qui suit est néanmoins rare ; un homme supplie le tribunal de l'incarcérer car il estime qu'il s'agit pour lui de l'ultime solution pour se soigner. Le magistrat du parquet requiert en ce sens :

L'avant-veille de son procès, un homme a contacté lui-même la police afin d'être interpellé pour « cesser [sa] consommation de crack » qui est d'« environ cinq grammes de crack par semaine », explique-t-il aux juges. Au moment de son interpellation, « les policiers ont trouvé un gramme de la substance à [son] domicile », résume le président. Surpris par sa démarche, il lui demande : « Mais vous n'avez jamais rien tenté pour vous sevrer ? » L'homme lui répond : « Non, je ne sais pas comment faire ; pour moi, c'était la seule solution. » Le substitut du procureur rappelle que : « Pourtant [il] avait une mise à l'épreuve d'une précédente affaire avec, notamment, une obligation de soins. » Le prévenu lui explique : « J'avais rendez-vous [dans une semaine], mais rien avant et je n'en pouvais plus. » Dans ses réquisitions, le procureur révèle : « Je n'ai pas d'explications de ce dossier. Monsieur W. m'a dit clairement qu'il voulait aller en prison donc je requiers trois mois avec mandat de dépôt. » L'avocat de la défense prend la parole pour une plaidoirie dans laquelle il n'aborde ni la situation ni l'affaire de son client mais argumente en faveur d'une modification de l'architecture de la salle d'audience qui ne permettrait pas l'égalité des armes entre l'accusation, positionnée sur une estrade à la même hauteur que celle des juges, et la défense, qui est au niveau du sol. L'homme est condamné à la peine requise par le parquet.

Les avocats de la défense associent, dans leurs plaidoiries, ces trois premiers procédés argumentatifs que nous distinguons²⁴ dans une même ambition : éviter que leurs clients soient condamnés à de la prison ferme. Ils plaident à la fois la maladie – comme priorité et comme souffrance – et la prise en charge médicale, comme contraignante. En revanche, les magistrats mobilisent la maladie à travers deux de ces procédés dans des ambitions opposées : épargner un justiciable qui se soigne d'une peine de prison ferme et soutenir que la prison peut soigner. Contrairement aux avocats, les magistrats ne mobilisent la maladie que sous le spectre de sa prise en charge médicale.

Des *impératifs normatifs* à partir desquels se construit la décision judiciaire

Les procédés par lesquels les différents participants des procès mobilisent la maladie et ses effets potentiellement « protecteurs » ou « aggravants » sur la sentence pénale – selon qu'elle est ou non associée à un suivi médical – révèlent trois *impératifs normatifs* qui pèsent sur l'ensemble des justiciables traduits devant ces tribunaux et à partir desquels les juges construisent leur décision : un impératif de crédibilité, un impératif d'« insertion sociale » et un impératif de contrôlabilité.

Un impératif de crédibilité

L'impératif de crédibilité ressort de l'injonction qui pèse sur les justiciables à apporter la preuve de ce qu'ils avancent. Tous les appuis par lesquels ils pourraient prouver leurs propos – et par là construire leur crédibilité – ne sont pas admis dans l'arène ; nous l'avons vu, il n'est par exemple pas toléré d'apporter

24. Voir, en Annexe 7, la retranscription intégrale d'une plaidoirie qui rend compte de la mobilisation successive de ces trois procédés argumentatifs.

la preuve d'un problème de santé par la démonstration physique de stigmates corporels. Deux opérations d'administration de la preuve sont admises en comparaison immédiate.

La production d'un justificatif est l'une de ces opérations. Les conditions et le temps de la procédure des comparutions immédiates la rend complexe pour les justiciables, qui n'ont pas l'opportunité de réunir eux-mêmes des documents sur lesquels s'appuyer (un contrat de travail, une attestation d'hébergement, un certificat médical, etc.) depuis la cellule où ils sont gardés à vue et celle du dépôt où ils attendent leur procès. Seuls les justiciables les moins isolés socialement peuvent compter sur leurs proches pour transmettre à leurs avocats un certain nombre de ces appuis matériels. La confirmation par autrui – autre opération d'administration de la preuve – est conduite par les enquêteurs sociaux qui, nous l'avons vu, joignent par téléphone les employeurs des prévenus pour vérifier leur activité professionnelle, les conjoints ou parents pour vérifier leur situation familiale, leurs médecins pour vérifier les problèmes de santé qu'ils déclarent, etc.

Quelle que soit l'opération d'administration de la preuve, seuls les justiciables qui se soignent sont ainsi en mesure d'apporter la preuve qu'ils sont malades, par la production d'un certificat médical et/ou par la confirmation de l'information par leur médecin. L'autorité médicale corrobore leurs propos ; ils apparaissent comme crédibles : ils sont de « vrais malades ». En revanche, les justiciables qui déclarent être malades mais qui ne se soignent pas ne peuvent pas apporter la preuve de ce qu'ils avancent. En révélant cette information sans pouvoir la prouver, ils peuvent alors ne pas être seulement considérés comme des personnes potentiellement « en bonne santé » mais également comme des « faux malades », des usurpateurs. Ils perdent de la crédibilité.

