

De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant

Lara Mahi

► **To cite this version:**

Lara Mahi. De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant. *Anthropologie & Santé - Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, Association Amades, 2015, 10.4000/anthropologiesante.1607 . hal-01638402

HAL Id: hal-01638402

<https://hal-univ-paris10.archives-ouvertes.fr/hal-01638402>

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.

De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant

Lara Mahi

Introduction

Depuis le milieu du XX^e siècle, de nombreux chercheurs se sont interrogés sur la relation médicale. Du « rôle de malade » (Parsons, 1951), ayant des droits et soumis à des obligations, à la distinction de sept « variations du rôle de malade » (Twaddle, 1969), de la fonction du médecin comme contrôleur social (Parsons, 1951) ou comme « entrepreneur moral » (Freidson, 1984 [1970]) au travail fourni par le malade dans l'organisation et la division du travail thérapeutique (Strauss *et al.*, 1985), ces travaux ont permis une meilleure compréhension de l'interaction médicale, en termes de rôles, de déviance, de division du travail et de domination. Cependant, ils ignorent le plus souvent l'environnement dans lequel s'ancrent les pratiques de soin. A l'inverse, d'autres travaux proposent une approche ethnographique des institutions hospitalières (Goffman, 1968 ; Peneff, 1992) mais au détriment cette fois de l'intérêt pour l'organisation des pratiques thérapeutiques et des interactions médicales. Si des recherches plus contemporaines se sont intéressées à la manière dont un individu organise ses conduites thérapeutiques dans un contexte où il est soumis à de fortes contraintes (Joubert, 2002 ; Parizot, 2003 ; Desprès, 2013), les auteurs ne portent leur regard que sur les contraintes économiques et sociales et non sur celles liées à l'environnement des interactions. La prison est une « institution totale », au sens que lui donne Goffman (1968), un espace au sein duquel les détenus effectuent l'ensemble de leurs activités routinières, où l'heure du lever, la durée de la douche, le contenu du repas ou encore l'itinéraire de circulation sont minutieusement réglés par l'institution : les détenus malades sont soumis aux règles et aux normes d'une institution dont l'ambition n'est pas le soin mais la surveillance sécuritaire. Dans ce contexte, cet article propose une étude des relations thérapeutiques en milieu carcéral, avec une approche d' « écologie sociale »¹.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a réaffirmé la place du patient comme acteur au centre de sa trajectoire de santé et conscient de ses propres besoins. Parmi les principes introduits, le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est devenu un élément fondamental de cette nouvelle législation sanitaire. D'autres éléments ont favorisé l'émergence de la figure d'un « patient contemporain » (Fainzang, 2006 ; Klein, 2012 ; Bureau et Hermann-Mesfen, 2014) qui dispose d'autres références que le médecin pour prendre des décisions en matière de santé. C'est le cas de l'expansion des technologies de l'information et de la communication qui permettent aux patients d'accroître leurs connaissances en matière médicale, de participer à la sphère de la connaissance et au processus de décision dans la relation médecin-patient et, dès lors, de rendre la relation avec les médecins moins inégalitaire (Le Pen, 2009 ; Gaglio, 2010 ; Boudier *et al.*, 2012). Il en est de même pour les associations de malades, qui ont favorisé des comportements de patients *actifs*, voire *experts* (Barbot et Dodier, 2000), participant à des groupes d'entraide, à l'élaboration de chartes éthiques, ou encore à la sensibilisation du grand public. Alors que les détenus malades bénéficient *a priori* des mêmes droits que les patients en milieu non-carcéral², ces ressources sont absentes pour certaines, comme le libre choix du (des) médecin(s) et l'usage d'Internet, ou rares pour d'autres, comme la participation à des associations de malades et le soutien social. Quelles sont les contraintes qui pèsent sur les trajectoires de soin des malades incarcérés et comment s'adaptent-ils à ces contraintes ? Peut-on parler de « patients contemporains » dans les institutions totales que sont les prisons ? En France, les premières enquêtes sur le milieu carcéral ont été conduites clandestinement en prison dans les années 1970 sous l'égide du Groupe d'information sur les prisons (GIP) créé sous l'impulsion de Jean-Marie Domenach, Michel Foucault et Pierre Vidal-Naquet (Artières *et al.*, 2003). À cette époque, la prison demeure peu explorée, ce qui amènera Foucault à

déclarer, dans un premier temps, que « peu d'informations se publient sur les prisons : c'est une des régions cachées de notre système social, une des cases noires de notre vie »³, puis, dans un second temps, à proposer une généalogie du pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975). Depuis, la prison a été investie par un certain nombre de chercheurs ayant produit des enquêtes ethnographiques (Combessie, 2001 [2009]). Dans le contexte français, ces enquêtes de terrain ont été menées aux côtés de l'une des populations du milieu carcéral : les détenus (Chantraine, 2004), les détenus incarcérés pour de longues peines (Le Caisne, 2000 ; Marchetti, 2001), les femmes détenues (Rostaing, 1997 ; Joël-Lauf, 2013), les détenus mineurs (Le Caisne, 2008), les surveillants de prison (Chauvenet *et al.*, 1994 ; Lhuillier et Aymard, 1997), ou encore les enseignants (Milly, 2004) et les soignants (Milly, 2001). D'autres chercheurs ont proposé des analyses d'espaces circonscrits au sein des établissements pénitentiaires comme les parloirs (Ricordeau, 2008), les espaces culturels (Siganos, 2008 ; Delannoy, 2011) ou les ateliers où travaillent les détenus (Guilbaud, 2008). Outre les travaux de Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien (2000, 2002) – et, dans un autre registre, les essais de Véronique Vasseur (2000) ou plus récemment d'Anne Lécu (2013) sur leur expérience de médecin en milieu carcéral –, peu d'enquêtes de terrain ont porté spécifiquement sur les détenus dans leurs rapports à la santé et au milieu médical⁴. Pourtant la population détenue – qui n'est pas représentative de la population générale⁵ – cumule un grand nombre de difficultés d'ordre social et sanitaire. En 2003, 17,5 % des entrants en prison disaient ne pas avoir de protection sociale, 10 % indiquaient être hébergés dans un domicile précaire et 5 % se déclaraient sans abri (Guérin, 2003). Or les trajectoires de soin sont différenciées socialement (Mormiche, 1993 ; Lombrail *et al.*, 2004). Ainsi, toujours en 2003, les entrants en prison déclaraient avoir moins souvent consulté un praticien au cours de l'année précédente que la population générale (Mouquet, 2005). Ce moindre recours aux soins ne résulte pas d'un meilleur état de santé : l'état de santé des personnes détenues est globalement moins bon que celui de la population générale (Lhuillier, 2001 ; Guérin, 2003) ; les taux de séropositivité au VIH et au virus de l'hépatite C sont, par exemple, six fois supérieurs à ceux observés parmi la population générale⁶ (Chiron *et al.*, 2013).

Je mettrai en avant trois aspects de l'organisation de la santé en milieu carcéral qui participent à limiter l'émergence de la figure d'un « patient contemporain » : le registre contraignant dans lequel s'organisent les pratiques de soin, la volonté de contrôle, par les soignants, de la diffusion de certaines informations médicales et l'isolement auquel sont confrontées les personnes détenues. Cependant, je montrerai que, pour la majorité des personnes détenues et malades que j'ai rencontrées, l'aspect contraignant et déresponsabilisant de l'institution favorise l'implication dans un processus de soin par l'intégration d'un « système de privilèges » (Goffman, 1968).

