

**UNIVERSITE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
ECOLE DOCTORALE « SOCIETES, ESPACE, PRATIQUES, TEMPS »**



**Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en
SOCIOLOGIE et ANTHROPOLOGIE**

**LA PEINE ET LE SOIN
UNE ENQUETE SUR L'ESPACE ET LE TEMPS
DES MALADES EN PRISON**

Présentée et soutenue publiquement par

Aline CHASSAGNE

Le 16 octobre 2017

Sous la direction de **Christian GUINCHARD**,
Maître de Conférences, HDR à l'université de Bourgogne Franche-Comté

Membres du jury :

Régis AUBRY Professeur associé, HDR à l'université de Bourgogne Franche-Comté

Manuela Ivone P. da Cunha Directrice de recherche à l'universidade do Minho

Jean-François LAÉ Professeur de sociologie à l'université de Paris VIII, rapporteur

Bruno MILLY Professeur de sociologie à l'université Lumière Lyon 2, rapporteur

Florent SCHEPENS Professeur de sociologie à l'université de Bourgogne Franche-Comté

Remerciements

J'ai entrepris ce travail de thèse en 2012 dans le cadre d'un contrat de recherche mené avec l'hôpital de Besançon. Pour mener ce travail, j'ai bénéficié de nombreux soutiens. Je voudrais remercier ici la Fondation de France qui, à deux reprises a financé le projet. Il est difficile de s'engager dans une recherche et dans un projet de thèse sans financement. Sans cette aide, ce sujet serait peut-être resté dans l'oubli. Mes remerciements vont également à toutes les institutions qui m'ont autorisé l'entrée dans les établissements pénitentiaires et dans les services hospitaliers dédiés aux détenus. Je mesure bien aussi toute l'aide que m'ont apporté mes collègues de l'équipe « éthique et progrès médical », Aurélie Godard-Marceau, Hélène Trimaille, Élodie Cretin et Florence Mathieu-Nicot dans la réalisation de ma thèse. Le travail que vous allez lire repose sur des entretiens que j'ai eus avec des détenus malades, des professionnels de l'administration pénitentiaire, des soignants, des magistrats. Je les remercie pour le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder.

Je remercie les membres du jury qui ont accepté de lire, de commenter et de porter attention à ce travail. La lecture de leurs travaux a irrigué ma réflexion : Manuela I. Da Cuhna, Jean-François Laé et Bruno Milly. Ma reconnaissance va ensuite à Florent Schepens de m'avoir ouvert à d'autres lectures et à d'autres horizons sociologiques. Je tiens à remercier Régis Aubry pour sa confiance, les moments de partage et de discussion autour du projet de recherche. Ce travail ne serait certainement pas ce qu'il est sans l'accompagnement de Christian Guinchard, qui a su me guider à l'intérieur de ce « temps à part » qu'est le travail de thèse. Je remercie également Virginie Vinel et Dominique Jacques-Jouvenot de leur intérêt pour mon travail.

Mes amis, ma famille, mes confrères et consœurs qui m'ont aidé de différentes façons :

Christian Chassagne, Pierre-Yves Chassagne, Élodie Chattot, Hélène Cléau, Maxime Desmarets, Véronika Duprat-Kushtanina, Fiona Ecarnot, Rodolphe Grandviennot, Maxime Jacquot, Sophie Nemoz, Florian Olivier, Lionel Pazart, mes collègues de l'hôpital, les doctorants du LASA : Line, Maé, Simon, Eric, David, Rodrigue, Inès...

À Axel et Élia

Sommaire

Sommaire	7
Prologue	9
Introduction.....	17
Première partie	23
PETITES HISTOIRES DU SOIN EN PRISON	23
Chapitre 1	25
Des frontières entre l'hôpital et la prison	25
Chapitre 2	41
La juxtaposition du soin et de la peine.....	41
Chapitre 3	55
Pour une approche socio-anthropologique de la prison.....	55
Deuxième partie	73
ESPACE DE LA PEINE ET ESPACE DU SOIN	73
Chapitre 4	75
Entrées.....	75
Chapitre 5	115
Négocier les frontières	115
Chapitre 6	150
Signifier : entre détenu et patient.....	150
Troisième partie.....	175
LE TEMPS DE LA PEINE ET LE TEMPS DU SOIN.....	175
Chapitre 7	177
Les donneurs de temps du monde de la peine	177
Chapitre 8	203
Un temps menacé par la maladie.....	203
Chapitre 9	228
Sortir/Mourir	228
Conclusion	261

Prologue

Requiem pour une libération

Une femme se tient devant moi, elle est grande et corpulente. Légèrement penchée en avant, l'une de ses mains maintient le bas de son dos. De l'autre elle me salue. Son visage est long et ses cheveux grisonnants épousent le contour de ses grands maxillaires. Au milieu, ses yeux sont comme deux petites billes noires en alerte malgré la fatigue et la douleur qui ne peuvent être dissimulées. Ces cernes larges et creusées tracent une démarcation entre ses pommettes saillantes et ses yeux vifs. Son teint est pâle, sans maquillage ni ornement. Vêtue d'un T-shirt blanc que le temps a rendu moins clair et d'un jogging gris. A ses pieds, des claquettes de plage laissent entrevoir ses chaussettes de tennis blanches. Elle pleure puis elle rit. Son rire est guttural. Tout en s'excusant, elle essuie les larmes qui coulent sur son visage assombri. Elle vient de parler à sa fille de 12 ans au téléphone.

Sylvie a 55 ans, elle est en maison d'arrêt depuis plus de quatre mois : « aujourd'hui, c'est le 135ème jour que je suis ici » me dit-elle entre deux soupirs tout en me regardant fixement. Pour quelqu'un qui dit « ne pas vraiment avoir le temps en tête » depuis l'incarcération, certaines dates restent pourtant gravées dans sa mémoire. Comme celle de son arrivée en prison, un 16 mai après avoir été arrêtée le 13 du même mois. Des heures qui suivent son arrestation, Sylvie se souvient, malgré le manque de sommeil, avoir navigué à l'intérieur du poste de police, entre la salle d'interrogatoire et une cellule semblable à un bloc de béton nu, orné d'un seul néon et sans fenêtre. Son esprit est sans repos, sans cesse, elle se repasse le film de l'arrestation. Dans « cette grosse affaire », les différents protagonistes interpellés ont été ventilés dans des prisons

aux quatre coins du pays. Sans connaître le lieu de sa destination, le corps menotté et entravé, Sylvie regarda défiler le paysage à travers la vitre grillagée du fourgon bleu et blanc de l'administration pénitentiaire. Un jour de printemps humide et froid. Sylvie franchit pour la première fois de sa vie les portes de la prison d'une petite ville de province.

Deux mois plus tard. Un matin d'été où l'air est lourd, derrière la vitre condamnée de la cellule, une chaleur assourdissante accable les détenues. Sylvie transpire, elle est clouée au lit du fait de fortes douleurs qui paralysent son corps. L'une de ses compagnes de cellule comprend que l'heure est grave, elle tambourine à la porte et crie : surveillante - surveillante ! D'autres détenues dans les cellules voisines du quartier entendent ces cris et commencent à taper aussi sur leurs portes de cellule. Ce vacarme alerte les surveillantes qui, une fois la cellule repérée, ouvrent la porte d'un coup de clef rapide dans la vieille serrure en ferraille. A la vue de l'état de santé précaire de Sylvie, l'équipe médicale est rapidement contactée. Dix minutes plus tard, après avoir franchi une dizaine de grilles et de portes, deux infirmières arrivent dans la cellule. Les codétenues se sont mises contre le mur, vers la petite fenêtre, et les deux surveillantes restent sur le seuil de la porte pendant que les infirmières, à côté de Sylvie qui est allongée, contrôlent son pouls, sa température et sa tension. Une heure plus tard, Sylvie est escortée en urgence vers l'hôpital le plus proche où elle sera hospitalisée deux jours. Après une intervention chirurgicale, un traitement par morphine est prescrit afin de pallier les douleurs constantes qu'elle éprouve depuis plusieurs semaines.

De retour de l'hôpital, la « malade » est couchée à même le sol sur trois matelas en mousse superposés dans une cellule de 9 m² qu'elle partage avec deux autres femmes. Alitée et douloureuse, elle bénéficie de l'aide de l'une d'entre elles, pour les actes de la vie quotidienne. L'aidante se prénomme Joëlle. Petite femme malingre, toujours une cigarette au bec. Elle ne parle pas beaucoup. Sylvie apprend plus tard, par d'autres détenues, qu'elle avait tué son compagnon un soir d'ivresse. Quant à la troisième détenue qui partage leur cellule, condamnée pour de menus larcins, elle observe à distance le corps fatigué de Sylvie sans intervenir. Elle qui s'est portée volontaire auprès du directeur de la maison d'arrêt pour venir en aide à cette personne gravement malade semble surtout préoccupée par l'intérêt que cet engagement fictif va lui procurer, à savoir être bien perçue par les personnels de surveillance.