Un impératif d'« insertion sociale »

L'impératif d'« insertion sociale » est certainement l'impératif normatif qui pèse sur les justiciables le plus explicite car il est formulé ainsi par les différents professionnels (enquêteurs sociaux, magistrats, avocats) qui questionnent les justiciables. Après avoir ouvert un certain nombre de registres – tels que la santé, le travail, le logement, etc. –, ils mettent en avant leurs « efforts de réinsertion » ou, au contraire, soulignent leurs « problèmes d'insertion sociale ».

L'engagement dans une prise en charge médicale est interprété dans cette arène comme un « gage d'insertion sociale » (ou de « réinsertion sociale »), au même titre que le fait d'être marié ou d'avoir un contrat de travail. Ces différentes institutions – le médical, la famille, le travail, etc. – sont perçues par les magistrats comme des mécanismes d'intégration sociale pouvant être mis à mal par l'enfermement carcéral (Vanhamme, 2009, p. 206). Les justiciables perçus comme intégrés socialement sont davantage épargnés d'une peine de prison ferme.

Ainsi, en tenant compte du degré d'« insertion sociale » des justiciables dans leurs prises de décision, les juges condamnent moins sévèrement un justiciable malade qui, ayant recours à des soins, est engagé dans ce qu'ils traduisent comme une forme de participation à la société. À l'inverse, les justiciables qui expliquent être malades et ne pas se soigner révèlent un défaut à cet impératif.

Un impératif de contrôlabilité

L'impératif de contrôlabilité est davantage implicite. Il renvoie à la dimension de contrôle (effectif ou potentiel) que des institutions exercent (ou pourraient exercer) sur les justiciables. Il ressort de l'intérêt des magistrats pour tout élément qui contraint les justiciables ou qui pourrait exercer sur eux une contrainte. Se rendent-ils régulièrement dans un hôpital pour se soigner ? Ont-ils des horaires et un contrat de travail ? Une adresse à laquelle ils habitent ?

Plus les justiciables font état de différentes formes de contrôle qui s'exercent sur eux, plus ils sont épargnés par le contrôle pénal. À travers le contrôle qu'exerce l'institution médicale sur eux, les justiciables qui se soignent révèlent une plus forte contrôlabilité. À l'inverse, les justiciables dont l'audience révèle une faible contrôlabilité – comme des justiciables malades et qui ne se soignent pas, qui n'ont pas de travail, pas de conjoint, pas de logement, etc. – sont plus souvent directement transférés en prison. Le contrôle pénal s'exprime avec d'autant plus de force que la contrôlabilité des justiciables est faible.

Ces trois impératifs renvoient chacun à une strate différente : l'impératif de crédibilité à une strate individuelle, l'impératif d'insertion sociale à une strate interactionnelle et l'impératif de contrôlabilité à une strate institutionnelle. Ainsi la prise en charge médicale protège les justiciables malades qui se soignent à trois niveaux : à travers la preuve qu'apporte l'autorité médicale de la maladie, rendant ainsi les justiciables crédibles, à travers l'« insertion sociale » dont rendent compte les justiciables qui ont des interactions régulières avec un (ou des) soignant(s) et à travers la plus forte contrôlabilité des justiciables confrontés à l'institution médicale. À l'inverse, les justiciables qui indiquent être malades et ne pas se soigner cumulent trois défauts à ces impératifs : ils perdent de la crédibilité, révèlent un défaut d'« insertion sociale » et une faible contrôlabilité.

*

* *

Nous proposons d'examiner l'intégration d'une approche sanitaire dans l'arène pénale à travers l'analyse des procédés par lesquels la maladie est mobilisée au cours de procès de comparution immédiate et de ses effets sur la détermination de la sentence.

Nous avons montré que les prévenus ont systématiquement à répondre à des questions concernant leurs éventuels problèmes médicaux quelques minutes avant l'audience, face à un enquêteur social, puis pendant leur procès lorsque les juges examinent leur « personnalité ». Tous sont ainsi incités à révéler un « problème de santé ». Face à cette injonction à parler d'éventuels problèmes médicaux, les prévenus développent différentes stratégies (dire, montrer, parler de « consommation », taire). Ces stratégies nous renseignent finalement sur les marges de manœuvre qu'ils ont – ou cherchent à avoir – sur la décision que prendront les juges.

La toxicomanie et l'alcoolisme sont les événements de santé les plus discutés au cours de ces audiences. Tous deux soulèvent des interrogations supplémentaires pour les juges qui les supposent à l'origine de certains délits et les conduisent, parfois, à envisager des sanctions dont la principale modalité serait le soin. Pour autant, les justiciables qui révèlent avoir un cancer, une hépatite C ou de l'asthme ont à répondre à la même question que ceux qui parlent de toxicomanie ou d'alcoolisme :

se soignent-ils ? De fait, les analyses statistiques montrent que la maladie a un effet potentiellement « protecteur » sur le risque d'être directement conduit en prison à l'issue du procès lorsqu'elle est associée à un suivi médical et potentiellement « aggravant » lorsque les justiciables ne sont pas engagés dans une démarche de soins.