Une enquête de terrain dans trois établissements pénitentiaires

Les résultats qui alimentent cet article sont issus d'une enquête de terrain⁷, menée entre novembre 2011 et juin 2013, au cours de laquelle je me suis rendue dans trois établissements pénitentiaires situés en Aquitaine, dans le Limousin et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le premier établissement est un centre pénitentiaire⁸ où sont incarcérés environ 1800 détenus. Cette prison comporte deux maisons d'arrêts⁹, l'une pour hommes, l'autre pour femmes, et un centre de détention¹⁰, pour femmes uniquement. Le service médical se compose de quatre unités de soin somatique, appelées Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Les quatre bâtiments de la maison d'arrêt des hommes disposent de trois UCSA et l'ensemble qui regroupe la maison d'arrêt et le centre de détention de femmes en dispose d'une. L'établissement comporte également un Service médico-psychologique régional (SMPR), un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ainsi qu'une antenne d'un Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) située au « quartier arrivants ». Le deuxième établissement est également un centre pénitentiaire. Environ 800 détenus y sont incarcérés. Cet établissement compte une maison d'arrêt pour hommes (deux bâtiments et un

quartier mineur), une maison d'arrêt pour femmes, un quartier de semi-liberté et un centre pour peines aménagées¹¹. Il y a quatre UCSA : une pour chacun des deux bâtiments des hommes, une pour les femmes et une pour l'ensemble constitué par le centre pour peines aménagées et le quartier de semi-liberté. Le SMPR dispose de locaux dans le plus grand des deux bâtiments pour hommes ; les psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques se déplacent dans les autres bâtiments en fonction des demandes des détenus.

Le troisième établissement est un centre de détention qui compte 600 détenus, uniquement de sexe masculin, répartis dans cinq bâtiments. Il n'y a qu'une seule UCSA pour l'ensemble des détenus. Elle réunit deux équipes qui partagent ces locaux, l'une pour les soins somatiques et l'autre pour les soins psychiatriques. L'UCSA est située à la croisée des bâtiments, à une intersection que les surveillants pénitentiaires appellent « la place du marché ».

Dans chacun de ces trois établissements, j'ai obtenu un statut de « stagiaire sociologue » au sein des UCSA où j'ai pu assister à l'ensemble des activités (consultations médicales, soins infirmiers, classement des courriers des patients, etc.). En revanche, je n'ai pas pu assister aux activités de soin des équipes psychiatriques en raison des tensions résiduelles entre celles-ci et les équipes somatiques¹². Pour approcher au plus près l'expérience de l'enfermement des détenus malades, je les ai suivis dans leurs parcours d'entrants (entretiens avec un brigadier, passage par une antenne d'un Centre de dépistage anonyme et gratuit¹³, etc.) et dans les espaces du quotidien (les ateliers où ils travaillent, les coursives ainsi que dans certaines cours de promenade).

Outre ce travail d'observation, j'ai réalisé des entretiens de recherche répétés auprès de soixante-quatorze personnes détenues ayant un problème de santé somatique et chronique. Il s'agit essentiellement de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC), une addiction aux opiacés, une forme de cancer, un diabète, ou encore une maladie cardio-vasculaire. J'ai fait le choix d'entretiens biographiques, d'une durée d'une à trois heures, abordant les trajectoires familiales, sociales, de travail, pénales et médicales. Les entretiens étaient proposés soit à l'issue d'un rendez-vous médical (soin, consultation) auquel j'avais assisté, soit à partir de suggestions des personnels de soin. J'ai, plus rarement, rencontré certaines personnes détenues et malades par le biais de leurs codétenus, déjà impliqués dans l'étude. Aucune des personnes détenues que j'ai sollicitées n'a décliné l'invitation à réaliser un entretien. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons. L'ennui et l'isolement auxquels sont confrontés les détenus les amènent, tout d'abord, à accepter avec enthousiasme toute proposition qui les conduirait à sortir de leur cellule. Le fait que je sois une femme a également très certainement joué en ma faveur auprès de la population détenue masculine pour laquelle les interactions homme-femme sont limitées. Certains ont également pu accepter l'entretien dans l'espoir d'obtenir un avantage dans leur détention (nourriture, plaque chauffante, etc.). Enfin, mon expérience antérieure d'enseignement dans un établissement pénitentiaire d'Île-de-France et le fait que j'ai connu à travers cette recherche trois établissements pénitentiaires ont sans doute rendu davantage crédible ma démarche : je partageais une expérience commune avec les nombreuses personnes détenues ayant transité par différents établissements pénitentiaires¹⁴.

« Consultations » médicales ou « convocations » médicales ?

Les possibilités d'action de l'institution médicale dépendent intrinsèquement de l'organisation de l'institution pénitentiaire. Il n'est par exemple pas possible pour un soignant de rencontrer un patient sans que des surveillants pénitentiaires n'ouvrent les différentes portes qui les séparent. Le mode contraignant sur lequel s'organise la vie carcérale se diffuse au-delà des espaces de détention, jusque dans l'organisation des pratiques de soin. Tandis qu'en milieu non-carcéral une consultation médicale s'anticipe par la prise d'un *rendez-vous*, en détention, les détenus/patients doivent écrire un courrier relatant leur demande avant d'être *convoqués*.

« Ici, on peut pas être autonome, on doit attendre le moment de la convocation. » (Bilal, 38 ans, Hépatite C, incarcéré depuis deux ans et quatre mois en maison d'arrêt)

Les détenus/patients peuvent rédiger leur demande sur un feuillet prévu à cet effet et disponible dans les unités sanitaires ou – n'ayant que peu souvent accès à ce document – rédiger un courrier sur papier libre. Les demandes de convocation doivent être justifiées par un motif clair, permettant aux infirmiers, lors du tri du courrier, d'orienter leur patient vers le bon personnel de soin. Il s'agit d'un premier obstacle spécifiquement, d'une part, pour les personnes illettrées ou ne maîtrisant pas la langue française écrite¹⁵ et d'autre part, plus largement, pour celles qui peinent à décrire leurs symptômes :

« On vous donne un papier pour que vous précisiez la maladie. Ou alors un papier où vous devez dire pourquoi vous voulez venir à l'UCSA. Mais moi je suis pas médecin, je peux pas préciser. [...] ils leur disent [aux détenus] 'écrivez', il faut expliquer ce que vous avez, 'justifiez' ils disent, mais comment vous allez expliquer ? » (Lucien, 70 ans, diabète et hypertension, incarcéré depuis 4 ans en centre de détention)

Il leur faut ensuite déposer ce courrier dans la boîte aux lettres du service médical, ce qui peut s'avérer contraignant pour les personnes détenues en maison d'arrêt dont les portes des cellules ne sont ouvertes qu'aux heures de repas et de promenades :

« En général, le courrier on le met quand on nous ouvre pour la promenade, ou quand c'est pour le repas. Des trucs spécifiques. Là, quand ils sont obligés d'ouvrir, on esquivé et on y va. Mais si on met un drapeau¹⁶ pour dire "ouais je vais juste à la boîte-aux-lettres", c'est non. C'est non. Ils vont pas se casser la tête. » (Kamel, 36 ans, asthme, incarcéré depuis quatre mois en maison d'arrêt)

Dans l'un des établissements où les enquêtes ont été menées, la plupart des boîtes-aux-lettres du service médical avaient été fracturées et ne fermaient plus à clé. Les personnes détenues, craignant que leurs courriers ne soient lus par des surveillants ou par d'autres détenus, évitaient de décrire leurs symptômes, complexifiant ainsi le classement des courriers par les infirmiers. Jonas, quarante-sept ans, inquiet de ses douleurs au niveau du foie¹⁷, se contente ainsi d'un courrier peu explicite, insistant sur l'urgence de sa situation et non sur le motif l'incitant à solliciter une consultation.

Y?
n° d'accréditation
n° cellule

Madame

Madame;

Cela fait maintes fois que je vous écris, dont la troisième fois; afin d'obtenir enfin un entretien avec vous, car c'est quand même très important et urgent. Alors, est-il possible de vous rencontrer, ou pas?... Faites le mod d'avoir, la moindre des choses, comme je vous écrit, vous pouvez me rendre la réponse de mes requêtes par courrier ou autre, mais rester pas dans le silence ou que je ne comprends le comment et le pourquoi de quoi il retourne... J'espère vous comprendre. Je vous remercie d'avance de votre sollicitude. Veuillez recevoir mes respectueuses salutations.