Les jours sont longs. Vivre 24 heures par jour à l'intérieur d'un espace équipé d'un mobilier sommaire – chaise, table, TV, lit superposés, matelas - c'est faire l'apprentissage de la promiscuité dans un espace-temps hors du commun. Cette vie de reclus est toutefois fragmentée,

interrompue par les ouvertures et les fermetures de la porte de la cellule - CLIC-CLAC - Chaque jour, en fin de matinée, une infirmière passe dans les cellules pour la distribution des médicaments. Le temps d'ouverture de la porte est de quelques secondes. Accompagnée d'une surveillante, l'infirmière d'un geste précis et rapide donne à Sylvie ses comprimés et un patch antalgique, puis la surveillante referme la porte. Le médecin m'expliquera que le « patch » est privilégié pour les traitements à base de morphine par rapport aux médicaments afin de limiter les « trafics » entre détenues. Malgré ce traitement antalgique, Sylvie a toujours mal. « Ma santé c'est tout un roman », me dit-elle, « il y a 20 ans, une infection par HIV, il y a dix ans un cancer du sein et récemment la découverte de métastases osseuses (il y a un an) » qui semblent être à l'origine de fortes douleurs au niveau de ses mains qui sont « en feu » et qui irradiant ses bras sur toute leur longueur. Chaque nuit elle est réveillée plusieurs fois par un courant violent et brûlant circulant dans son corps. Elle associe sa souffrance à l'environnement de la prison pour plusieurs raisons: l'inconfort des matelas en mousse, l'impossibilité d'avoir des séances de kinésithérapie pourtant prescrites ou encore les difficultés à bénéficier de moments intimes et calmes pour canaliser cette douleur. Depuis son entrée en prison, elle a le sentiment de se « faire bouffer par la maladie » et de bénéficier d'une « médecine de seconde zone ».

Les professionnels de santé considèrent Sylvie et les autres détenues comme des patientes à part entière. Sylvie bénéficie même d'un suivi médical plus régulier qu'à l'extérieur. Malgré son accès aux consultations et aux traitements, le manque d'aide pour les soins du quotidien reste une difficulté pour elle. À bout de souffle, à bout de force face à cette situation dans laquelle elle vit difficilement le fait d'être dépendante d'une autre personne détenue, elle choisit de se plaindre et de revendiquer ses droits. Elle rédige une lettre à l'intention du directeur de la prison. Dans cette lettre, elle exprime son sentiment de ne pas bénéficier d'un accompagnement adéquat au regard de ses problèmes de santé. Elle y décrit un manque de soutien de la part des professionnels et notamment de la part du personnel de surveillance. En écrivant : « je ne me sens pas épaulée par les surveillantes », elle n'avait pas conscience de l'accusation qu'elle portait, ni même imaginé les répercussions des mots utilisés. Le courrier, intercepté par ces dernières fit du bruit. Quinze jours après son retour de l'hôpital, un samedi matin au réveil, deux surveillantes viennent la chercher. Sylvie marche encore difficilement, mais elle est conduite dans un bureau situé au bout de la cour, où deux autres collègues les attendent. Sans en référer au directeur de la prison, cette discussion née de l'initiative des surveillantes, prend finalement l'allure d'un « procès ». Elle se sent seule face aux quatre surveillantes. Pourquoi un tel procès ? Pour lui faire peur, la menacer de l'envoyer dans une prison « disciplinaire » et lui

faire croire que sa demande de rapprochement familial sera bloquée si elle continue à leur faire du tort.

Sylvie pratique le yoga, elle aime lire et voue une passion infinie à l'Inde. En prison, elle fait l'objet de nombreuses railleries. Elle ne correspond pas à l'image d'Épinal de la détenue, et de surcroît se distingue des normes établies de la vie carcérale. Étiquetée comme « l'intello » de la prison par d'autres détenues, elle apparaît, aussi du point de vue des professionnels, comme une « intruse » dans ce monde. Une infirmière explique : « elle est différente, ça n'a rien à voir avec les autres ». Issue d'une famille de petits commerçants, la découverte de la vie quotidienne en détention, apprendre à vivre aux côtés de femmes « grossières et agressives » comme elle dit, ne fut pas une mince affaire pour elle et lui valut quelques déboires. Son expérience lui fait dire que la prison regroupe la « misère humaine » et détient en ses murs un « cocktail explosif ». Pour survivre dans cet univers extrême, il faut être du côté des « leaders haineux ». Selon elle, il faut s'attacher à établir des relations avec les « dominants » du groupe de détenues.

Suite au procès improvisé par les surveillantes, son inquiétude ne parvint pas à s'atténuer. De plus, les autres détenues qui ont été semble-t-il volontairement informées (les murs parlent) lui font aussi payer son comportement. Elles font bloc contre elle et soutiennent les surveillantes en la maintenant à l'écart. Sylvie a peur, elle a peur qu'on la pousse dans les escaliers de cette vieille prison qui n'est pas équipée d'ascenseurs, et du fait de ses métastases osseuses, elle a peur que son corps vulnérable se fracture. Elle limite ses déplacements aux consultations médicales et aux entretiens avec les infirmières qui ont lieu de façon journalière, sur les temps d'ouverture de l'UCSA : horaires de journée, jours ouvrés. En dehors de ces rendez-vous médicaux, elle ne sort plus de sa cellule, l'une de ses codétenues ne lui adresse plus la parole. Épuisée, elle demande à rencontrer le psychiatre qui lui prescrit des médicaments pour pouvoir dormir et calmer ses angoisses. En d'autres termes une camisole chimique pour continuer à vivre dans ce monde. Avant, elle parvenait à faire ses « petits mélanges » qui l'ont fait « vivre jusqu'à maintenant », en utilisant des médecines parallèles. En prison, elle découvre une nouvelle forme de souffrance physique et psychique.

Elle rédigea une lettre d'excuses aux surveillantes. Elle savait que pour « survivre » dans cet univers, il fallait renouer avec les surveillantes. Ce geste fut perçu favorablement. Il lui donnera même accès quelques jours plus tard à une forme de récompense pour sa conduite « exemplaire », l'une des surveillantes lui lancera même : « vous avez assez payé Sylvie ». Pour répondre à sa demande d'être seule, une cellule individuelle lui est octroyée de façon provisoire.

Mais la tranquillité se paie cher car elle n'a pas de fenêtre. Seul un vasistas perché tout en haut de la cloison offre un faisceau lumineux duquel on peut apercevoir le ciel et ses différentes colorations au fil des jours. De sa cellule, elle entend toujours les cris provenant de la cour de promenade, les portes qui claquent - PAM -, les clés qui tournent dans les serrures - CLIC - les pas des surveillantes rythmés par le carillon incessant de leurs trousseaux de clés - TRIN-TRIN- ! Malgré les excès de bruits et le déficit de lumière naturelle, ce fut pour elle, un soulagement inespéré que de se retrouver seule entre ces quatre murs. Pouvoir s'approprier une partie de l'espace et du temps à l'abri des regards permanents. Être un peu comme dans une coquille protectrice : « dans ma cellule, je me dis tout va bien ».

Sylvie s'approprie l'espace, elle met des photos de fleurs qu'une amie lui envoie par courrier pour se souvenir de la vie « libre », elle étend des étoiles de soie couleur du soleil pour tromper la grisaille qui noie le fil des jours, fait brûler de l'encens pour chasser l'obscurité et les odeurs de tabac froid incrustées dans les murs. Que de souvenirs remontés à la surface, Sylvie dit que c'est bon d'être enfin seule et de pouvoir divaguer sans témoin. Face à la rêverie. Face à l'ennui. Face à soi. Face aux regrets. Elle souhaiterait faire marche arrière, et accélérer ce temps qu'elle décrit comme immobile et lent. Agir sur cette durée qui représente pour elle des jours et des semaines perdus. Sans cesse, l'horizon temporel est pensé, repensé, imaginé et rêvé. Elle pense aux moyens qu'elle pourrait mettre en œuvre pour sortir de ce lieu qui brise ce qui donnait jusqu'à présent un sens à son existence. Elle imagine les retrouvailles à sa sortie avec ses filles et ses amis ; revoir sa maison, ses voisins. Que pensent-ils et que savent-ils de toute cette histoire ? Que deviennent sa maison, ses meubles, ses souvenirs ?

Pour l'instant, il faut tuer le temps, ce temps qui dure et qui semble avoir été « mis entre parenthèses ». Il faut trouver des occupations, bien que son état de santé ne lui permette pas de travailler. Reste les activités, et les deux temps de promenade journaliers. Elle, qui imaginait s'aérer et s'évader à travers les arbres et le ciel dans la cour délimitée de la prison...Elle découvre un paysage figé prolongé d'un horizon restreint, sans véritable vue, sans herbe et sans arbre. Le tableau de la cour de promenade n'est que bitume, cris et rires des femmes qui restent en groupe assises à fumer. La solitude pèse. Les liens avec son entourage ne sont pas constants et les visites de ses proches sont, à ce jour, inexistantes. Si elle parle régulièrement par téléphone à sa fille cadette de 12 ans dont elle s'occupait seule de l'autre côté des barreaux et reçoit des lettres d'une amie, aucun de ses proches n'a encore sollicité de parloirs au cours des quatre derniers mois. En prison, le maillage social qu'elle a tissé se construit autour des professionnels de santé, de quelques personnes détenues, de la Conseillère Pénitentiaire

d'Insertion et de Probation (CPIP), de son avocat et surtout des surveillantes. Grâce aux liens de proximité qu'elle parvient à faire naître, un climat plus doux reprend son cours et l'angoisse de Sylvie s'évapore tout doucement, laissant place à une certaine monotonie.