Chaque jour, les magistrats voient défiler dans le box des prévenus aux profils ressemblants (des hommes, jeunes, célibataires, étrangers, sans emploi, etc.) à l'encontre desquels ils doivent requérir une peine ou qu'ils doivent juger pour des affaires qu'ils estiment « simples ». Pour produire la logique d'individualisation de la peine à laquelle ils sont attachés de par leur culture professionnelle, ils explorent différents registres. La maladie n'est que l'un d'entre eux, au même titre que la situation professionnelle ou les conditions de logement des prévenus. Ces différents registres sont ensuite mobilisés comme des arguments qui justifieraient que les prévenus soient condamnés à telle peine plutôt qu'à telle autre. Ils révèlent ainsi les attentes à partir desquelles se construit la décision judiciaire. Elles prennent la forme de trois *impératifs normatifs* qui pèsent sur l'ensemble des justiciables traduits devant ces tribunaux : un impératif de crédibilité, un impératif d'« insertion sociale » et un impératif de contrôlabilité. Ces trois impératifs renforcent mécaniquement les inégalités, en conduisant à une surincarcération des justiciables les plus désaffiliés, parmi lesquels les malades qui ne se soignent pas.

Lara MAHI

*Sociologie, philosophie et socio-anthropologie politiques (SOPHIAPOL)
Université Paris Ouest Nanterre-La Défense
200 avenue de la République – 92000 Nanterre*

laramahi75@gmail.com

ANNEXES

ANNEXE 1. – *Les trente-trois variables issues
des observations ethnographiques*

Groupes de variables	Variables
« Personnalité » des condamnés	Sexe
	Âge
	Nationalité
	Situation familiale (1)
	Situation familiale (2)
	Activité professionnelle – Type d’emploi
	Domicile
	Événements de santé – Types d’événement de santé – Transmissible – Suivi médical – Volonté d’engager un suivi médical
Infractions et circonstances	Casier judiciaire
	Nombre d’infractions – Infraction principale (1) – Infraction (2) – Infraction (3) – Infraction (4) – Infraction (5)
	Circonstances aggravantes – Nombre de circonstances aggravantes – Circonstance aggravante (1) – Circonstance aggravante (2) – Circonstance aggravante (3) – Circonstance aggravante (4) – Circonstance aggravante (5)
	État de récidive
Sentence	Réquisitions
	Condamnation – Type de condamnation – <i>Quantum</i> de la peine – Mandat de dépôt/Maintien en détention

**ANNEXE 2. – Infraction principale à l'origine de la condamnation pénale
(n = 290)**

	Effectifs	Fréquences (%)
Atteintes aux personnes	72	24,8
Atteintes aux biens sans violence	32	11
Atteintes aux biens avec violence	81	27,9
Infractions à la législation sur les stupéfiants	32	11
Infractions à la législation sur les étrangers	31	10,7
Délits routiers	15	5,2
Autres	27	9,3
Total	290	100

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate entre septembre 2010 et août 2011 à Paris.

ANNEXE 3. – Profil sociodémographique des condamnés (n = 290)

	Effectifs	Fréquences (%)		Effectifs	Fréquences (%)
Sexe			Domicile		
Homme	269	92,8	A un domicile	226	77,9
Femme	21	7,2	N'a pas de domicile	64	22,1
Âge			Situation familiale (1)		
18-20 ans	59	20,3	Célibataire	236	81,4
21-25 ans	56	19,3	En couple cohabitant	54	18,6
26-35 ans	91	31,4	Situation familiale (2)		
36-45 ans	53	18,3	A un (des) enfant(s)	186	64,1
+ de 45 ans	31	10,7	N'a pas d'enfants	104	35,9
Nationalité			Événements de santé		
Française	169	58,3	Pas de « problème de santé »	200	69
Étrangère	121	41,7	Un (des) « problème(s) de santé »	90	31
Travail			– dont un suivi médical	72	24,8
A un travail	143	49,3	– dont sans suivi médical	18	6,2
– dont CDI	37	12,8	Casier judiciaire		
– dont non déclaré	34	11,7	Aucune condamnation	106	36,6
N'a pas de travail	147	50,7	Une ou deux condamnation(s)	60	20,7
– dont sans activité	143	49,3	Trois à neuf condamnations	74	25,5
– dont retraité	4	1,4	Dix condamnations ou plus	50	17,2
TOTAL	290	100	TOTAL	290	100

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate entre septembre 2010 et août 2011 à Paris.

**ANNEXE 4. – Événements introduits comme des « problèmes de santé »
au cours des audiences (n = 290)**

Événement de santé	Nombre de citations*	Fréquences (%)
Toxicomanie	25	8,6
Alcoolisme	20	6,9
Cancer	9	3,1
VIIH	7	2,4
Virus de l'hépatite C	7	2,4
Diabète	6	2,1
Épilepsie	6	2,1
Handicap physique	6	2,1
Maladies respiratoires	4	1,4
Maladies cardiaques	3	1
Virus de l'hépatite B	2	0,7
Non précisé**	4	1,4

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate entre septembre 2010 et août 2011 à Paris.

* Certains justiciables font état de plusieurs problèmes de santé.

** Il s'agit dans les quatre cas de justiciables introduits par les présidents des audiences comme « très malades » à la lecture de l'ESR puis présentés en ces mêmes termes par les substituts du procureur et les avocats, sans davantage de développements.

ANNEXE 5. – Formulaire de l'« enquête sociale rapide » conduite sur Alphonse

28/12
10

apcars association de politiques criminelle appliquée et de recherche sociale

ENQUETE SOCIALE RAPIDE

Art.17 – Loi du 601/1978 : Les personnes soumises à ce questionnaire y ont un droit d'accès et de rectification. Les réponses en sont facultatives. L'absence de réponse n'entraîne pas de sanctions judiciaires. Les destinataires de ces informations sont les autorités judiciaires. Les personnes qui ont été ou seront affectées de l'ordonnance. Elles ont fait l'objet d'une procédure de vérification lorsque des tiers, employeurs ou organismes ont pu être contactés.