Lettre de Jonas, adressée à l'UCSA

[« Madame, cela fait maintes fois que je vous écris, dont la troisième fois, afin d'obtenir enfin un entretien avec vous, car c'est quand même très important et urgent. Alors question, est-il possible de vous rencontrer, ou pas?... Faites-le moi savoir, la moindre des choses, comme je vous écris, vous pouvez (sic) me rendre la réponse de mes requêtes par courrier ou autre, mais rester (sic) pas dans le silence ou que je [...] comprends le comment et le pourquoi de quoi il retourne... J'espère vous comprendre. Je vous remercie d'avance de votre sollicitude. Veuillez recevoir mes respectueuses salutations. »]

Les infirmiers répartissent ensuite les courriers entre les professionnels (infirmiers, médecins généralistes, dentistes, travailleurs sociaux, etc.). Ces derniers se chargent alors de rédiger, chacun, une liste des patients qu'ils souhaitent « convoquer » et la remettent aux surveillants. Selon l'établissement pénitentiaire, les personnes détenues peuvent être avisées à l'avance de leur convocation (un papier leur est remis au préalable par les surveillants avec la date, l'heure et le nom du médecin qui les recevra) ou, dans d'autres établissements, elles peuvent tout ignorer de la bonne réception du courrier par le service médical, jusqu'à ce que le surveillant de l'étage leur ouvre la porte de la cellule en indiquant : « tu vas au médical ».

« Des fois c'est rapide, des fois c'est très long. [...] Ça peut être dans la semaine, comme la semaine d'après, comme la suivante. Mais surtout, on sait pas quand c'est. On écrit et après on

sait pas. A l'hôpital, pour passer un examen, c'est pareil, on le sait pas. On sait qu'on va partir à l'hôpital, mais on sait pas quand. » (Alain, 47 ans, kyste sur la glande surrénale et allergies, incarcéré depuis dix mois en maison d'arrêt)

Certains détenus/patients, excédés par ce système de correspondance, préfèrent se priver de soins plutôt que de demeurer dans l'incertitude de la bonne réception du courrier et dans l'attente de la convocation. C'est le cas de David, mécanicien de cinquante-huit ans. Alors qu'il était en rémission d'un cancer de la trachée, il est placé sous mandat de dépôt : « *quand je suis rentré ici, [le cancer] est reparti* ». N'étant pas condamné mais prévenu¹⁸, son avocat a formulé à son juge d'instruction une demande de « *liberté sur une question de santé* », autrement dit une levée de son mandat de dépôt compte-tenu de son état de santé. Depuis le dépôt de cette demande, il rejette le fonctionnement chronophage et contraignant des unités médicales en se privant de soins :

« Écrire, moi j'écris plus. C'est fini. Terminé. Parce que répéter toujours les mêmes choses, non merci. Non. Je demande plus rien. Je me laisse aller, je me laisse partir. » (David, 58 ans, cancer généralisé, incarcéré depuis six mois en maison d'arrêt)

Dans certains établissements, la contrainte se diffuse jusque dans la mise en place de sanctions non-formalisées qui consistent, pour les médecins et les infirmiers, à priver de nouvelles « convocations » leurs patients qui ne se sont pas rendus à l'une de ces dernières :

« Depuis que je me suis pas présenté aux convocations pour la prise de sang, qu'ils m'ont appelé plusieurs fois, ça fait que maintenant j'écris et ils m'appellent plus parce qu'ils se disent que je vais pas venir. C'est pour ça qu'il va falloir que je vois avec le chef [de détention], lui dire de m'envoyer à l'infirmerie en urgence. Je dois leur parler, je vais dire que c'est sérieux. » (Ali, 42 ans, VIH, incarcéré depuis quatre mois en maison d'arrêt)

Bien que les unités sanitaires se présentent comme des espaces à part dans l'environnement pénitentiaire car elles sont sous l'autorité de leur hôpital de rattachement et non sous celle de l'Administration pénitentiaire, elles ne sont pas épargnées par la contrainte qui caractérise l'univers carcéral. Contrainte de circulation, contrainte de l'écriture, contrainte dans les termes langagiers mobilisés et contrainte par la perspective de sanctions. Les patients détenus ne prennent pas un rendez-vous mais sont convoqués, ils ne choisissent pas le soignant (et le type de soignant) qu'ils souhaitent consulter mais sont orientés vers l'un d'eux. La seule posture admise est celle de la passivité. Cette posture de la passivité, opposée à celle d'un « patient contemporain », se prolonge lorsque les patients/détenus sont reçus dans l'unité sanitaire à travers le contrôle, par les soignants, de la diffusion d'informations médicales les concernant.

Des patients tenus à distance d'informations médicales

Deux types d'informations sont tenues à distance des détenus malades : l'ensemble des documents relatifs à leur pathologie (bilans sanguins, radiographies, etc.) et les dates de leurs examens nécessitant des extractions médicales¹⁹.

Gilbert, infectiologue dans un centre pénitentiaire, m'indique qu'« *aucun détenu ne quitte le cabinet avec un document mentionnant sa pathologie* ». Il s'agit de protéger leurs patients des potentielles indiscretions de leurs codétenus en évitant que circulent, en détention, les documents évoquant leur pathologie. Par conséquent, les éléments mis à leur disposition sont uniquement transmis oralement au cours de la consultation, ce qui induit un certain flou dans la compréhension de leur pathologie chez ceux qui ont découvert leur problème de santé en détention et qui n'ont aucune autre source d'information. Les entretiens de recherche réalisés auprès de détenus/patients, à l'issue des consultations médicales, permettent de saisir le décalage entre les informations qui leur sont données et la compréhension de celles-ci.

Borislav est un homme bulgare de vingt-huit ans, grand et musclé, incarcéré depuis deux ans au moment où je le rencontre, lors de sa première consultation avec l'infectiologue. Il est arrivé en France « *vers 2008-2009* », dit-il, et il a découvert qu'il avait une hépatite B pendant son incarcération. Le médecin, une femme de vingt-sept ans travaillant depuis un mois en prison, lui demande si quelqu'un dans sa famille a une hépatite B, il répond : « *Je sais pas...peut-être mon frère, mais, lui, je crois que c'est l'hépatite A.* » Le médecin lui explique alors que « *ça se guérit tout seul, la A, peut-être que vous aussi vous l'avez déjà eue* » puis explique, à vitesse

soutenue : « *Il y a deux virus qui sont sur votre foie. L'hépatite B et une hépatite qu'on appelle Delta. Donc il y a les deux. Nous, on va contrôler pour voir quelle quantité il y a de virus.* » Elle poursuit : « *vous avez des questions ?* ». Il lui demande si « *c'est dangereux ?* » puis, si « *ça se transmet ?* ». Elle lui répond que « *oui, c'est dangereux, ça touche le foie et ça peut faire un cancer* » et que « *c'est transmissible, par voie sexuelle, essentiellement, et puis par la salive aussi* ». Il s'inquiète : « *je pense que c'est celui qui est avec moi en cellule qui me l'a donnée parce qu'il a la C, lui* ». Elle lui répond que « *c'est pas possible parce que c'est pas la même hépatite* », il poursuit : « *mais on mangeait ensemble...* ». Comme pour clore le doute sur le moment de la transmission du virus, elle ajoute : « *il y en a plein des hépatites B et des Delta en Bulgarie* ».

Lorsque, quatre jours plus tard, je retrouve Borislav pour un entretien, il me confie ses craintes quant à ses hépatites B et Delta en se référant, à nouveau, à l'expérience de son frère qui aurait eu une hépatite A :

« Je connais un peu la maladie hépatique, tu peux pas tout manger, tu dois faire attention à tout ce que tu manges. [...] Je peux pas travailler un travail lourd. Parce que je connais la maladie, je sais ce que ça veut dire. [...] Parce que mon frère avant il avait l'hépatite, la A, et les docteurs ils ont dit qu'il pouvait pas porter des choses lourdes et [qu'il devait] faire attention à ce qu'il mange. »

Puis, il revient sur ses soupçons sur la personne qui lui aurait transmis ces virus, déjà évoqués lors de la consultation médicale. Pour lui, l'origine est certaine, il s'agit de son ancien « *collègue de cellule* », dont il avait découvert, quelques temps plus tôt, qu'il avait une hépatite C :

« Quand je suis arrivé ici, ils ont... comment dire... j'étais dans une cellule avec un gens qui, ici, était trop malade de l'hépatite et moi je pense que j'ai pris la maladie du collègue de cellule. Parce que lui, il était malade de l'hépatite, j'ai demandé à changer de cellule mais on m'a dit "c'est pas possible". [...] Donc j'ai été obligé de rester en cellule, de manger avec, de prendre le même truc. »

Ainsi, le seul entretien avec le médecin spécialiste n'a pas permis à Borislav de reprendre à son compte le point de vue biomédical sur sa maladie. Outre l'absence d'informations écrites, qui pourraient favoriser une meilleure identification de la pathologie qui les affecte, les patients incarcérés sont également privés de la connaissance de leurs dates d'examen à l'hôpital ou d'hospitalisation, pour des raisons de sécurité, afin de se prémunir du risque d'évasion.