Sylvie change. D'après sa CPIP, elle est en train de « rentrer dans son incarcération » car ses relations avec les autres détenues se sont intensifiées. Cette professionnelle se souvient à quel point Sylvie était « sous le choc » quatre mois auparavant, suite à la violence de la séparation avec son enfant. Il fallait rapidement trouver une solution d'accueil pour sa fille de 12 ans, me raconte la CPIP. Trouver un toit, pour les enfants des femmes détenues est un moment d'inquiétude intense et souvent le premier problème à résoudre lors de l'arrivée en prison, selon plusieurs surveillantes de la maison d'arrêt. La sœur de Sylvie a accepté de s'occuper de sa nièce qu'elle connaît peu finalement. Cependant, une fois l'urgence passée, la colère et l'incompréhension envahissent les membres de sa famille, d'après la CPIP qui rencontre régulièrement Sylvie. La famille de Sylvie s'interroge : pourquoi a-t-elle commis ces actes ? Leur réaction explique peut-être l'absence de leurs visites.

Sylvie a régulièrement des rendez-vous à l'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires située au cœur de la prison), elle rencontre de façon quasi journalière les infirmières, qui, comme la CPIP, estiment qu'elles font principalement un « travail relationnel » avec elle. Elle consulte le médecin généraliste deux fois par mois et l'infectiologue le dernier mardi de chaque mois. Début septembre, lors d'une consultation médicale à l'UCSA, Sylvie présente des signes infectieux. Par conséquent, le médecin prend rendez-vous avec le chirurgien qui l'avait opérée quelques semaines plus tôt à l'hôpital. Le jour de la consultation ne lui est pas donné. Deux jours plus tard, une surveillante prévient Sylvie de son départ imminent pour l'hôpital. Escortée dans un véhicule de l'administration pénitentiaire, elle est menottée et encadrée par deux surveillantes qui l'accompagnent jusque dans la salle d'attente du service. L'attente n'est pas longue car les secrétaires de l'hôpital placent les consultations des détenues de manière à éviter toute attente et réduire les rencontres possibles avec d'autres patients. La porte du bureau est franchie, Sylvie et la surveillante qui l'escorte s'assoient face au chirurgien mais la consultation médicale tourne mal. Sylvie multiplie ses questions, un climat de tension s'installe, entre elle et ce médecin qui « parle chinois ». Le médecin lui explique finalement qu'il ne peut plus rien pour elle puisqu'elle a le Sida et que son état de santé actuel est dû à cette maladie. C'est la stupéfaction. Elle qui pensait être porteuse du HIV mais ne jamais avoir déclaré la maladie, et qui depuis plusieurs années imaginait ne plus être « dangereuse pour les autres ». La colère monte des deux côtés. Finalement, le médecin lui demande de quitter la

pièce. Elle sort, la surveillante la suit. Sylvie, encore agacée me lance : « vous pouvez demander à la surveillante, elle était là, elle a tout entendu, elle pourra vous raconter de quelle façon on s'est fait mettre à la porte de cet hôpital qui m'a l'air d'être un hôpital de charlatan ».

Au moment de notre rencontre en maison d'arrêt, la peine de Sylvie n'a pas encore été fixée à un quantum dans le temps. L'attente interminable du procès et l'incertitude qu'elle génère l'inquiète. Elle n'avait jamais eu « à faire à la police » jusqu'à maintenant me lance-t-elle. La découverte du monde de l'enfermement est bouleversante, estimant qu'elle « paie cher » cet acte qu'elle regrette déjà amèrement. Bien qu'elle reconnaisse les faits pour lesquels elle est incarcérée, cela ne semble pas agir sur la temporalité de la justice : le temps est bloqué comme s'il s'était mis sur pause pendant la période de l'instruction du dossier. Cependant, le temps est compté pour elle, qui sait qu'elle est condamnée par la maladie. « J'ai fait une connerie », répétera-t-elle de nombreuses fois au cours de notre rencontre, consciente du caractère irréversible de son acte qu'elle tente de justifier par son état de santé inquiétant et sa responsabilité familiale: « mais j'ai paniqué, quand j'ai su que j'avais des métastases, j'ai voulu mettre ma fille à l'abri. Vu que je peux mourir, je souhaitais qu'elle ait un petit pécule d'avance. Depuis deux ans je ne peux plus travailler donc j'ai paniqué et j'ai fait cette connerie ». Elle explique parallèlement avoir pu réfléchir à sa vie, au motif de son incarcération depuis qu'elle est privée de liberté... Ce dont elle paraît de plus en plus consciente c'est qu'elle va mourir et dans peu de temps.

Au regard de son état de santé et de sa situation familiale, une demande de remise en liberté a été adressée au magistrat. A partir de deux comptes-rendus médicaux, l'expert médical affirme que cette femme peut purger sa peine tout en étant soignée : « son état de santé est compatible avec les conditions de détention et les soins qu'elle reçoit en détention sont suffisants ». Sans avoir rencontré Sylvie, l'expert a constitué son rapport à partir de deux courriers, l'un rédigé par le médecin exerçant en prison, l'autre par un médecin infectiologue que Sylvie n'avait pas vu depuis plusieurs années. Son avocat s'insurge et décrie les conditions de l'expertise tout en s'indignant face à l'inhumanité de sa situation. Malgré sa révolte, la requête de Sylvie est rejetée par le tribunal, et le juge prolonge de quatre mois son mandat de dépôt.

« On n'est pas que des criminelles » me lancera-t-elle excédée par l'image de « narco trafiquante » qui semble désormais lui coller à la peau. Arrêtée quelques mois auparavant à son retour d'un voyage au Pérou où elle allait rencontrer un chaman. Accusée d'avoir joué la « mule », elle répond aux accusations d'Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS) et

encourt une peine de 10 ans au regard du Code de Procédure Pénale français -art. 222-36, 1^{er} alinéa- pour « importation illicite de stupéfiants ». L'enquête doit parallèlement faire la lumière sur le public visé lors de la vente des stupéfiants et découvrir si elle agissait dans le cadre d'une « bande organisée ». Ces éléments entraînant des circonstances aggravantes, cette « grosse affaire » doit être élucidée et le juge, tenu au secret de l'instruction, mène son enquête. Pour l'instant, il ne semble pas enclin à effectuer un geste compréhensif à l'égard de cette « criminelle ». Sylvie est désespérée, elle ne comprend pas le rejet de sa demande, ni l'absence de sa famille. La colère monte, elle se fâche avec son avocat. Insupportable semble être l'idée de rester encore plusieurs mois en prison sans savoir si un jour elle en sortira vivante. Son CPIP et l'équipe médicale s'inquiètent, la peur d'un suicide envahit les esprits.

Introduction

Les mondes

Il y a plusieurs années, j'ai rencontré Sylvie dans un bureau médical de la maison d'arrêt où elle effectuait sa peine. Son histoire expose les points qui vont être au centre des pages que vous allez lire : l'espace contraint, la promiscuité, le bruit, la peur, les liens familiaux sous tension, la maladie, les soins et l'attente de la sortie de prison. J'ai mené des entretiens auprès de Sylvie et des professionnels intervenants au cours de sa trajectoire : une infirmière, un médecin, un avocat, un juge, une surveillante, une Conseillère Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP). D'autres rencontres avec des personnes détenues et malades et des professionnels variés ont vu le jour grâce à mon ancrage empirique. À la lecture du récit de l'expérience de Sylvie, la présence de trois « mondes » est mise en évidence : le monde de la peine, le monde du soin et le monde privé de la personne détenue. Leur juxtaposition bouscule ce que l'on pourrait nommer l'ordre carcéral car chaque « monde », tel que Howard Becker le définit dans *Les mondes de l'art*, a des objectifs singuliers, et déploie une organisation composée de « schémas conventionnels », des « réseaux de chaîne de coopération » ainsi qu'un langage qui lui est propre (Becker, 1988 : 49-58).

Ce que je désignerai dans mon propos par l'expression le « monde de la peine » englobe les espaces, les objets et les différents acteurs qui interviennent au cours de l'exécution d'une peine d'emprisonnement et au moment du projet de sortie de prison (surveillants pénitentiaires, Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation et magistrat). Sanctionner par une peine d'emprisonnement, c'est tout d'abord neutraliser l'individu en réduisant ses possibilités de mouvement, c'est aussi modifier son rapport au temps. Selon Didier Fassin, « être prisonnier c'est, fondamentalement, cela : être confiné dans un espace et contraint dans le temps » (Fassin, 2015 : 195). En effet, le rythme répétitif du monde de la peine synchronise les déplacements périmétriques et chronométrés des détenus. Comme l'a bien montré Anne-Marie Marchetti, les déplacements collectifs, les claquements de porte et le bruit des

trousseaux de clés des surveillants « donnent le LA » (2001 : 168). Au-delà de l'organisation très réglée produite par les activités du monde de la peine, le rythme carcéral se forme au cours d'une « expérience quotidienne de l'incertitude » qui se maintient durant les différentes périodes de la peine selon Philippe Combessie (2001: 45).