NOM DE L'ENQUÊTEUR : [Nom enquêteur] POSTE : [Numéro de poste] DATE : [Date de l'enquête]

ETAT CIVIL : vérification sous compétence des services de l'Identité Judiciaire

NOM : [Nom prévenu] Prénom : Alphonse
Né le : 01.01.68 (46 ans) à : Port Louis (île Maurice) Nationalité : Française.

HABITATION

Confirmer par [Nom et prénom compagnie] se compagne

Résidence actuelle : [Adresse du prévenu] Rue Henri
Chez : locataire
Depuis : 2010 Type de logement : studio.
Adresse précédente (éventuellement) :

SITUATION PERSONNELLE ET LIENS FAMILIAUX

actuelle.
06 [Numéro de portable]

Célibataire, marié(e), vie maritale, divorcé(e), séparé(e) depuis :
Personnes à charge : 1 fil, 12 ans 1 fil, 11 ans à la charge de la mère
Parents : divorcés en 1976 - Père : 69 ans, retraité, Vity.
Mère : 64 ans, retraitée, à Marry.
Fratrie :
2 sœurs de 44 et 42 ans, en France.

Observations : Mr [Nom prévenu] a exprimé se sentir déstabilisé par la tenue des questions posées lors de cet entretien mais l'interviewé s'est tout de même montré coopératif et participatif.
Né à l'île Maurice, Mr [Nom prévenu] relate avec grand au sein d'un environnement familial complexe et empreint de violence. Elevé par sa mère et la famille de cette dernière, l'interviewé rapporte avec un de nombreux contacts avec sa mère et ce, tout au long de sa vie.
Actuellement, si l'interviewé de la famille réside en région parisienne, Mr [Nom prévenu] indique être peu lié avec cette dernière. En effet, après avoir

EMPLOI, STAGES, ETUDES, AUTRES

Confirmer par son responsable chez [Entreprise]
[Entreprise]

Situation actuelle : Agent de service dans le bâtiment.
Depuis : 2 ans
Employeur et adresse : [Adresse entreprise]
Horaires :
Type de contrat et volume horaire :
en cas de temps partiel

Mr [Nom et prénom employeur]
06 [Numéro de portable]
(+ photocopie fiche de paie)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Agence n° 2 Fagnable	Activités précédentes : 2005-2012 = intérimaire (magasinier) dans le bâtiment puis [Entreprise] Paris 15ème 2008 = agent de sécurité chez [Entreprise] Paris 12ème
Non confirmé	Niveau d'instruction : Collège - Divers : + diplômé en magasinier et bâtiment en 2005 formation AFPA
Confirmer par le docteur (Nom médecin) 01 [Numéro de téléphone]	Situation financière (revenus, dettes, charges) : - salaire de 800 euros - loyer de 575 euros charges incluses - 150 euros d'aide l'Etat (tauxen futurum) Santé : - souffre de tendinite - souffre de douleurs à l'estomac suite à des périodes de stress - aucune consommation particulière Suivis éducatifs et sociaux, actuels ou antérieurs : - suivi par une médecin psychiatrie au CHP [Adresse] 1 fois par mois - Metro [Nom station de métro] Depuis 2012.

SYNTHESE et PERSPECTIVES

été en rupture de lien avec son entourage familial durant plusieurs années, M. [Nom prévenu] explique avec les contacts très récemment avec eux sur la demande de la compagnie actuelle.

M. [Nom prévenu] connaît également une vie sentimentale chaotique. Après avoir divorcé en 2007 avec la naissance de ses 2 enfants, l'intérimaire explique que, malgré un droit de visite accordé par le juge, il n'a pas revu ses enfants depuis plus de 3 ans suite à des conflits avec les autres parents. Ainsi, l'intérimaire dit entretenir des relations tumultueuses avec sa dernière compagne qu'il aurait quittée en mai dernier après 2 ans de relation. A ce propos, M. [Nom prévenu] tend à préciser qu'il regrette avoir eu cette alternance mais atteste s'être par une personnalité violente habilement. Actuellement, l'intérimaire apparaît avec une nouvelle compagne avec qui il aurait des projets d'avenir. Cette dernière, que nous avons contactée, confirme ces éléments et dit entretenir une relation harmonieuse avec M. [Nom prévenu].

Actuellement, ce dernier semble être parvenu à stabiliser sa situation sociale et professionnelle et à son divorce en 2007 où il s'était alors.

Se retrouve en difficulté. Depuis 2010, l'interné est locataire d'un studio après avoir été hébergé par différents amis. Ainsi, après avoir effectué quelques années en internat, M. [Nom prévenu] déclare avoir été embauché dans 2 entreprises différentes, à temps partiel et en CDD. Son responsable, que nous avons contacté, atteste du comportement irréprochable de M. [Nom prévenu] au travail. Enfin, le psychiatre qui a soigné M. [Nom prévenu] sur décision judiciaire, dit s'être prêt à le recevoir de nouveau et exprime que l'interné était relativement bien engagé dans le travail thérapeutique.