« Ils viennent de but en blanc et ils me disent 'allez extraction, vous allez à l'hôpital'. Ils nous disent pas à l'avance parce qu'ils ont trop peur qu'on fasse un plan d'évasion ou un truc comme ça. [...] Depuis le mois de juillet j'attendais et puis... six mois plus tard. Je demandais tout le temps quand ce serait et on me répondait 'c'est en cours, c'est en cours' et puis voilà. » (Éric, 50 ans, tu meur cérébrale, incarcéré depuis onze mois en maison d'arrêt)

L'absence de documents relatifs à leur pathologie et la méconnaissance des dates des examens à l'hôpital placent les détenus malades dans une forme d'incertitude, de déresponsabilisation et de passivité contraintes, opposées à la figure d'un « patient contemporain ». Les détenus/patients n'ont ni la possibilité de posséder leurs résultats médicaux pour s'immerger dans le langage biomédical, ni la possibilité de se préparer à leurs futures hospitalisations. Ils sont sans cesse dans une forme d'immédiateté dans leur rapport à la maladie.

« J'en ai parlé à personne » : un tête à tête avec la maladie

La maladie est indissociable du social ; son expérience se construit entre des malades qui ressentent leur état, l'expriment et l'organisent, et le discours collectif qui dessine la figure du malheur biologique et lui donne un sens (Herzlich et Pierret, 1991 [1984]). Plusieurs recherches ont mis en avant le caractère protecteur du soutien social²⁰ face à la maladie tant somatique que psychiatrique (Berkman, 1984 ; Tousignant, 1988). Il instaure également, pour la personne malade, un médiateur entre le malade et sa maladie : en verbalisant ses troubles avec son entourage, la personne malade peut prendre du recul par rapport à cette expérience et sortir de son rapport immédiat au corps. Mais, placés à l'écart du monde extérieur, les détenus sont condamnés à un face-à-face total avec eux-mêmes (Bessin et Lechien, 2002 : 70). Ils évoluent dans un huis clos dans lequel toute faiblesse doit être masquée afin de ne pas accroître

leur situation de vulnérabilité face aux autres. Parler de sa pathologie à ses codétenus, c'est prendre le risque d'être désigné comme faible et de devenir bouc-émissaire.

« Ici, personne ne parle de ses pathologies. Même là, à l'UCSA, quand on attend dans la salle d'attente, personne ne parle. Entre nous [détenus], on ne dit rien. » (Wassim, 37 ans, VHC et toxicomanie, incarcéré depuis deux semaines en maison d'arrêt)

Il ne s'agit pas seulement de *ne rien dire* mais aussi de *cache*r la maladie, ses signes, son traitement, ses contraintes.

« J'ai un billet permanent [pour aller à l'UCSA], donc [les autres détenus] voient tous les jours, à 14h, que je vais au médical. Donc avec les jours, ils voient et ils se disent 'il y a quelque chose'. Je suis obligé d'inventer du coup ! Je suis obligé de mentir. Après, ils me demandent pas ce que c'est le médicament mais ils ont des doutes, ils se parlent entre eux et moi je suis sur le côté. » (Karim, 42 ans, épilepsie, VHC et toxicomanie, incarcéré depuis une semaine en maison d'arrêt)

Les détenus malades qui ont une pathologie transmissible craignent encore davantage que les autres que leur pathologie ne soit découverte par leurs codétenus.

« J'évite de le dire aux autres parce qu'ils pensent que c'est contagieux. Ils pensent que ça s'attrape dans l'air, moi je sais que non. [...] Des fois, je descends avec les gens de la promenade pour aller au médical. J'esquive une fois arrivé en bas et je vais à l'infirmerie. Mais après, des gars me disent 'mais on ne t'a pas vu à la promenade'. Il faut toujours se cacher, mentir... c'est épuisant. [...] Le pire c'est le sida. Personne n'en parle. Ceux de l'hépatite C, on se voit entre nous et on en parle un peu, parfois, mais personne ne dit qu'il a le VIH. » (Wassim, 37 ans, VHC et toxicomanie, incarcéré depuis deux semaines en maison d'arrêt)

Si les personnes détenues bénéficient d'un faible soutien social par leurs codétenus, le rapport aux proches n'est pas moins complexe. La prison rassemble un grand nombre d'individus isolés tant dans leur vie affective que familiale (Insee, 2002). L'incarcération vient souvent rompre les quelques liens que ces personnes précarisées étaient parvenues à nouer. Les parloirs sont, pour les personnes détenues qui en bénéficient, les seuls moments de mise en présence de l'entourage. Tous évoquent néanmoins la difficulté à être sincère dans les rapports circonscrits dans cet espace-temps figé et encadré par l'Administration pénitentiaire (Ricordeau, 2008 : 86). Le parloir doit être un bon moment, où l'on oublie la prison et où l'on n'évoque pas ses différentes difficultés. Dès lors, il est difficile pour les personnes détenues de parler de leur état de santé avec leurs proches. Cette difficulté est renforcée pour celles qui vivent avec une maladie associée à des comportements stigmatisés, comme le VIH/sida ou le virus de l'hépatite C, qu'elles décrivent comme un « *tabou* », comme quelque chose dont il est « *interdit* » de parler ou comme un « *drame familial* ». La maladie n'est par conséquent presque jamais verbalisée en dehors des interactions médicales. Les détenus malades n'ont pas la possibilité de sortir de leur solitude face à la maladie, de mettre en parallèle leur expérience avec celle d'autrui ; ils restent seuls face à leurs questionnements.

« Je suis complètement perdu ici, comme vous avez pu le remarquer. Je suis au courant de rien parce que j'ai juste eu mon résultat mais après j'en ai parlé avec personne. » (Ali, 42 ans, VIH, incarcéré depuis quatre mois en maison d'arrêt)

Il existe cependant, en détention, des espaces de dialogue autour de la maladie autres que l'interaction avec le médecin ou l'infirmier. Certaines associations de malades mettent en place des groupes de parole et proposent des entretiens individuels dans des établissements pénitentiaires. C'est le cas de l'association de lutte contre le sida Aides, qui intervient dans deux des établissements dans lesquels je me suis rendue. Lorsque Farid, trente-huit ans, a confié à son assistante sociale qu'il était « *un peu perdu* » avec son VIH et son hépatite C, elle l'a dirigé vers cette association. Réticent au début, il s'est finalement laissé convaincre de rencontrer deux volontaires de l'association Aides :

« Ça me fait du bien parce que j'y connais rien, je sais pas c'est quoi... Elles répondent à peu près à mes questions... [...] Quand je les vois, je suis soulagé un peu...ça me soulage. Elles ont l'air de bien comprendre le topo. On parle plus du VIH...Comment ça se passait pour moi, voilà. C'est bien ce qu'elles font. » (Farid, 38 ans, VIH et VHC, incarcéré depuis cinq mois en maison d'arrêt)

Les associations sont cependant peu sollicitées par les détenus/patients, qui craignent – une fois encore – la divulgation de leur état de santé, dans un environnement où « *les murs ont des oreilles* ». Pascal, Martiniquais de trente-neuf ans, a préféré mettre fin à ces rendez-vous qui le plaçaient dans une posture délicate vis-à-vis de ses codétenus :

« J'étais avec un Antillais et un Martiniquais [en cellule], et je leur ai rien dit du tout. J'ai pas dit ce que j'avais et quand il y a eu Aides qui est venu pour qu'on parle, le surveillant a ouvert la porte de la cellule et a dit devant tout le monde "Il y a Aides qui veut vous voir" et j'ai dit que c'était juste pour avoir une attestation... J'y suis plus retourné. » (Pascal, 39 ans, VIH et toxicomanie, incarcéré depuis deux ans en centre de détention)

Les personnes détenues et malades bénéficient d'un faible soutien social : les problèmes de santé sont le plus souvent cachés aux codétenus pour ne pas devenir bouc-émissaire et aux proches pour ne pas être la source d'inquiétudes supplémentaires. Néanmoins, la présence ponctuelle en détention de personnes extérieures au milieu carcéral – qu'il s'agisse d'interventions d'associations de malades ou, plus rarement, de chercheurs – peut être à l'origine d'espaces-temps inédits pour les détenus/patients, leur permettant de verbaliser leurs expériences et émotions face à la maladie, de développer un savoir autre que biomédical sur les troubles les affectant et d'acquérir un discours qui leur est propre sur leur maladie.