Le second monde en présence, celui du soin, est composé par les professionnels de santé (médecins et infirmiers) ; il a pour but de diagnostiquer, de guérir, de soigner et d'accompagner le malade. Soigner, c'est permettre un retour à la norme en agissant sur le cours de la maladie, en modifiant sa temporalité, en tentant de la maîtriser et de la freiner afin de repousser la mort (Canguilhem, 1966 ; Strauss, 1992). La maladie donne une autre importance au temps qui passe et peut modifier à la fois le rythme et la durée de la peine. En effet, les maladies chroniques alternent des périodes de crises et d'autres d'accalmies, elles produisent des événements imprévus et leur temporalité est pleine d'incertitudes (Strauss, 1992). Ainsi, la maladie bouleverse les calendriers prévus, c'est une « crise biographique » qui remet en question les anticipations possibles de l'avenir (Marin, 2013) et réduit l'horizon temporel qui est bien souvent imaginé au regard de la sortie de prison et de la réinsertion du détenu et non pas de la mort à venir.

Le troisième monde en présence est celui qui concerne l'environnement personnel de Sylvie. L'expérience de cette femme met en lumière que dans une certaine mesure, une partie de son espace et de son temps sont investis au regard d'objectifs qui lui sont propres. Lorsqu'elle décore l'espace de sa cellule, elle tente de privatiser quelques m² en fonction de ce qui est autorisé par l'institution pénitentiaire. Elle parvient aussi à remplir une partie de son temps par des activités telles que le yoga et la méditation qui lui permettent de s'évader quelques instants. A l'intérieur de cet espace, la durée de la peine prend des colorations dont les nuances varient au gré de ses souvenirs, des événements vécus, de ses projets futurs et des inquiétudes, liées à sa maladie et à son statut de détenue. L'enfermement est une expérience totale, troublant tous les liens, tous les repères, toute la vie en est affectée jusqu'au corps, lui aussi contaminé. A cela s'ajoute une autre expérience totale qui est celle de la maladie bousculant également le lien à soi-même, aux autres et les projections vis-à-vis de l'avenir.

Tout se passe dans un même espace où les trois mondes cités se juxtaposent. En même temps qu'elle vit au gré d'événements et d'objectifs qui lui sont propres, Sylvie est en train de

« purger » sa peine et de soigner sa maladie. Soigner des personnes détenues gravement malades est loin d'être simple et bouscule l'organisation habituelle de la vie en prison, y compris celle des soins telle qu'elle a été pensée pour une population détenue généralement jeune et relativement autonome. De plus, la complexité de la situation médicale de Sylvie et l'incertitude quant à son pronostic vital la conduisent à faire une demande de remise en liberté auprès du juge. Cependant, les points de vue des professionnels rencontrés vis-à-vis de son projet de sortie sont variables et parfois contradictoires. Si l'avocat est scandalisé par son maintien en prison, le juge joue la carte de la prudence et produit de l'attente pendant que les professionnels de santé organisent les soins qui permettent de prolonger sa durée de vie. L'attente de la sortie de prison incarne souvent l'horizon temporel des personnes privées de liberté. Reprendre la vie d'avant, là où elle avait été interrompue et rattraper le temps perdu, tel est bien souvent l'espoir du condamné comme l'explique Manuela I. Cunha (1997). Sylvie exprime le souhait de retrouver sa fille le plus vite possible, car elle sait que sa maladie la condamne à une durée de vie limitée. Toutefois, ces possibilités d'action vis-à-vis de son avenir sont provisoirement bloquées car sortir de prison avant la date prévue est soumis à un système d'évaluation et d'expertise dont la temporalité vient ajouter une incertitude supplémentaire.

Ainsi, la trajectoire de cette femme (tant au niveau du soin que de la peine) devient très problématique car elle mêle des enjeux relatifs à trois ordres : d'ordre juridique, d'ordre médical et d'ordre individuel, qui par leur juxtaposition, donnent naissance à des tensions liées au temps et à l'espace tels qu'ils se forment dans les mondes étudiés. Chaque monde – de la peine, du soin et de l'espace privé – agit au regard de ses valeurs et se donne son espace et son temps. Des luttes spatiales et temporelles mettent en visibilité des désaccords, des négociations et des compromis, traversés par des enjeux de pouvoir entre les mondes et en eux-mêmes. Ainsi, « l'ordre négocié » qui anime les mondes et les délimite de façon temporaire, questionne la structure même de l'espace-temps carcéral et de la rationalité de la peine ainsi que la définition du soin (Strauss, 1992). Chaque monde s'attache à définir l'individu qui est tantôt un détenu, tantôt un patient, parfois les deux, ce qui donne naissance à des tensions éthiques et professionnelles.

Afin de mieux comprendre ces tensions, cette recherche analyse les trajectoires des détenus malades à partir de deux axes. Le premier axe propose une anthropologie des espaces de la

peine et du soin. Le second axe propose une anthropologie du temps de la peine et du soin. A partir de mon ancrage empirique qui s'est étendu sur une période de deux années, des rencontres avec des espaces, des objets, des bruits, des rythmes, des personnes et des mondes ont donné naissance à des descriptions « denses et situées » que vous lirez dans les pages qui vont suivre (Cefaï, 2010 : 13). C'est en respectant cette temporalité propre à la recherche et en accordant une place privilégiée au travail de terrain que j'ai pu analyser la peine de prison sous le prisme du soin au regard de l'espace et du temps. Cette posture interroge la composition des mondes, à savoir de quelle façon les trois mondes analysés se recomposent et se réajustent à partir de codes insérés dans le temps et l'espace. On peut faire l'hypothèse que la maladie et les soins suscitent de nouvelles contingences qui modifient les contours de la peine et l'horizon du détenu malade d'un point de vue temporel et spatial.

Ces deux axes permettent d'interroger le sens de la peine sous le prisme du soin. Ils permettent également d'interroger la capacité de l'homme à se construire un « monde de vie »¹ sur un territoire confiné et dans une durée définie par un quantum de peine. On peut considérer au regard des travaux de Danilo Martucelli que le fait d'être détenu et malade est une double « épreuve » (2006) à travers laquelle les dimensions du lien social peuvent être lues. L'analyse de cette épreuve apparaît significative dans le sens où elle permet de rendre compte de la réalité de la peine et de la réalité humaine car « la prison révèle comme sous une loupe ce que peut être l'épreuve humaine » (Lécu, 2013 :33). L'étude de l'individu détenu et malade porte des enseignements tant sur le fonctionnement individuel que sur le fonctionnement de la société dans sa manière de punir, cette épreuve peut être interprétée comme un « phénomène social total » (Lévi-Strauss, 1999 : XXV).

Dans ce contexte, comment se construit et se reconstruit la personne détenue et malade ?

¹ Selon Christian Guinchard : « Sans doute le monde est-il toujours plus vaste qu'une situation. De ce point de vue, on pourrait dire que c'est une structure ultime. Mais surtout, comme nous le verrons par la suite, le monde de vie est un ordre plus ou moins fragile et plus ou moins stabilisé que les situations peuvent consolider ou menacer de « démondisation » (2011 :11).

Annonce du plan

La première partie de ce document donne des éléments de contexte en proposant des « **petites histoires du soin en prison** ». Partant, d'une approche socio-historique, je présente de manière relativement générale la naissance de la peine de prison, puis la naissance du soin en prison. Le deuxième point fait état des interrogations actuelles posées par la juxtaposition de la peine et du soin. Le dernier point de cette première partie sera d'ordre méthodologique. Je reviendrai sur les travaux qui se sont intéressés à la question du soin aux détenus et ceux qui ont analysé l'espace et le temps comme objet de compréhension de la peine. Ensuite, j'exposerai le contexte de mon travail de thèse, ma posture et la méthodologie employée en présentant mon terrain et les personnes enquêtées. Cette partie balise les questionnements qui seront repris, développés et interprétés dans les deux parties suivantes de la thèse (parties 2 et 3) qui ont été découpées au regard des deux grandes thématiques: l'espace et le temps. Ce découpage est utilisé à des fins de structuration et d'argumentation de mon propos car l'espace et le temps sont intimement liés, voire indissociables.

La deuxième partie de la thèse nommée « Espace de la peine, Espace du soin » est plus visuelle. Elle nous plonge là où mon travail de terrain a débuté, à savoir au cœur des unités de soin dédiées aux personnes détenues. J'y analyse l'espace dans ses moindres recoins. Au cœur de ces espaces, les objets prennent une place particulière dans les interactions entre les humains. Grâce à une approche ethnographique de la juxtaposition des mondes de la peine, du soin et de l'environnement personnel du détenu, je mets en évidence de quelle façon les espaces sont qualifiés et disqualifiés, puis négociés et parfois transformés. Les tensions et les compromis liés aux espaces mettent en évidence les difficultés des malades au quotidien et les obstacles à la construction d'une relation thérapeutique en prison. Le travail de définition des espaces et par conséquent des activités (le soin et la surveillance) contribue à modifier le sens attribué aux lieux ainsi que le statut des professionnels et des détenus. C'est en grande partie à partir de l'espace que l'ordre social et les mondes sont re-négociés. Tel est l'objet de la deuxième partie apportant une contribution à **une anthropologie de l'espace**.