[Signature enquêteur]

ANNEXE 6. – *Issue du jugement des condamnés (n = 290)*

Issue du jugement	Effectifs	Fréquences (%)
Quitte le tribunal librement	187	64,5
– Pas de peine de prison ferme	96	33,1
– Peine de prison ferme sans mandat de dépôt	91	31,4
Est directement conduit en détention	103	35,5
Total	290	100

Champ : Personnes condamnées en comparution immédiate entre septembre 2010 et août 2011 à Paris.

ANNEXE 7. – *Plaidoirie d'un avocat de la défense mobilisant la maladie par trois procédés argumentatifs : comme priorité, souffrance et contrainte*

« Je suis étonné de la sévérité des réquisitions. On est face à quelqu'un qui a de gros problèmes cardiaques, qui a sombré dans l'alcoolisme, qui, et ce sont ses déclarations, boit huit litres de whisky par jour et, comme n'importe qui qui boit huit litres de whisky, il se retrouve dans une situation où il ne sait plus vraiment ce qu'il fait. Il a finalement... L'affaire, c'est quand même une pièce de cinquante euros, ça ne change rien certes, mais il n'a pas cherché à aller plus loin. Lorsqu'il a quitté la boutique, il le dit bien, il est reparti en marchant, donc ça montre bien que ce n'est pas quelqu'un d'une dangerosité extrême et cela montre, surtout, qu'il ne va pas bien, qu'il a un problème d'alcoolisme, de lourds problèmes de santé, un problème d'insertion, mais pas un problème d'une violence extrême. Pour les autres affaires, le téléphone portable, la boucherie, les faits ne sont pas établis. Il a une prise de conscience je crois ici, de l'état dans lequel il se trouve et dans lequel il est arrivé. Alors la punition, elle peut être sévère, elle peut être juste. La sévérité, il ne s'agit pas à mon sens de quatre ans de prison, mais de le condamner... Je crois qu'il est dans un état où il a besoin... je crois, où il a besoin de reprendre sa vie. De retourner chez ses parents que j'ai eus au téléphone et qui sont prêts à l'accueillir. De continuer ses soins... Il doit subir des soins réguliers, il en va de son pronostic vital. Vous

avez un courrier de son médecin qui l'atteste. Alors il a certes un casier conséquent, mais la dernière fois qu'il a été présenté à l'audience c'était quand même en 2008. Il était effectivement en mise à l'épreuve, mais il s'agissait d'une affaire de stupéfiant, donc c'est quand même pas la même histoire. Il a effectivement un casier qui est lourd, on ne peut pas le nier, mais c'est quand même pas un casier qui est... qui est... Donc la punition, certes, mais il ne faut pas oublier que c'est un travailleur handicapé et il a la possibilité aujourd'hui de retourner vers le travail. Comme il le disait lui-même, l'éducateur est disposé à le revoir et à continuer le travail avec lui et... et il s'apprête à passer son permis pour pouvoir recommencer son travail. Et je crois que, et c'est ce qu'il m'a dit quand je l'ai rencontré, il m'a dit que, il m'a dit qu'il faut qu'on lui laisse saisir la chance que la société lui donne, la chance de pouvoir revenir, de se réinsérer dans la société et revenir... et comprendre l'état dans lequel il s'est mis tout seul. La prison ne va rien lui apporter, rien. C'est pour ça que je vous demanderais d'être clément, une mise à l'épreuve et surtout des obligations de soins puisqu'il a vraisemblablement des problèmes d'alcool. Je vous demande surtout de ne pas décerner mandat de dépôt. »

(Comparution immédiate, mars 2011).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BARBOT J., DODIER N., 2014, « Que faire de la compassion au travail ? La réflexivité stratégique des avocats à l'audience », *Sociologie du travail*, 56, 3, p. 365-385.
- BARBOT J., DODIER N., 2015, « Victim's Normative Repertoire of Financial Compensation: The Tainted hGH Case », *Human Studies*, 38, 1, p. 81-96.
- BASTARD B., MOUHANNA C., 2007, *Une justice dans l'urgence : le traitement en temps réel des affaires pénales*, Paris, Presses universitaires de France.
- BÉRARD J., CHANTRAINE G., 2008, « La carcéralisation du soin psychiatrique », *Vacarme*, 1, 42, p. 91-94.
- BERCHET C., JUSOT F., 2012, « État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, p. 17-20.
- BINSWANGER I. A., KRUEGER P. M., STEINER J. F., 2009, « Prevalence of Chronic Medical Conditions among Jail and Prison Inmates in the United States Compared with the General Population », *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 11, p. 912-919.
- BOLTANSKI L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 26, 1, p. 205-233.
- BUTLER B., WASSERMAN A. W., 2006, « The Role of Death Qualification in Venirepersons' Attitudes toward the Insanity Defense », *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 7, p. 1744-1757.
- CAMBOIS E., 2004, « Les personnes en situation difficile et leur santé » dans *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Paris, La Documentation française, p. 101-126.
- CARDI C., 2007, « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et société*, 31, 1, p. 3-23.