Trois facteurs d'investissement dans le soin

L'environnement contraignant dans lequel évoluent les personnes détenues pourrait laisser penser que celles qui sont malades renoncent à s'investir dans une prise en charge médicale lorsqu'elles se trouvent en milieu carcéral. Si cette situation existe, comme nous l'avons vu à travers le parcours de David, atteint d'un cancer généralisé et ayant décidé d'interrompre ses soins, elle reste rare. Le plus souvent, l'environnement contraignant de l'organisation des soins pousse les patients détenus à s'investir dans une interaction médicale. J'expliquerai cet investissement par trois facteurs : l'aspect global de la prise en charge, les causes classiques de renoncement au soin atténuées voire absentes en détention, et le renversement de la contrainte par l'assimilation d'un « système de privilèges » (Goffman, 1968 : 92) par les patients détenus.

« J'en profite que je suis là » : une prise en charge globale

Dès leur entrée en détention, dans les quarante-huit heures qui suivent leur placement sous écrou, les personnes détenues sont systématiquement convoquées pour un premier examen avec un médecin qui fait le point sur leurs problèmes de santé : état général, mais également vaccination, radiographie des poumons, proposition de dépistage du VIH, VHB et VHC, vue et dentition. Au cours de cet entretien, beaucoup d'entre elles peinent à se souvenir de la dernière fois qu'elles ont consulté un médecin. De même, un grand nombre indique n'avoir pas déclaré de médecin traitant. Lorsque le premier entretien fait apparaître des problématiques de santé, les soignants prennent en charge leurs patients pour la globalité de ceux-ci.

Emmanuel revient sur sa consultation médicale d'entrant et sur la prise en charge qui en a découlé. Avant son incarcération, il résidait dans un squat et vivait de spectacles de rue qu'il organisait avec les autres squatteurs. Poly-consommateur de drogues, il a « *tout consommé* » : « *cocaïne, héroïne, j'ai sniffé, je me suis piqué...* ». Il explique avoir une hépatite C, « *attrapée en prenant des seringues à d'autres* » et diagnostiquée dix ans plus tôt « *Je l'ai appris parce que j'étais avec une fille et elle m'avait accompagné me dépister* ». Le test, « *c'était juste pour savoir* » ; il explique n'avoir « *jamais vu de médecin* » après ce dépistage : « *J'avais pas envie de me soigner, dehors. Je faisais tout le temps la fête* ». Quinze jours après son entrée en détention, il est « *convoqué* » à l'UCSA : « *Ils ont fait une prise de sang* ». Pour Emmanuel, le dépistage ne lui a pas vraiment été proposé mais davantage imposé : « *Ils ne m'ont pas proposé de dépistage, ils m'ont juste fait la prise de sang* ». Il n'aurait pas non plus été entendu lorsqu'il a prévenu les soignants qu'il se savait déjà infecté : « *Mais moi, je leur ai dit que je savais [déjà]* ». A la suite de ce dépistage, un médecin lui annonce sa séropositivité à l'hépatite C. Sa prise en charge est alors globale : « *J'ai eu des rendez-vous alors pour plein de vaccins et ils m'ont donné des cachets pour l'alcool* ». Depuis, il est suivi par une assistante sociale qui s'occupe de ses droits sociaux et il est traité pour son hépatite C : « *j'ai une piqûre et je dois manger des cachets. Je suis très fatigué avec le traitement. Et il faut pas s'énerver, surtout...* ».

Si les UCSA sont des espaces de santé ambulatoire et non des lieux d'hospitalisation, la disponibilité constante des détenus/patients vis-à-vis des services médicaux conduit les soignants à mener de nombreuses investigations médicales et à « convoquer » fréquemment leurs patients pour assurer un suivi. Les détenus/patients, qui, comme François, étaient suivis médicalement avant leur incarcération, soulignent l'évolution de leur prise en charge du milieu non-carcéral au milieu carcéral :

« Ici, ça se passe mieux. Je suis très bien suivi. Par exemple, s'ils m'ont emmené à l'hôpital, c'est pour voir si le diabète n'a pas attaqué les artères. Alors qu'à l'extérieur, je voyais pas trop le médecin. Il me prescrivait mes médicaments et j'allais à la pharmacie c'est tout. Ici, je fais beaucoup d'exams. [...] Quand je suis arrivé ici, au début, j'allais tous les matins à l'UCSA pour le contrôle de mon urine. Maintenant, j'ai les prises de sang. La dernière, c'était il y a quatre ou cinq mois. Pareil pour les urines. A l'extérieur, j'avais eu qu'une prise de sang, et après plus jamais rien. » (François, 56 ans, diabète, incarcéré depuis deux ans en maison d'arrêt)

Ainsi, le caractère contraignant et déresponsabilisant du milieu carcéral est paradoxalement souvent perçu par les détenus/patients comme le signe d'une prise en charge de meilleure qualité dans les unités sanitaires. En se laissant porter par les multiples convocations qu'ils reçoivent, ils se sentent davantage encadrés.

Coût financier, effets secondaires des traitements : des facteurs de renoncement au soin atténués voire inexistants en détention

Plusieurs facteurs de renoncement aux soins mis en avant en milieu non-carcéral (Desprès *et al.*, 2011) sont atténués voire inexistants en milieu carcéral. C'est en premier lieu le cas du coût financier d'une prise en charge sanitaire. Les soins sont intégralement pris en charge par l'institution, ce qui conduit les personnes détenues à solliciter des consultations auprès de médecins spécialistes tels que les dentistes et les ophtalmologistes qu'ils ne consultaient pas en milieu non-carcéral.

« Ça va peut-être vous choquer, mais tous les vieux qui se retrouvent dans des hospices modernes, vaut mieux qu'ils viennent en prison [...] : on vous fait les dents, les lunettes, alors qu'à l'hospice on vous fait rien du tout. [...] Ici au moins on a des appareils pour les dents. Ici, par exemple, on m'a fait ces chaussures orthopédiques [il me montre des chaussures blanches, montantes], sept cent euros quand même, ça leur a coûté. Bon elles furent mais ils les ont bien réparées. Les lunettes, j'ai attendu trois mois, comme dehors, mais on les a fait. » (Robert, 70 ans, diabète et hypertension, incarcéré depuis quatre ans en centre de détention)

Outre la question des coûts financiers, l'immobilité contrainte par l'incarcération est mise en avant par certaines personnes détenues comme favorisant la prise de traitements, tels que ceux à base d'interféron, sources d'effets secondaires perçus comme lourds.

« [A l'extérieur,] j'ai arrêté plusieurs fois l'interféron. Je ne supportais pas les effets secondaires. Dehors je bouge trop, je sors beaucoup alors j'étais fatigué et j'arrivais pas à le faire. Là ça va parce que je bouge pas trop. » (Pierre, 50 ans, diabète, hémophilie et VHC, incarcéré depuis sept mois en maison d'arrêt)

L'implication thérapeutique est alors vécue par les personnes détenues comme un moyen de mettre à profit un temps vide, de ne pas rester inactives mais, surtout, d'essayer de sortir en meilleur état qu'elles ne sont entrées afin de ne pas avoir tout perdu dans l'enfermement.