Dans une troisième partie intitulée « temps de la peine et temps du soin », les temporalités en action seront interrogées. Ainsi, la catégorie du temps sera analysée par un

découpage analytique des différentes structures qui composent le temps de la peine, celui du soin et celui de la personne détenue malade, à travers les rythmes et les durées qui les animent. Aussi, les problèmes de synchronisation propres à chaque monde, puis entre les mondes seront exposés. Pour saisir les différents événements de la trajectoire des détenus malades, je m'appuierai sur les travaux d'Anselm Strauss, plus particulièrement la notion de « trajectoire hautement problématique » et celle de « travail d'articulation ». Puis, j'analyserai la question de l'horizon temporel où se juxtaposent deux lignes, celle de la sortie de prison et de la réinsertion, puis celle de la guérison et de la mort relative à la maladie grave. Tel est l'objet de la troisième partie que l'on peut lire comme une contribution à une *anthropologie du temps*.

La conclusion revient sur l'articulation de l'espace et du temps comme élément de compréhension de la peine. Mon travail permet d'éclairer le sens de la peine et parallèlement donne des éléments de compréhension sur l'expérience de la maladie et celle de la fin de vie. A partir d'une ethnographie des malades en prison, la peine et le soin seront reconstruits comme un « phénomène total » qui met en lumière le traitement de l'être humain, en tant qu'être situé dans des conditions extrêmes au regard de la maladie grave et de l'enfermement. L'anthropologie de l'espace et celle du temps interrogent en filigrane le sens de la justice et la place des soins aux détenus. Pour finir, je reviendrai sur ma posture. Mener une enquête en prison, c'est faire l'expérience, à sa manière, de l'enfermement, c'est éprouver un espace et un temps contraints. Mener une enquête auprès de détenus malades, c'est aussi se « laisser infecter » pour reprendre les termes de Marie-Christine Pouchelle dans son livre *L'hôpital corps et âme* (2003 : 10), par une population stigmatisée, disqualifiée et fragile ce qui donne une coloration et une tonalité particulière à l'enquête. Enfin, mon « engagement ethnographique » sera regardé dans la perspective du lien entre le savant et le politique, en référence au titre du célèbre ouvrage de Max Weber (1959), en particulier au regard des temporalités de ces deux sphères et de leurs places dans l'espace public.

Première partie

PETITES HISTOIRES DU SOIN EN PRISON

Chapitre 1

Des frontières entre l'hôpital et la prison

1.1 Du crime à l'infirmierie

En se penchant sur l'histoire de l'hôpital et de la prison, on peut constater que leur frontière n'a pas toujours été visible, elle est d'ailleurs longtemps restée floue et poreuse comme le met en lumière Michel Foucault dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (Foucault, 1972). L'hôpital de la Salpêtrière ou ceux de Bicêtre et de la Pitié en donnent une belle illustration puisque durant plusieurs siècles (du XVIIème au XIXème siècle), ces hôpitaux généraux enfermaient souvent de manière arbitraire, un public hétérogène au sein duquel des malades, des fous et des déviants n'étaient pas différenciés. Dans ces lieux étaient regroupés des idiots, aux côtés de voleurs, de pauvres, de paralytiques et d'hystériques, formant ainsi un ensemble de personnages qui n'entraient pas dans le cadre de la norme sociale telle qu'elle était alors pensée.

Si la peine de prison occupe aujourd'hui une place importante dans la régulation et le traitement des comportements déviants, cela n'a pas toujours été la règle. La prison va s'imposer lentement à partir de la Révolution Française, comme une institution nouvelle et légitime. La peine n'est plus partielle et de forme multiple mais elle devient légale, proportionnée au crime et calculée avec un quantum de temps. Ce changement est influencé par les principes fondamentaux du droit défendus par Cesare Beccaria dans son ouvrage *Des délits et des peines* datant de 1764. Il défend une peine devant être juste et nécessaire (1991, (1^{ère} éd en français en 1765)). Il faudra attendre 1791 pour que le premier code de procédure pénale soit adopté par l'assemblée nationale française. D'après Michel Foucault, on assiste en moins d'un siècle, à une redistribution de l'« économie pénale » où l'abandon de la peine infligée sur le corps par la société du Moyen-âge disparaît au profit de la peine de prison (Foucault, 2009 (1975) : 14). On comprend à partir des deux exemples exposés au début de

Surveiller et punir – celui du supplice de Damiens en 1757, puis celui du règlement d'une prison écrit par Léon Faucher en 1838 - le passage d'un châtement corporel à une autre forme de traitement, résultat d'une autre façon de percevoir le crime et de le juger.

Quelles fonctions doit endosser la peine ? Quelle est sa signification ? Quelle peut être la meilleure peine ? Toutes ces questions taraudent les parlementaires, les humanistes ou encore certains médecins au cours des XVIIIème et XIXème siècles. À sa naissance, la prison apparaît comme un espace et un instrument bénéfiques en opposition aux pratiques de l'Ancien Régime, car elle propose la bonne peine et œuvre à la transformation du condamné. Tout au long du XIXème siècle, « le mythe fondateur de la prison » selon lequel la prison permet de regrouper « l'idéal des fonctions de la peine » s'impose d'après Claude Faugeron et Jean Michel le Boulaire (1992). Ainsi, la peine idéale répond à différents critères : elle doit être suffisamment punitive, elle doit protéger la société tout en étant utile. Sa force est aussi d'offrir une possibilité d'amendement au prisonnier tout en déployant un pouvoir dissuasif afin de réduire les crimes et d'éviter la récidive. Rappelons que pour Émile Durkheim le pouvoir dissuasif de la peine de prison est primordial, ainsi le but de la peine n'est pas tant orienté sur l'individu déviant mais sur le bénéfice collectif car la fonction de la peine : « est de maintenir intacte la cohésion sociale en maintenant toute sa vitalité à la conscience commune » (1893).

Pour atteindre ces multiples objectifs, différents modèles de prison ont été inventés. Les plus connus sont les modèles de Philadelphie, d'Auburn et plus récemment celui de Reformatory System. Le premier fut mis en place dans les prisons américaines au cours du XVIIIème siècle. Il consistait à isoler le détenu en cellule où il travaillait, lisait la bible et devait réfléchir pendant de longues heures aux raisons de sa présence en prison. Ensuite, le second modèle celui d'Auburn se développe à partir du début du XIXème siècle, il préconise un travail collectif en atelier, des repas pris au réfectoire, toutes ces activités se déroulant dans le silence. Puis, fin du XIXème siècle, le modèle se modifie en vue d'un système réformateur nommé « Elmira ou Reformatory System » qui a été développé à New-York par Zebulon Brockway. Selon lui, la réhabilitation est aussi importante que le confinement. Ainsi, le prisonnier est autorisé à parler et à recevoir des visites. Il est récompensé en cas de bonne conduite, encouragé à faire des activités et la possibilité de bénéficier d'un aménagement de peine est introduite. De ce résumé succinct de différents modèles de prison, un élément commun me semble essentiel. En effet, quels que soient la période historique et le modèle

déployé, penser l'architecture de la prison, l'aménagement de l'espace et le découpage du temps s'avère nécessaire au regard du sens attribué à la peine. La prison est d'abord un espace nous dit Michelle Perrot (2002 : 17) mais comme je le montrerai plus loin, c'est aussi grâce à un emploi du temps très précis et à une vie très réglée que la prison devient une institution totale au sens donné par Erving Goffman (Goffman, 1968) dont je retiendrai l'adjectif « total » qui me semble moins connoté que « totalitaire ». Selon lui, et c'est un point sur lequel je reviendrai dans le développement, les institutions totales déploient un encadrement spatial et temporel unique à l'intérieur duquel une unité de lieu correspond à une unité de temps.

L'importance de l'aménagement de l'espace des prisons a été particulièrement mise en lumière dans les travaux de Jeremy Bentham. Dans le panoptique, la cellule traverse toute l'épaisseur du bâtiment, et sur les deux extrémités se dessinent des ouvertures qui permettent au gardien d'observer les détenus depuis la tour où il se situe. En effet, la lumière peut traverser la pièce et « par l'effet du contre-jour, on peut saisir de la tour, se découpant dans la lumière, les petites silhouettes captives dans les cellules de la périphérie. En somme, on inverse le principe du cachot » (Foucault, l'œil du pouvoir, 1977 :10). Bentham construit de la transparence afin de voir à travers les portes sans avoir besoin de les ouvrir, ce qui facilite et rentabilise le travail de surveillance. Il veut aussi rendre visible la vie des détenus dans une visée utilitariste et pour lutter contre l'oisiveté. Pour l'économiste anglais, la cellule doit être aménagée de telle sorte qu'elle favorise le travail du détenu. L'exemple des fenêtres est à cet égard très parlant. Dans le modèle du panoptique, les fenêtres sont multipliées, contrairement à d'autres modèles de prison qui intègrent seulement une petite ouverture en haut de la pièce dont l'horizon restait inaccessible à la vue du condamné. L'introduction de fenêtre permet à la lumière du jour de pénétrer et au condamné de pouvoir accéder à un horizon. Ces deux éléments favorisent la santé des détenus et par conséquent leur travail. Selon Bentham, « La multiplication des fenêtres n'est pas seulement un soulagement nécessaire à la captivité, c'est encore un moyen de santé et d'industrie, puisqu'il est bien des genres de travaux pour lesquels il faut beaucoup de lumière, et qu'on est forcé d'abandonner si l'on ne peut pas se soustraire aux variations du temps, que l'on éprouve nécessairement sous une ouverture pratiquée au haut d'une cellule. » (Bentham, 1977 :16).