- CARDI C., 2009, « Le féminin maternel ou la question du traitement pénal des femmes », *Pouvoirs. Revue française d'études constitutionnelles et politiques*, 128, p. 75-86.
- CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., 2010, « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et société*, 34, 4, p. 615-645.
- CAYOUILLE-REMBLIÈRE J., 2011, « Reconstituer une cohorte d'élèves à partir de dossiers scolaires. La construction d'une statistique ethnographique », *Genèses*, 85, p. 115-133.
- CELANT C., DOURGNON P., GUILLAUME S., PIERRE A., ROCHEREAU T., SERMET C., 2014, « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, 198, p. 1-6.
- CHIRICOS T., CRAWFORD C., 1995, « Race and Imprisonment: A Contextual Assessment of the Evidence » dans D. HAWKINS (ed.), *Ethnicity, Race and Crime: Perspectives across Time and Place*, Albany (NY), State University of New York Press, p. 281-309.
- CHIRON É., JAUFFRET-ROUSTIDE M., LE STRAT Y., CHEMLAL K., VALANTIN M.-C., SERRE P., CATE L., BARBIER C., SEMAILLE C., 2013, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 35-36, p. 445-450.
- CHRISTIN A., 2008, *Comparutions immédiates. Enquête sur une pratique judiciaire*, Paris, La Découverte.
- COLLECTIF ONZE, 2013, *Au tribunal des couples. Enquête sur des affaires familiales*, Paris, Odile Jacob.
- COMFORT M., 2007, « Punishment Beyond the Legal Offender », *Annual Review of Law Science*, 3, p. 271-296.
- DELBECCHI G., JOLLET C., FLEURY F., FONTAINE A., VEISSE A., 1999, « Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Île-de-France », *Presse médicale*, 28, p. 1-5.
- DESPRÈS C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, 170, p. 1-6.
- DESPRÈS C., 2013, « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & santé* [En ligne], 6, mis en ligne le 27 mai 2013, consulté le 2 octobre 2015 : <http://anthropologiesante.revues.org/1078>.
- DIAMOND P. M., WANG E. W., HOLZER III C. E., THOMAS C., CRUSER A., 2001, « The Prevalence of Mental Illness in Prison », *Administration and Policy in Mental Health*, 29, 1, p. 21-40.
- DODIER N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.
- DOURGNON P., JUSOT F., SERMET C., SILVA J., 2009, « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, 146, p. 1-6.
- FARGES É., 2006, « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et politiques*, 55, p. 99-112.

- FASSIN D., BOUAGGA Y., COUTANT I., EIDELIMAN J.-S., FERNANDEZ F., FISCHER N., KOBELINSKY C., MAKAREMI C., MAZOUZ S., ROUX S., 2013, *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'État*, Paris, Le Seuil.
- FAZEL S., BAILLARGEON J., 2011, « The Health of Prisoners », *The Lancet*, 377, 9769, p. 956-965.
- FAZEL S., BAINS P., DOLL H., 2006, « Substance Abuse and Dependence in Prisoners: A Systematic Review », *Addiction*, 101, 2, p. 181-191.
- FAZEL S., DANESH J., 2002, « Serious Mental Disorder in 23 000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys », *The Lancet*, 359, 9306, p. 545-550.
- GAUTRON V., RETIÈRE J.-N., 2013, « Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées » dans J. DANET (dir.), *La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 211-251.
- GLASER J. B., GREIFINGER R. B., 1993, « Correctional Health Care: A Public Health Opportunity », *Annals of Internal Medicine*, 118, 2, p. 139-145.
- GODIN-BLANDEAU É., VERDOT C., DEVELAY A.-E., 2013, « La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 35-36, p. 434-440.
- GOFFMAN E., [1963] 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit.
- GREEN E., 1961, *Judicial Attitudes in Sentencing: A Study of the Factors Underlying the Sentencing Practice of the Criminal Court of Philadelphia*, London, Macmillan.
- GROSS S. R., MAURO R., 1989, *Death and Discrimination: Racial Disparities in Capital Sentencing*, Boston (MA), Northeastern University Press.
- GUSTAFSON K., 2009, « The Criminalization of Poverty », *Journal of Criminal Law and Criminology*, 99, 3, p. 643-716.
- HERPIN N., 1977, *L'application de la loi. Deux poids deux mesures*, Paris, Le Seuil.
- HOOD R., 1992, *Race and Sentencing. A Study in the Crown Court. A Report for the Commission for Racial Equality*, Oxford, Clarendon Press.
- INca, 2010, *La situation du cancer en France en 2010*, Boulogne-Billancourt, INCA (Collection Rapport & synthèses).
- INSEE, 2002, *L'histoire familiale des hommes détenus*, Paris, INSEE (Synthèses).
- JANSSEN E., BASTIANIC T., 2013, « Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. Estimations locales et extrapolations nationales », *Consommations et conséquences*, Saint-Denis, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- JOBARD F., NÉVANEN S., 2007, « La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005) », *Revue française de sociologie*, 48, 2, p. 243-272.
- JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P., SERMET C., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », *Revue économique*, 60, p. 385-411.
- KALUNTA-CRUMPTON A. (ed.), 2012, *Race, Ethnicity, Crime and Criminal Justice in the Americas*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- KELLENS G., 1978, « La détermination de la sentence pénale : de la lunette au microscope », *Déviance et société*, 2, 1, p. 77-95.
- KLECK G., 1981, « Racial Discrimination in Criminal Sentencing: A Critical Evaluation of the Evidence with Additional Evidence on the Death Penalty », *American Sociological Review*, 46, 6, p. 783-805.