« Même des fois le médecin [à l'extérieur] il me donnait des ordonnances pour le diabète et tout ça et j'ai jamais fait. Les bilans sanguins et tout ça, je supporte pas. [...] les prises de sang je les évite dehors. Là j'en profite que je suis là. [...] autant le faire puisqu'on est là. Mais de moi-même, dehors, aller me faire charcuter : non. » (Amin, 38 ans, Toxicomanie, diabète et VHC, incarcéré depuis six mois en maison d'arrêt)

L'environnement contraignant du milieu carcéral produit une déresponsabilisation des personnes détenues qui a notamment pour effet de favoriser l'intégration au soin. Cependant, l'investissement dans un processus de soin ne peut être résumé par la seule volonté de guérison ; je montrerai que le sens qu'en donnent les détenus/patients traduit parfois davantage un moyen de retrouver des formes de liberté et d'autonomie.

« Un système de privilèges » : le renversement de la contrainte

L'implication dans le processus de soin résulte parfois davantage d'une adaptation aux contraintes de l'institution, motivée par l'obtention de formes de liberté et ayant pour effet secondaire l'intégration aux soins.

En premier lieu, dans les maisons d'arrêt où les déplacements sont limités, aller au médical est fréquemment décrit comme une « activité » ou une « promenade » ; comme l'explique Emmanuel : « *Aller à l'UCSA, être malade, ça me fait faire une promenade, ça me fait sortir de ma cellule surtout* ». Ces propos sont très fréquents parmi les personnes détenues suivies dans les UCSA. Être « convoqué » à l'UCSA, c'est gagner le droit de circuler dans l'enceinte pénitentiaire et donc de retrouver une forme de liberté. C'est également gagner le droit de passer d'un univers marqué par le bleu des uniformes des surveillants, à un autre où le bleu laisse place au blanc des blouses des soignants. Qu'il s'agisse de l'école, des ateliers ou des UCSA, il s'agit d'espaces dont l'ambition première n'est ni la punition ni la surveillance sécuritaire mais la formation, le travail ou le soin. A l'école, dans les ateliers ou dans les UCSA, les « détenus » deviennent des « élèves », des « travailleurs » ou des « patients ». Ils transforment une identité négative en une identité plus valorisée.

L'expérience de la maladie en milieu carcéral est également intrinsèquement liée à la notion du temps qui s'écoule. Tout d'abord, un temps qui s'écoule plus vite : s'engager dans une prise en charge thérapeutique est régulièrement décrit comme permettant de « *passer le temps* ». Mais pas seulement : se soigner permet aussi, dans l'imaginaire des détenus, de « *gagner des jours* » par l'obtention de réductions de peine supplémentaires (RPS) lors des commissions de l'application des peines (CAP)²¹. À quarante-quatre ans, Rachid a passé « *plus de temps dedans que dehors* ». Il purge une première peine de cinq ans de prison à l'âge de treize ans puis, à sa sortie à dix-huit ans, il est à nouveau incarcéré. Il passe les années suivantes à « *entrer, sortir* », pour effectuer de courtes peines en lien avec ses usages de produits stupéfiants. Bien qu'« *indigent* »²² au moment où je le rencontre, Rachid explique avoir un réseau de connaissances, à l'extérieur et à l'intérieur de la prison, qui met à sa disposition de l'héroïne et de la cocaïne qu'il me montre au cours d'un entretien. Il participe également à un programme de substitution par de la méthadone ; il se rend tous les jours, en début d'après-midi, à l'antenne du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'établissement pénitentiaire où il est détenu afin de prendre son traitement sous le regard d'un infirmier. Au cours d'un entretien, il explique ne pas participer à ce programme pour mettre fin à sa consommation, mais uniquement, dit-il, afin d'obtenir des réductions de peine supplémentaires (RPS) : « *moi je prends la méthadone que pour les RPS.* ».

Si, *a priori*, le « soin » ne désigne, en commission de l'application des peines (CAP), que le suivi psychologique et addictologique qui peut avoir une incidence sur la probabilité de « *récidive* », il n'est jamais clairement énoncé aux personnes détenues que les soins somatiques ne sont pas concernés dans le calcul des jours de grâce. Au lendemain d'une CAP, les surveillants ont remis à Pascal, détenu de trente-neuf ans vivant avec le VIH, un document relatant les RPS dont il bénéficiera ; il explique : « *Il y a des papiers qu'on m'a donnés comme quoi que je fais bien mon suivi pour le VIH et qu'il faut que j'aille à l'école* ». Lorsque je lui demande « *qui vous a écrit ça ?* », il répond que « *c'est la direction qui m'a écrit* » puis, il poursuit, « *c'est écrit qu'il faut que je fasse mon suivi psychologique et que je dois continuer les soins qu'on me donne* ». La santé somatique n'est en fait quasiment jamais évoquée en CAP. Les seules fois où il en a été question au cours des CAP auxquelles j'ai assisté, c'était pour justifier l'inactivité d'une personne détenue ne pouvant faire quoi que ce soit d'autre que se soigner. Mais, comme pour protéger le secret sur leur état de santé, les magistrats se contentent d'adresser des notices peu explicites aux détenus à l'issue de ces commissions. Il leur est demandé de « *poursuivre [leurs] soins* », de « *débuter un suivi* », etc., de telle sorte que chaque acte médical est par la suite perçu comme pouvant réduire la durée de la peine de prison. Les détenus malades se mobilisent alors dans le soin parfois au moins autant pour obtenir des attestations de leurs médecins qu'ils remettront ensuite au juge de l'application des peines, que dans un objectif thérapeutique.

De manière plus marginale, certains détenus étrangers vivant notamment avec une hépatite C surinvestiraient l'interaction médicale avec pour finalité non pas la guérison mais l'obtention d'un certificat qui leur permettra d'obtenir un titre de séjour en France²³. Cette posture n'a jamais été explicitée par les personnes détenues rencontrées en entretien. Elle est ressortie de l'observation de consultations médicales et d'entretiens auprès de médecins, comme Laura, infectiologue en maison d'arrêt ; elle explique : « *C'est agaçant parce que certains ne viennent que pour les certificats pour rester sur le territoire. Et tu vois, ça fausse toute la relation de soin. C'est surtout des personnes d'Europe de l'Est, des Géorgiens, ils viennent, ils ont l'hépatite C et tout ce qu'ils veulent, c'est surtout ne pas se soigner et avoir un certificat. Parce qu'ils savent très bien que l'hépatite C on en guérit et qu'eux, ils ne veulent surtout pas guérir pour pouvoir rester ici. Alors ils viennent en consultation, ils se tordent de douleur, [ils] t'expliquent qu'ils ont mal au dos, aux côtes, partout en fait, mais après, ils refusent que tu les soignes et ils te demandent un certificat* ».

Alors que l'organisation de la santé en milieu carcéral suppose la passivité des détenus/patients, ces derniers retrouvent des marges de liberté par l'assimilation d'un « système de privilèges » (Goffman, 1968). Ils ne s'investissent pas seulement dans une relation de soin en vue de leur rétablissement mais également pour obtenir des formes de liberté telles que sortir de la cellule, bénéficier d'une sortie de prison anticipée ou encore pour obtenir un titre de séjour : ils développent leurs propres significations des pratiques thérapeutiques.