Pour Michelle Perrot, le panoptique est une « utopie spatialisée » (Perrot, 1977: 171) puisque il doit « s'étendre à chaque individu parmi les prisonniers, à chaque instant de sa vie et par conséquent à chaque proportion de l'espace qui le renferme » (Bentham, 1977 :17). En France, seul le modèle circulaire proposé par l'architecte Harou-Romain en 1840 aux parlementaires, épouse celui de Bentham : « dans chaque logement, une porte vitrée et un vitrage sur appui, avec volet, dont le résultat serait de placer chaque prévenu dans une véritable chambre à lui, chambre dans laquelle il serait à l'abri de tous les regards, même de ceux des surveillants » (propos de Harou Romain cité par Christian Demonchy), mais ce modèle reste trop coûteux par rapport à celui proposé par Blouet qui insère « un petit trou dans la porte pleine », idée qui sera retenue par les parlementaires (Demonchy, 2004: 283). Si le dispositif théorisé par « le Fourier de la société policière » comme le nomme Michel Foucault, est loin de faire l'unanimité en France où il sera très peu repris, il apporte au moment de la période postrévolutionnaire un discours sur « le rêve d'une société transparente, à la fois visible et lisible » grâce au déploiement de « technologies positives du pouvoir » (Foucault, 1999 :44). Grâce au travail de surveillance et à l'aménagement rigoureux de l'espace et notamment avec la naissance de la cellule, la peine devient une punition par et la prison devient un haut lieu d'observation : « rien ne doit échapper à l'œil du pouvoir ».

Cet « art de gouverner » qui opère un contrôle déterminé de l'espace et du temps, n'exclut pas totalement les déviants d'un point de vue géographique, contrairement au bagne. Cet « art de gouverner » ne punit plus directement le corps contrairement à la période de l'Ancien Régime. Ainsi, le déploiement d'un contrôle physique de l'espace du criminel indissociable d'un emploi du temps déterminé, se généralise et fabrique les contours de la privation de liberté à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Cette méthode d'observation et de contrôle social n'est pas propre à la prison, l'hôpital devient aussi un haut lieu d'observation où l'aménagement de l'espace et la maîtrise des déplacements des malades et des professionnels tente de limiter les risques de contamination. A l'intérieur de cet espace, le médecin « devient le grand conseiller et le grand expert sinon dans l'art de gouverner, du moins dans celui d'observer, de corriger, d'améliorer le « corps social » et de le maintenir dans un état permanent de santé » (Foucault, 1979 : 736). La journée hospitalière est rythmée par un emploi du temps inquiet de l'évaluation des signes corporels du malade.

Le contrôle déployé à l'égard des « anormaux » n'est pas uniquement spatial, il est également temporel. Un emploi du temps précis rythme le quotidien des prisonniers. Le règlement d'une

« maison des jeunes détenus à Paris » rédigé par Léon Faucher en 1838 dans *De la réforme des prisons*, repris dans *Surveiller et punir*, illustre l'importance de l'emploi du temps chronométré, reposant également sur un contrôle rigoureux des déplacements des prisonniers (Foucault, 2014 (1975) : 12). La journée du détenu commence, selon la saison, à cinq heures ou six heures du matin et se termine à sept heures et demie ou huit heures et demie le soir. Au cours de la journée, les activités s'enchaînent : le travail, les repas, la prière et l'école. Chaque activité répond à des moments définis qui sont donnés par des roulements de tambour. Prenons l'exemple du lever :

Art.18. Lever. Au premier roulement de tambour, les détenus doivent se lever et s'habiller en silence, pendant que le surveillant ouvre les portes des cellules. Au second roulement, ils doivent être debout et faire leur lit. Au troisième, ils se rangent par ordre pour aller à la chapelle où se fait la prière du matin. Il y a cinq minutes d'intervalles entre chaque roulement (Foucault, 2014 (1975): 12).

Le bruit des roulements de tambour rythme la journée carcérale et signale les activités. Chaque jour, après la prière, les détenus se lavent les mains et le visage, puis reçoivent une première portion de pain. La longue journée de neuf heures de travail est ponctuée par des moments de prière, deux repas, deux heures d'école, quatre lavages de main et deux distributions de portion de pain. Cette même journée recommence chaque jour de façon répétitive. Le soir, les détenus regagnent leurs cellules après une inspection de leurs vêtements. Puis, les lourdes portes des cellules s'ouvrent et se referment une à une, accompagnées d'un gémissement, d'un bruit de ferraille puis de celui de la clef qui, en tournant active la serrure à pêne dormant. Les serrures de portes parfois renforcées par des « loquets, verrous, targettes, fléaux ainsi que les judas » permettent depuis 1798 « d'épier sans être vu » (Dibie, 2012 :226). De multiples objets s'insèrent dans le paysage carcéral afin de neutraliser le détenu tout en l'observant: des barreaux, de lourdes portes en fer ou en bois avant que la tôle (qui donnera son nom familier à la prison) ne soit employée.

Le règlement de Faucher décrit rapidement ci-dessus s'inspire du modèle d'Auburn qui préconise un travail en atelier collectifs en journée et une période d'isolement la nuit. Au cours de la journée, rythmée par le son des tambours et celui des portes, les prisonniers doivent maintenir le silence. Ce rythme de vie se rapproche de la vie monastique et montre à quel point, le prisonnier silencieux est « discipliné » si l'on reprend un terme Foucauldien. Le

maintien du silence est aussi utilisé à cette période dans les asiles, par exemple les hystériques de la Salpêtrière à la fin du XIX^{ème} siècle étaient sommées de garder le silence dans les dortoirs où les lits étaient séparés par des rideaux blancs (Edelman, 2003). Le silence est un outil disciplinaire mais aussi un outil de guérison car à l'hôpital il doit être respecté afin de ne pas perturber les malades et de ne pas empêcher leur rétablissement². Certaines prisons qui s'inspirent du modèle de Philadelphie, déploient un contrôle du temps et de l'espace plus contraint et un silence total où toute forme de communication avec autrui est empêchée. Le détenu reste dans sa cellule de jour comme de nuit où tout se passe dans un même espace. L'absence de différenciation spatiale et de distinction temporelle entraînent une perte de nombreux repères. Ces conditions d'enfermement dont on sait aujourd'hui qu'elles peuvent conduire certains individus à la folie, produisent un isolement total et sont encore déployées dans certaines prisons très sécurisées. Au-delà de l'objectif de neutralisation des individus par une discipline construite dans un espace-temps contrôlé et de l'aspect punitif de ce modèle d'enfermement, ce sont les représentations du crime liées à celles de la maladie qui permettent de comprendre ce traitement extrême. Pour les hygiénistes, le crime est assimilé à une maladie sociale pour laquelle un remède, un traitement doit être inventé. Comme l'explique le célèbre médecin Louis Villermé en 1829 :

Les fautes et les crimes sont des maladies de la société qu'il faut travailler à guérir ou, tout au moins, à diminuer ; et jamais les moyens de curation ne seront plus puissants que quand ils puiseront leur mode d'action dans les révélations de l'homme physique et intellectuel, et que la physiologie et l'hygiène prêteront leurs lumières à la science du gouvernement.³

Pour Alexis de Tocqueville et Gustave de Beaumont, partis étudier le système pénitentiaire américain, c'est l'isolement sévère, la vie de reclus en cellule qui doit primer afin de maîtriser tous les risques de contagion, y compris celle du crime en réduisant la communication entre les condamnés⁴. Ce principe de séparation est aussi utilisé à l'hôpital où une organisation

² Il est intéressant de noter que l'importance du silence se retrouve aussi dans les hôpitaux. Florence Nightingale raconte que les gardes malades doivent filtrer et limiter les visites car « le bruit et les mouvements de la soie et de la crinoline, le craquement des jupons empesés, de la chaussure, le cliquetis des trousseaux de clef font plus de mal à un pauvre malade que toutes les médecines du monde ne lui feront du bien »².

³ Prospectus inaugural des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1829, cité in Histoire des prisons en France, 2002, p. 200-201.