- LABERGE D., LANDREVILLE P., MORIN D., ROBERT M., SOULLIÈRE N., 1995, *Maladie mentale et délinquance. Deux figures de la déviance devant la justice pénale*, Bruxelles, De Boeck Université, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- LAMB H. R., WEINBERGER L. E., 1998, « Persons with Severe Mental Illness in Jails and Prisons: A Review », *Psychiatric Services*, 49, 4, p. 483-492.
- LELIÈVRE M., LÉONARD T., 2012, « Une femme peut-elle être jugée violente ? Les représentations de genre et les conditions de leur subversion lors des procès en comparution immédiate » dans C. CARDI, G. PRUVOST (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, p. 314-329.
- LÉONARD T., 2010, « Ces papiers qui font le jugement. Inégalités entre Français et étrangers en comparution immédiate », *Champ pénal/Penal field* [En ligne], 7, mis en ligne le 24 septembre 2010, consulté le 2 octobre 2015. <http://champ-penal.revues.org/7879> ; DOI : 10.4000/champpenal.7879.
- LÉPINE J.-P., GASQUET I., KOVESS V., ARBABZADEH-BOUCHEZ S., NÈGRE-PAGES L., NACHBAUR G., GAUDIN A.-F., 2005, « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMED/MHEDEA 2000 », *L'Encéphale*, 31, 2, p. 182-194.
- LÉVY R., 1994, *Pratiques policières et processus pénal : le flagrant délit*, Paris, CESDIP (Déviance et contrôle social, 39).
- LIGHT M. T., MASSOGLIA M., KING R. D., 2014, « Citizenship and Punishment. The Salience of National Membership in US Criminal Courts », *American Sociological Review*, 79, 5, p. 825-847.
- MANIÈRE-HAESEBAERT J., SAHAJIAN F., LAMOTHE P., FABRY J., 2008, « Caractéristiques des personnes alcoolodépendantes incarcérées en maison d'arrêt », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56, 3, p. 189-195.
- MARY P., 2003, *Insécurité et pénalisation du social*, Bruxelles, Labor.
- MARY-PORTAS F. L., 1996, *Femmes, délinquances et contrôle pénal. Analyse socio-démographique des statistiques administratives françaises*, Guyancourt, CESDIP (Études et données pénales, 75).
- MEFFRE C., 2006, *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire.
- MORMICHE P., 1993, « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Économie et statistique*, 265, p. 45-52.
- MYERS M. A., TALARICO S. M., 1987, *Social Contexts of Criminal Sentencing*, New York (NY), Springer Verlag.
- NATHANSON C. A., 1977, « Sex, Illness, and Medical Care: A Review of Data, Theory, and Method », *Social Science & Medicine*, 11, 1, p. 13-25.
- PARIZOT I., 2003, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, Presses universitaires de France.
- ROBERT P., AUBUSSON DE CAVARLAY B., LAMBERT T., 1976, « Condamnations selon l'âge et la catégorie socio-professionnelle. Analyse et prévision », *Population*, 31, 1, p. 87-109.
- ROBERT P., TOURNIER P., 1989, « Migrations et délinquance. Les étrangers dans les statistiques pénales », *Revue européenne des migrations internationales*, 5, 3, p. 5-31.
- ROSS C. E., MIROWSKY J., 1995, « Does Employment Affect Health? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 3, p. 230-243.

- ROUILLON F., DUBURCQ A., FAGNANI F., FALISSARD B., 2004, *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, Paris, INSERM.
- SAETTA S., SICOT F., RENARD T., 2010, « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviance et société*, 34, 4, p. 647-669.
- SPOHN C., 2000, « Thirty Years of Sentencing Reform: The Quest for a Racially Neutral Sentencing Process » dans J. HORNEY (ed.), *Politics, Processes and Decisions of the Criminal Justice System*, Washington (DC), National Institute of Justice, p. 427-501.
- STEFFENSMEIER D., ULMER J., KRAMER J., 1998, « The Interaction of Race, Gender, and Age in Criminal Sentencing: The Punishment Cost of being Young, Black, and Male », *Criminology*, 36, 4, p. 763-798.
- STITES S. D., DAHLSGAARD K. K., 2015, « Mental Health Mitigating Evidence and Judicial Outcomes for Federal Capital Defendants », *International Journal of Law, Crime and Justice*, p. 1-25, Available online 29 March 2015, consulté le 2 octobre 2015.
- STITH K., CABRANES J. A., 1998, *Fear of Judging. Sentencing Guidelines in the Federal Courts*, Chicago (IL), The University of Chicago Press.
- THYS P., KORN M., 1992, « À propos de l'expertise pénale : analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité », *Déviance et société*, 16, 4, p. 333-347.
- VANHAMME F., 2009, *La rationalité de la peine. Enquête au tribunal correctionnel*, Bruxelles, Bruylant.
- VERBRUGGE L., 1989, « The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality », *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 3, p. 282-304.
- VUATTOUX A., 2014, « Adolescents, adolescentes face à la justice pénale », *Genèses*, 97, p. 47-66.
- VUATTOUX A., 2015, « Les jeunes Roumaines sont des garçons comme les autres », *Plein droit*, 104, p. 27-30.
- WACQUANT L., 1999, *Les prisons de la misère*, Paris, Raisons d'agir.
- WACQUANT L., 2009, *Punishing the Poor. The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Durham, Duke University Press.
- WELZER-LANG D., CASTEX P. (dir.), 2012, *Comparutions immédiates : quelle justice ? Regards citoyens sur une justice du quotidien*, Toulouse, Érès.
- YENI P., 2010, *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, La Documentation française.
- ZATZ M. S., 1987, « The Changing Forms of Racial/Ethnic Biases in Sentencing », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 24, 1, p. 69-92.