Conclusion

L'organisation de la santé en milieu carcéral limite l'émergence d'un « patient contemporain » : les patients détenus sont « convoqués » pour des soins ou des consultations, un certain nombre d'éléments liés à leur état de santé (radiographies, dates d'examens...) ne leur sont pas remis ou leurs sont dissimulés et ils ne peuvent compter que sur un faible soutien social pour acquérir un discours autre que biomédical sur les troubles les affectant. Si quelques détenus/patients marquent leur opposition au caractère contraignant de cette organisation des soins en arrêtant leur traitement par exemple – et par là-même en affirmant, par le rejet, leur autonomie – la majorité des personnes suivies dans les UCSA traduisent leur déresponsabilisation comme le signe d'une meilleure prise en charge qu'en milieu non-carcéral. Ils s'investissent alors en sollicitant, par exemple, des soins spécialisés tels que dentaires ou ophtalmologiques auxquels la plupart n'avaient pas recours en milieu non-carcéral. Cet investissement dans des pratiques thérapeutiques n'a pas seulement pour finalité l'amélioration de l'état de santé ou la guérison mais traduit parfois davantage un moyen de retrouver des formes de liberté. L'obtention d'attestations, pour bénéficier de réductions de peine ou de certificats pour rester sur le territoire français, ainsi que l'aspect récréatif de l'interaction médicale, contribuent à expliquer pourquoi, en dépit des contraintes liées à l'environnement dans lequel ils sont pris, les patients détenus surinvestissent ce qu'ils désignent comme une « *activité* », en opposition à l'inertie de l'enfermement.

Bibliographie

ARTIÈRES P., QUÉRO L. et ZANCARINI-FOURNEL M., 2003. *Le Groupe d'information sur les prisons. Archives d'une lutte, 1970-1972*. Paris, Éditions de l'IMEC.

BARBOT J. et DODIER N., 2000. « L'émergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences Sociales et Santé*, XVIII/1 : 75-117.

BERKMAN L. F., 1984. « Assessing the Physical Effects of Social Networks and Social Support », *Annual Review of Public Health*, V : 413-432.

BESSIN M. et LECHIEN M.-H., 2000. *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Rapport de recherche pour le GIP Mission de recherche Droit et Justice, CEMS, CSE, EHESS.

BESSIN M. et LECHIEN M.-H., 2002. « Hommes détenus et femmes soignants : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, 32/1 : 69-80.

- BOUDIER F., BENSEBAA F. et JABLANCZY A., 2012. « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante », *Innovations*, 39 : 13-25.
- BOZZINI L. et TESSIER R., 1985. « Support social et santé », In DUMONT F. et DUFRESNE J. (dir), *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal, Presses de l'Université du Québec à Montréal : 905-941.
- BUREAU E. et HERMANN-MESFEN J., 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, 8 [en ligne], <http://anthropologiesante.revues.org/1342> (page consultée le 22/01/2015).
- CARDI C., 2007. « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et Société*, 31 : 3-23.
- CHANTRAINE G., 2004. *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, Presses universitaires de France.
- CHAUVENET A., ORLIC F. et BENGUIGUI G., 1994. *Le monde des surveillants de prison*. Paris, Presses universitaires de France.
- CHIRON É., JAUFFRET-ROUSTIDE M., LE STRAT Y., CHEMLAL K., VALANTIN M.-C., SERRE P., CATÉ L., BARBIER C. et 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 : 445-450.
- COMBESSIE P., 1996. *Prisons des villes et des campagnes. Étude d'écologie sociale*. Paris, Les Éditions de l'Atelier / Les Éditions ouvrières.
- COMBESSIE P., 2009 (2001). *Sociologie de la prison*. Paris, La Découverte.
- DELANNOY L., 2011. « Mouvement du cinéma face à l'inertie carcérale », *Image de la culture*, 26 : 90-91.
- DESPRÈS C., 2013. « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé*, 6 [en ligne], <http://anthropologiesante.revues.org/1078> (page consultée le 22/01/2015).
- DESPRÈS C., DOURGNON P., FANTIN R. et JUSOT F., 2011. « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, 169 : 1-7.
- FAINZANG S., 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT M., 1975. *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard.
- FREIDSON E., 1984 (1970). *La profession médicale*. Paris, Payot.
- GAGLIO G., 2010. « Consommation d'informations sur Internet et modulation de la relation aux médecins. Le cas d'aidants de malades atteints d'une pathologie lourde », *Sociologies pratiques*, 20 : 63-74.
- GODIN-BLANDEAU É., VERDOT C. et 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 : 434-440.
- GOFFMAN E., 1968. *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- GUÉRIN G., 2003. « La santé en prison », *Actualité et dossier en santé publique*, 44 : 17-54.
- GUILBAUD F., 2008. « Le travail pénitentiaire : sens et articulation des temps vécus des travailleurs incarcérés », *Revue française de sociologie*, 49/4 : 763-791.
- HERPIN N., 1977. *L'application de la loi. Deux poids deux mesures*. Paris, Le Seuil.
- HERZLICH C. et PIERRET J., 1991 (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris, Éditions Payot.
- HUGHES E. C., 1996 (1951). *Le regard sociologique, Essais choisis*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- INSEE, 2002. *L'Histoire familiale des hommes détenus*. Paris, Statistique publique.
- JOBARD F. et 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 : 243-272.
- JOËL-LAUF M., 2013. « Coûts et bénéfices de l'homosexualité dans les prisons de femmes », *Ethnologie française*, 43/3 : 469-476.

- JOUBERT M., 2002. « La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie », *Ethnologie française*, 32/1 : 103-114.
- KLEIN A., 2012. « Contribution à l'histoire du "patient" contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking », *Histoire, médecine et santé*, 1 : 115-128.
- LE CAISNE L., 2000. *Prison. Une ethnologue en centrale*. Paris, Odile Jacob.
- LE CAISNE L., 2008. *Avoir 16 ans à Fleury. Ethnographie d'un centre de jeunes détenus*. Paris, Seuil.
- LE PEN C., 2009. « "Patient" ou "personne malade" ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 60 : 257-271.
- LÉCU A., 2013. *La prison, un lieu de soin ?*. Paris, Les Belles Lettres.
- LÉONARD T., 2010. « Ces papiers qui font le jugement. Inégalités entre Français et étrangers en comparution immédiate », *Champ pénal/ Penal field*, VII [en ligne], <http://champpenal.revues.org/7879> (page consultée le 22/01/2015).
- LHUILIER D., 2001. *Le choc carcéral. Survivre en prison*. Paris, Bayard Éditions.
- LHUILIER D. et AYMARD N., 1997. *L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison*. Paris, Desclée de Brouwer.
- LOMBRAIL P., PASCAL J. et LANG T., 2004. « Inégalités sociales de santé. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, Société, Solidarité*, 2 : 61-71.
- MARCHETTI A.-M., 2001. *Perpétuités. Le temps infini des longues peines*. Paris, Plon.
- MARY-PORTAS F.-L., 1996. *Femmes, délinquances et contrôle pénal. Analyse sociodémographique des statistiques administratives françaises*. Guyancourt, CESDIP.
- MARY-PORTAS F.-L., 1998. « Les femmes et le contrôle pénal en France : quelques données récentes », *Déviance et Société*, 22/3 : 289-318.
- MILLY B., 2001. *Soigner en prison*. Paris, Presses Universitaires de France.
- MILLY B., 2004. « L'enseignement en prison : du poids des contraintes pénitentiaires à l'éclatement des logiques professionnelles », *Déviance et Société*, 28/1 : 57-79.
- MOREAU F., 2010. « La santé dans les prisons françaises », *Pouvoirs*, 135 : 69-86.
- MORMICHE P., 1993. « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Économie et statistique*, 265 : 45-52.
- MOUQUET M.-C., 2005. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, 386 : 1-12.
- MUSSO S., 2012. « Être régularisé au titre de la maladie en France », *Corps*, 10 « Corps des affects. Corps en migrations », CNRS Éditions : 153-163.
- PARIZOT I., 2003. *Soigner les exclus*. Paris, Presses Universitaires de France.
- PARK R. E., BURGESS E. W., et MCKENZIE R. D., 1925. *The City*. Chicago, University of Chicago Press.
- PARSONS T., 1951. *The Social System*. Londres, The Free Press of Glencoe.
- PENEFF J., 1992. *L'hôpital en urgence*. Paris, Métaillé.
- RICORDEAU G., 2008. *Les détenus et leurs proches. Solidarités et sentiments à l'ombre des murs*. Paris, Les Éditions Autrement.
- ROSTAING C., 1997. *La relation carcérale. Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*. Paris, Presses universitaires de France.
- SIGANOS F., 2008. *L'action culturelle en prison. Pour une redéfinition du sens de la peine*. Paris, L'Harmattan.
- STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B. et WIENER C., 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago, University of Chicago Press.
- TOUSIGNANT M., 1988. « Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature », *Sciences Sociales et Santé*, VI/1 : 77-106.
- TWADDLE A. C., 1969. « Health Decisions and Sick Role Variations : An Exploration », *Journal of Health and Social Behavior*, 10/2 : 105-115.
- VASSEUR V., 2000. *Médecin-chef à la Santé*. Paris, Recherche-Midi.