⁴ Alexis de Tocqueville et Gustave de Beaumont ont été mandatés par la Société Royale des Prisons pour enquêter sur le système pénitentiaire aux États-Unis. De leurs observations en Outre Atlantique a été écrit : Du système pénitentiaire aux États-Unis et de son application, écrit en 1833.

spatiale rigoureuse doit favoriser la circulation de l'air et la gestion des risques de contagion grâce au placement des malades et au traitement du linge (stockage et transport). Cette volonté de maîtriser les risques donne naissance à des espaces individualisés. Ainsi, se sont formées la chambre du tuberculeux séparé des malades non contagieux à partir du XIX^{ème}, celle du fou à la même période, puis celle du mourant, ensuite celle du grabataire (Perrot, 2009). Si l'hôpital se modifie au cours du XIX^{ème} siècle et passe d'un lieu d'accueil et d'assistance, à un espace thérapeutique dont l'ambition est de devenir une véritable « machine à guérir » (Foucault, 1979 :739), les hôpitaux restent encore surtout un espace qui accueille la mort. En effet, l'emplacement des malades dans de grands dortoirs où les lits, parfois doublés, sont séparés de quelques dizaines de centimètres semblent en contradiction avec cette volonté de séparer pour guérir (Faure, 1981 :175). Dans cette perspective hygiéniste, la prison est imaginée avec des espaces aérés, des ouvertures pour laisser rentrer le soleil, des ateliers, des chapelles, des infirmeries. Cependant, la prison c'est surtout des cellules, de hauts murs, des pierres épaisses, des bruits de portes, un manque de lumière et un lieu insalubre. Cet aménagement spatial n'est pas réalisable car les prisons sont vétustes, surpeuplées et le budget alloué à leur transformation est maigre. Si plusieurs circulaires incitent à pratiquer l'encellulement individuel en prison (au cours de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle) pour séparer les corps des individus afin d'éviter la transmission et la multiplication de maladies, elles restent très peu appliquées et la promiscuité ainsi que les épidémies demeurent.

La prison est un lieu où la mort est très présente. Entre 1822 et 1837, « 17,25 % des hommes détenus enfermés pour une durée moyenne de 3 ans y décèdent » et le taux de mortalité des détenus est de quatre à cinq fois supérieur à celui de la population générale, celui par suicide de deux à trois fois supérieur (Petit, Faugeron et Pierre, 2002: 84-86). Au cours du XIX^{ème} siècle, « la prison pénale tue plus que ne le faisaient les supplices de l'Ancien Régime, il en résulte qu'au cours du XIX^{ème} siècle, 40 000 à 50 000 personnes sont mortes du fait de l'enfermement » (*ibid*, 86). D'après un médecin nommé Doublet qui dresse en 1791, un état des lieux des prisons et des conditions de détention, les prisonniers manquent de tout : d'air, de vêtements, de nourriture. À l'intérieur des prisons un misérable spectacle se dessine : celui de l'insalubrité, de la promiscuité, du manque d'aération, des excès de froid ou de chaleur ; les prisonniers souffrent de malnutrition chronique provoquant des carences (le scorbut) et présentent un état d'épuisement physique. Dans ce contexte, des maladies épidémiques prolifèrent (la tuberculose, le typhus et le choléra), la typhoïde et la dysenterie causent de

nombreux décès et chaque hiver des pneumonies et des pleurésies sévissent. A ce sujet, les rapports de Ferrus et Laurent montrent que les tuberculoses pulmonaires et ganglionnaires sont responsables de près de la moitié des décès en prison, et sont la conséquence de l'épuisement et de la malnutrition des détenus (Milly, 2000).

Face à ces constats collectés dans un rapport remis à la Société royale de médecine, François Doublet appelle à l'humanisation des prisons dans la même perspective que celle proposée par John Howard en Grande-Bretagne (1777). Suite à des enquêtes menées sur plusieurs années dans de nombreuses prisons, tous deux critiquent la surpopulation, les problèmes d'aérations, l'insalubrité et la « fièvre des prisons » (le typhus). Lors de la visite d'une prison, il note : « À Provins, les cages de fer et de bois de la prison enferment, dans un espace de trois mètres sur deux, quatre à six prisonniers. Dans les cachots de cette même prison, les conditions sont encore beaucoup plus difficiles. » (Petit, Faugeron et Pierre, 2002 : 30). Cette humanisation passe par une amélioration des conditions de vie (litterie, alimentation, aération) et une maîtrise des épidémies. Pourtant, la présence des médecins à l'intérieur des prisons est souvent limitée car l'administration pénitentiaire se méfie de la nature de leur relation avec les détenus et leurs salaires sont peu attractifs. Leur matériel est sommaire : ventouses, tisanes, sangsues et vésicatoires, et des médicaments de base non coûteux. Rares sont les médecins qui franchissent à cette époque les portes des cellules, ce sont les psychiatres qui vont pénétrer les lieux.

La célèbre histoire du Pr Lacassagne, psychiatre mandaté comme expert dans une prison lyonnaise, qui a constitué une « encyclopédie vivante du crime » écrite par les criminels eux-mêmes signe un changement dans la définition de la peine et la perception du criminel. *Le livre des vies coupables: autobiographies de criminels* (1896-1909) publié grâce au travail de l'historien Philippe Artières, retrace les rencontres du Pr Lacassagne avec les prisonniers dans leurs cellules (2000). Il amenait les criminels à écrire leur propre histoire et particulièrement celle de leur crime, en utilisant des techniques de narration empruntées au domaine de la psychiatrie, les fous et les criminels étant considérés comme des « anormaux ». Selon l'historien, la relation entre le médecin et les criminels offre la possibilité d'accéder à un « ultime espace, non pas pour se défendre mais pour vivre encore un peu [...] un espace de liberté » (Artières, 2000 : 32). Ainsi, l'écriture et les visites d'un médecin fragmentent l'espace-temps de la vie des prisonniers, où le silence, le travail et la prière semblent être les

compagnons les plus fidèles. Ces rencontres apportent une attention particulière à l'existence du condamné et posent une rupture vis-à-vis du cadrage spatial et temporel de la prison « disciplinaire ». Toutefois, l'introduction du médecin dans le traitement du condamné, rejoint les préoccupations du monde de la peine, orientées sur la remise en question et la transformation du condamné et illustre le passage d'un traitement moral à un traitement « médico-judiciaire » dont Michel Foucault offre un développement dans *Surveiller et punir* (2014 (1975) : 29). C'est l'idée qui rejoint celle des hygiénistes et des criminologues, d'envisager le traitement médical du crime. Dans ce climat, on imagine aisément que l'idée de concevoir la prison comme « l'infirmerie du crime » pour reprendre le concept de Cabanis, taraude médecins, aliénistes, humanistes et criminologues dès le XIX^{ème} siècle, faisant naître l'espoir de pouvoir traiter les criminels, de pouvoir soigner, enrayer voire éradiquer cette épidémie qu'est le crime.

1.2 Naissance d'une réforme

Le déploiement d'un dispositif de soin en prison commence à se concrétiser à la fin de la seconde guerre mondiale, à un moment où les prisons françaises sont très désorganisées : pénurie de personnel, restrictions alimentaires ou encore arrêt du chauffage dans un contexte où la population détenue avait presque triplé (18000 détenus avant la guerre et 50000 détenus en 1942). Des premiers secours sont déployés, des assistantes sociales et des infirmières font leur entrée en prison par le biais de la croix rouge pour distribuer des colis et apporter des premiers soins. Ensuite, les premières infirmeries sont organisées à l'intérieur des prisons sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire par l'arrêt du 9 décembre 1944 spécifiant que « tout établissement pénitentiaire doit fonctionner avec un service médical et médico-psychologique ». Ces modifications annoncent la Réforme Amor de 1945 qui introduit l'idée de la préparation de la réinsertion sociale du détenu, en s'appuyant sur un travail social et un travail médical, dès le début de son incarcération. Dans cette perspective, des travailleurs sociaux et des juges d'application des peines intègrent le monde de la peine.

Après-guerre, la création de lieux dédiés à l'accueil des détenus dont l'état de santé s'avère en inadéquation avec le milieu carcéral opère une nouvelle répartition spatiale de la population détenue. A partir de 1947, les détenus atteints de tuberculose sont séparés des autres détenus

et transférés dans l'une des trois prisons dédiées à leur accueil afin de réduire le risque de contamination. Cependant, cette répartition correspond plus à une exclusion sociale qu'à la formation d'un lieu thérapeutique car ces établissements sont perçus comme de véritables mouiroirs. Ensuite, pour faire face aux difficultés de certains détenus malades (tant d'un point de vue psychique que physique) à vivre en prison, un centre d'observation psychiatrique à Château-Thierry et l'infirmerie hôpital central de Fresnes, qui deviendra l'Établissement Public de Santé Nationale de Fresnes (EPSNF), ouvrent leurs portes en 1950. Dès lors, l'introduction des médecins, des psychologues, des infirmiers en prison n'a de cesse de s'accroître. La multiplication de nouveaux professionnels extérieurs à la prison, accompagnée de la création de lieux spécifiquement consacrés à la santé participent plus généralement au désenclavement de l'institution carcérale.