ABSTRACT

The Sanitization of Criminal Justice? The Use of Illness in Criminal Trials

This article examines the inclusion of a health approach in judicial decisions through an analysis of legal proceedings whereby defendants, judges and lawyers use health issues during criminal trials. Based on observations conducted over the course of a year in three sections of a summary trial court and the creation of a database from these observations ($n = 290$), we show that illness is an approach explored by magistrates who, following a rationale of individualizing punishment, encourage defendants to reveal their "health problems." Those who are shown to be ill are then systematically questioned on their involvement in medical care. Regression analysis reveals that this care strongly determines the criminal punishment. Defendants undergoing medical treatment are "protected" from prison while those who are not receiving treatment are more often sent straight to prison at the end of their trials. These results and the analysis of arguments in which "health problems" are used in the course of hearings, emphasize the suppositions on which judges base their decisions, and which take the form of three *normative imperatives* affecting all defendants. This leads to the over-incarceration of the most marginalized, among them, the sick who are not undergoing treatment.

Key words. CRIMINAL JUSTICE – HEALTH – SENTENCING – INDIVIDUALIZATION OF PUNISHMENT – NORMATIVE IMPERATIVES

ZUSAMMENFASSUNG

Eine Sanitarisierung des Strafrechts? Die Mobilisierung der Krankheit im Verfahren des sofortigen Erscheinens

Dieser Artikel stellt die Frage der Integration einer sanitären Vorgehensweise in die Gerichtsentscheidungen mittels der Analyse der Art, mit der Angeklagte, Richter und Rechtsanwälte Gesundheitsvorfälle im Verlauf der Strafprozesse einbringen. Ausgehend von Beobachtungen, die über ein Jahr in den drei Abteilungen einer Gerichtskammer zum sofortigen Erscheinen geführt wurden und von der Herstellung einer Datenbank aus diesen Beobachtungen ($n = 290$), zeigen wir, daß die Krankheit ein Forschungsfeld für die Richter darstellt, die in ihrer Logik der Strafindividualisierung, die Angeklagten dazu veranlassen, ein „Gesundheitsproblem“ vorzubringen. Diejenigen, die sich als krank erweisen, werden anschließend systematisch zu ihrer Verpflichtung zu einer medizinischen Behandlung befragt. Die Regressionsanalysen zeigen daß letztere stark den Rechtsspruch bestimmt. Die Angeklagten, die sich in einer medizinischen Behandlung befinden, werden vor dem Gefängnis geschützt, während die, die sich nicht behandeln lassen, meist sofort nach ihrem Prozeß in das Gefängnis gebracht werden. Diese Ergebnisse und die Analyse der argumentativen Verfahren mit denen diese „Gesundheitsprobleme“ in die Gerichtsverhöre eingebracht werden, legen die Erwartungen klar, auf denen die Richter ihre Entscheidungen aufbauen. Diese nehmen die Form von drei normativen Imperativen an, die ihrerseits auf alle Angeklagten lasten und zu einer überwiegenden Inhaftierung der am wenigsten krankenversicherten unter ihnen führt, und dabei, die Kranken, die sich nicht behandeln lassen.

Wörter Schlüssel. STRAFRECHT – GESUNDHEIT – RICHTERSSPRUCH – INDIVIDUALISIERUNG DER STRAFE – NORMATIVER IMPERATIV

RESUMEN

¿Una sanitización de lo penal? La movilización de la enfermedad en los juicios de comparecencia inmediata

Este artículo interroga la integración de un planteamiento sanitario en las decisiones judiciales a través del análisis de los procesos por los que justiciables, magistrados y abogados movilizan problemas de salud en el marco de juicios penales. A partir de observaciones conducidas a lo largo de un año en las tres secciones de una audiencia de comparecencia inmediata y de la constitución de una base de datos sacada de estas observaciones ($n = 290$), demostramos que la enfermedad es una de las facetas exploradas por los magistrados que, siguiendo una lógica de individualización de la pena, incitan a los justiciables a revelar un “problema de salud”. A los que revelan estar enfermos se les cuestiona luego acerca del seguimiento médico que tengan. Los análisis de regresión señalan el hecho de que esto determina mucho la sanción penal. Los justiciables que reciben un tratamiento médico están “apartados” de la cárcel mientras que a los que no se tratan las más veces se les lleva ahí directamente después del juicio. Estos resultados y el análisis de los recursos argumentativos para movilizar estos “problemas de salud” en los debates de audiencia evidencian los presupuestos a partir de los cuales los jueces establecen sus decisiones, bajo la forma de tres *imperativos normativos* que pesan sobre el conjunto de los justiciables, y que conducen a una mayor probabilidad de incarceration de los más aislados de ellos, entre éstos los enfermos sin seguimiento médico.

Palabras claves. JUSTICIA PENAL – SANIDAD – *SENTENCING* – INDIVIDUALIZACIÓN DE LA PENA – IMPERATIVOS NORMATIVOS