Notes

1 La notion d'« écologie sociale » ou « écologie humaine » désigne l'étude des êtres humains et de leurs interactions avec leurs environnements (Park *et al.*, 1925 ; Combessie, 1996).

2 Les espaces de soin en milieu carcéral, appelés « unités sanitaires », ne dépendent plus de l'Administration pénitentiaire (et du ministère de la Justice) depuis 1994 (Moreau, 2010) mais sont rattachées à l'Hôpital public (et au ministère de la Santé).

3 En conférence de presse, le 8 février 1971 ; le texte ronéotypé de la déclaration a été publié par Artières *et al.* (2003 : 43).

4 Voir Watson *et al.* (2004) pour une revue de la littérature anglo-saxonne sur les questions de santé en prison.

5 Les hommes, les personnes issues de milieux populaires et les étrangers sont sur-représentés en prison (Insee, 2002). Cela s'explique notamment par les tris effectués en amont de l'incarcération qui protègent de cette forme de sanction les femmes (Mary-Portas, 1996 ; Mary-Portas, 1998 ; Cardé, 2007), les personnes appartenant aux classes moyennes et supérieures (Herpin, 1977) et les nationaux (Jobard et Névanen, 2007 ; Léonard, 2010).

6 Les autres affections chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme ou encore les formes de cancer sont encore peu étudiées en prison (Godin-Blandeau *et al.*, 2013). L'absence de données épidémiologiques portant sur cette population spécifique ne permet pas de comparer les taux de prévalence de ces pathologies en milieu carcéral avec les taux observés en milieu non-carcéral.

7 Cette recherche a été financée conjointement par Sidaction et le Fonds de dotation Pierre Bergé.

8 Les Centres pénitentiaires sont des établissements qui comprennent au moins deux quartiers de détention à régimes différents. Par exemple, un établissement qui compte une maison d'arrêt et un centre de détention.

9 Les maisons d'arrêt reçoivent les personnes prévenues, placées en détention provisoire en l'attente de leur jugement, et les personnes condamnées dont la peine est inférieure à deux ans.

10 Les centres de détention sont, comme les maisons centrales, des établissements pour peine. Ils reçoivent les détenus condamnés à une peine supérieure à deux ans.

11 Les centres pour peine aménagée reçoivent des détenus dont le reliquat de peine est inférieur à un an afin de monter un projet d'aménagement de peine.

12 Ces tensions s'expliquent principalement par la conception de ce qu'est un « vrai soignant ». Les infirmiers psychiatriques reprochent aux infirmiers somatiques de ne pas prendre en compte l'histoire des patients et de ne pas avoir de pratiques réflexives mais uniquement des pratiques techniques. A l'inverse, les infirmiers somatiques condamnent l'écoute des infirmiers psychiatriques, qu'ils qualifient de « naïfs » voire de « bisounours ». Ces tensions atteignent leur paroxysme dans l'organisation de certaines activités partagées telles que la distribution des traitements, perçue comme le « sale boulot » (Hugues, 1996 [1951]), car elle oblige les soignants à circuler parmi les détenus dans leurs espaces du quotidien et elle les confronte aux conditions de détention de leurs patients. Cette rupture se traduit, dans certains établissements, par la décision de ne pas partager les informations médicales de leurs patients (prescriptions, dossiers médicaux, etc.).

13 Un dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC) et, parfois, du virus de l'hépatite B (VHB) est systématiquement proposé aux détenus lors de leur entrée en détention. La réalisation de ces tests n'est néanmoins pas obligatoire, tout comme en milieu non-carcéral.

14 Ce fut tout particulièrement le cas lors de mon enquête de terrain dans le troisième établissement, pour peine, où avaient été transférées plusieurs personnes détenues que j'avais rencontrées dans l'un des deux premiers établissements étudiés.

15 En 2003, d'après une étude de l'Administration pénitentiaire, 11% des personnes détenues se déclaraient illettrées (Guérin, 2003).

16 Le « drapeau » désigne une feuille de papier glissée dans l'encadrement de la porte de la cellule. Les surveillants savent que cela signifie que le détenu a une demande à leur faire.

17 Comme il me l'expliquera plus tard en entretien.

18 Seules les personnes condamnées peuvent, à ce jour, bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale (article 720-1-1 du Code de procédure pénale).

19 Dans le jargon de l'administration pénitentiaire, une extraction désigne le déplacement, sous escorte, d'un détenu à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire. Les extractions les plus fréquentes sont celles

qui concernent un déplacement au Palais de justice (extraction judiciaire) et celles qui concernent un déplacement à l'hôpital (extraction médicale).

20 Le soutien social recouvre un ensemble de ressources mobilisables afin de faire face aux difficultés de la vie (Bozzini et Tessier, 1985).

21 Les RPS sont attribuées (ou non) par le juge de l'application des peines, lors des commissions de l'application des peines (CAP), après discussions avec le procureur, le directeur de l'établissement pénitentiaire, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et divers intervenants ponctuels tels que les enseignants ou certains surveillants. Le total des jours octroyés, qui sera déduit de la condamnation initiale, est décidé après un calcul relativement aléatoire du degré d'implication du détenu dans sa peine : travaille-t-il ? Paye-t-il ses parties civiles ? Mais également, se soigne-t-il ?

22 Cette catégorie administrative créée par l'Administration pénitentiaire (et reprise par les personnes incarcérées et les différents personnels) regroupe les personnes détenues qui disposent de moins de 45 euros par mois sur leur compte nominatif.

23 Sur les processus de régularisation en France pour des raisons médicales voir Musso (2012).

Pour citer cet article

Référence électronique

Lara Mahi, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10 | 2015, mis en ligne le 25 mars 2015, consulté le 28 mai 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1607> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1607

À propos de l'auteur

Lara Mahi

Doctorante en sociologie au laboratoire Sophiapol, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 200 avenue de la République, 92000 Nanterre, laramahi75@gmail.com

Droits d'auteur

© Tous droits réservés

Résumés

Cet article met en avant trois raisons qui limitent l'émergence d'un « patient contemporain » dans les unités sanitaires en milieu carcéral : les détenus/patients ne prennent pas *rendez-vous* avec un soignant mais sont *convoqués*, certains documents et informations leur sont dissimulés et ils ne peuvent compter que sur un faible soutien social pour construire leur rapport à la maladie. Néanmoins, cette organisation contraignante et déresponsabilisante ne produit que rarement un éloignement des services médicaux. Au contraire, la plupart des personnes détenues et malades rencontrées se saisissent de leur incarcération pour s'investir dans une prise en charge. Cet article montre que l'implication personnelle des détenus n'est pas nécessairement motivée par la recherche de soins mais parfois davantage par la volonté de s'intégrer dans ce que Goffman appelle un "système de privilèges".

Prisoners & Patients: Healthcare strategies in a restricted environment

This article focuses on three reasons which limit the emergence of a 'contemporary patient' in the sanitary units of prisons: the inmates/patients do not make *appointments* with healthcare professionals but instead are *summoned* by them, they are denied access to certain types of documents and information, and they can only count on limited social support to elaborate their view of their illness. Nevertheless, this constraining and disempowering system rarely leads to a disengagement from medical services. Instead, most of the sick inmates take the opportunity, during their incarceration, to seek support. This article aims to show that the motivation of

their personal involvement is not necessarily to seek care but sometimes to be part of what Goffman calls a 'privilege system'.

Entrées d'index

Mots-clés : prison, unité sanitaire, contrainte, déresponsabilisation, système de privilèges

Keywords : prison, sanitary units, constraint, disempowering, privilege system