Progressivement la question du droit et plus tard celle du droit à la santé intègrent le paysage carcéral. Comme l'explique Michelle Perrot : « la souffrance carcérale suscite par bouffées des révoltes ou des protestations » : les grèves de la faim des prisonniers algériens dans les années 60, les insurrections dans les prisons au cours des années 70 (Perrot, 1984 : 21). La prison sort de l'ombre à partir des années 70 suite à des mobilisations critiques à son égard, médiatisées notamment grâce au Groupe d'Information sur les Prisons (GIP)⁵, qui pointe l'opacité des lieux de réclusions et l'atteinte aux droits des détenus. Cette mise en lumière contribue fortement à modifier la perception à la fois de la prison mais aussi celle à l'égard des personnes détenues. Dans un élan de popularisation de l'État de droit, la prison est « mise à l'épreuve » par la société et doit construire sa légitimité en modifiant son fonctionnement au regard des critiques qui lui sont faites (Salle, 2004). En effet, cette vision commune du droit opère un passage où l'individu déviant est à la fois mis au ban de la société car il n'entre pas dans le cadre de la norme sociale, parallèlement ce même individu continue à en faire partie et doit être ramené en son sein une fois le quantum de peine réalisé. Autrement dit, c'est l'idée de réinsérer et plus seulement de punir qui donne sens à la peine.

Les signes annonciateurs d'un changement vis-à-vis du droit à la santé peuvent être perçus à compter des années 80. À partir de 1984, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) est en charge du contrôle de l'hygiène et des soins en prison, apportant ainsi un regard

⁵ Michel Foucault, Jean-Marie Domenach et Pierre Vidal-Naquet dans le cadre du Groupe d'information sur les Prisons, c'est un mouvement d'action et d'information qui a pour objectif de permettre la prise de parole des détenus. Ce mouvement mobilise des professionnels et des intellectuels présents sur le terrain, impliqués dans le système carcéral. Ils mettent en place des enquêtes de terrain, et notamment « l'enquête intolérance ».

extérieur sur l'organisation des soins en prison (décret n° 84-77 du 30 janvier 1984). Puis l'hôpital de Fresnes est placé sous la tutelle à la fois du Ministère de la Santé et de la Justice. Dans ce contexte, les soignants exerçant à Fresnes ne sont plus embauchés par l'administration pénitentiaire mais exercent désormais sous l'autorité du ministère de la santé. Ces deux changements entament un processus de séparation entre le monde de la peine et celui du soin qui va se renforcer au fil des mesures législatives suivantes. La première date qui signe une indépendance du soin vis-à-vis de l'administration pénitentiaire est la loi de sectorisation de 1986 concernant le système de soin en psychiatrie. Dès lors, les services de psychiatrie en prison (les SMPR) sont rattachés administrativement à des hôpitaux spécialisés publics et les soignants deviennent des salariés de ces hôpitaux. Les changements concernant le soin psychique précèdent de presque dix ans ceux qui auront lieu pour le soin somatique.

Malgré de fortes inégalités de santé, déjà soulignées par les hygiénistes, la question de la santé somatique est longtemps restée une question mineure de la problématique carcérale jusqu'au jour où l'épidémie du Sida a mis en lumière les besoins des personnes détenues en termes de santé et les limites de l'organisation des soins (Bessin & Lechien, 2000). Les personnes détenues sont depuis le début de l'épidémie plus touchées par le sida que la population générale⁶. La thèse de l'influence du milieu social défavorisé pour expliquer cette disparité est plausible mais plus complexe qu'il n'y paraît, car au-delà de la pauvreté, la question du nombre de personnes étrangères en prison, en particulier de personnes originaires de pays particulièrement touchés par le virus⁷ et celle de la toxicomanie s'imposent. En effet, les personnes toxicomanes en prison condamnées pour des faits souvent liés à la toxicomanie représentaient une part importante des malades du sida⁸. Comme le montre une étude réalisée

⁶ D'après l'enquête « un jour donné » menée régulièrement depuis 1988, le taux de prévalence du VIH et du VHC est plus élevé en détention qu'en population générale. Ainsi en 1993, la prévalence du VIH était 10 fois plus élevée qu'en population générale. En 2003, la prévalence du VIH était estimée à 1.04% en détention contre 0.23% en population générale, et la prévalence du VHC à 4.2% contre 0.84% en population générale.

⁷ Lot F., « le Sida, un non-dit de la question immigrée », in *inégalités et santé*, p.56. Florence Lot montre que la population étrangère vivant en France est particulièrement touchée par le Sida (20% des personnes diagnostiquées au premier semestre 1998 alors qu'ils représentent 6% de la population). C'est notamment certaines nationalités, comme les personnes d'Afrique sub-saharienne et Afrique du Nord qui suit une diminution des cas moins importante que les autres nationalités et que les français entre 1996 et 1998. Notamment car l'accès aux soins se fait moins rapidement, car il y a une méconnaissance de la maladie. L'étude Prevacar 2010 renforce cette thèse car la prévalence la plus élevée par rapport au VIH concerne les personnes d'origine sub-saharienne.

⁸ Un entrant sur trois en prison déclare une consommation régulière et prolongée de drogue au cours des douze mois précédant l'incarcération. La consommation de plus d'un produit est mentionnée par 15 % des entrants, 38 % déclarent consommer de l'alcool régulièrement, d'après « *La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque,* » *Études et résultats*, n°4, janvier 1999, Direction de la recherche, des études et de la statistique, ministère de l'emploi et de la solidarité.

en 1985 à la prison de Draguignan, la moitié des détenus considérés comme toxicomanes étaient contaminés par le virus. Cependant, la construction d'un espace médical en prison n'est pas simple du fait des contraintes liées à l'utilisation de l'espace et du temps en prison. De ce fait la trajectoire de soin est bien souvent ralentie, alors qu'une prise en charge plus précoce du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) permettrait de retarder l'entrée dans la maladie. De plus, si l'on en croit le témoignage d'un juriste militant à la fin des années 80, de nombreux détenus malades meurent en prison. En effet, leurs demandes de libération n'aboutissent pas car, leur décès survient au cours de la durée de la procédure juridique :

La situation était dramatique, près de la moitié des séropositifs étaient des usagers de drogue et, à l'époque sans traitement efficace, des milliers d'entre eux sont morts. Ce fut une véritable hécatombe. La mort est terrible, particulièrement en prison, d'autant que la question de l'accompagnement à la mort n'était pas réglé, ni celle des libérations conditionnelles qui permettaient aux prisonniers de sortir de prison pour mourir chez eux, par exemple. Certains sont morts en prison, leurs familles n'ont pas été autorisées à venir les voir avant leur dernier souffle. Quand leur état de santé se dégradait, on bataillait pour essayer de les faire sortir mais pendant qu'on se battait, ils *mouraient incarcérés*. (Cardin & Messenger, 2013 : 92)

Avant même que des discours politiques fleurissent sur la question, « une gestion collective du malheur » (Fassin, 1996), s'engage entre des acteurs de la prison et des services hospitaliers spécialisés, afin de réduire « les risques de contamination intramuros mais aussi dans le but de prévenir des risques de transmission après leur sortie de prison » (Gentilini, 1997 : 206). Par exemple, une convention signée en 1989 entre la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et le Centre d'Information et de Soins de l'Immunodépendance Humaine (CISIH) à la Pitié Salpêtrière, permet de mettre en place des vacations de médecins du service de maladies infectieuses en prison, des temps d'éducation thérapeutique. Cette intervention bouscule les frontières établies, car jusqu'à présent, seuls des médecins embauchés par l'administration pénitentiaire intervenaient entre les murs (à l'exception des psychiatres). La spécificité et l'urgence des soins ont suscité, des collaborations inhabituelles entre le monde de la prison et celui de l'hôpital car l'administration pénitentiaire ne pouvait à elle seule résoudre le problème de l'épidémie. En janvier 1993, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) conclut à la nécessité de repenser totalement les pratiques sanitaires et

précise que l'administration pénitentiaire ne peut pas s'acquitter seule de cette mission, principalement pour des raisons de compétences (Chodorge et al., 1993). C'est la question du statut des professionnels de santé et de leur compétence ainsi que celle du secret médical qui sont à ce moment-là remis en question.

D'une part, un problème de compétence des personnes en charge des soins et de leurs organisations est mis en avant par les professionnels. Outre le fait que la présence médicale est limitée, les professionnels de santé qui sont recrutés par l'administration pénitentiaire (des infirmiers de la Croix Rouge et des médecins sans thèse) ne seraient pas toujours légitimes pour exercer en dehors de la prison, dans le monde libre (Milly, 2000 :199). De plus, les personnels pénitentiaires et certains détenus participent à l'organisation de l'infirmerie : la distribution des traitements par les détenus, la préparation des fameuses « fioles » par les surveillants présent à l'infirmerie (Monceau & Jaeger, 1996). D'autre part, la prison est un espace où la confidentialité est difficile à mettre en œuvre. En effet, la violation du secret médical, notamment pour les personnes séropositives, malades du sida ou atteintes de tuberculose est relativement fréquente en prison (Prison, SIDA et confidentialité, Conseil national du Sida, 1993). Pour finir, introduire des actions en milieu carcéral, notamment celles liées à la prévention ne va pas de soi et a mis en évidence plusieurs tabous, au moins deux : celui de la sexualité et celui de la toxicomanie en prison qui ne semblent pas, encore aujourd'hui, réellement évacués.

Finalement, l'épidémie du Sida « qui a tout perturbé a permis de tout réformer » (Cardin & Messenger, 2013 : 11), en effet le dispositif sanitaire et le rapport entre les médecins et les patients ou plus précisément entre les savoirs experts et les savoirs profanes s'est modifié en grande partie au moment de cette épidémie car les médecins ont eu besoin des malades et de leur connaissance de la maladie pour déployer leur travail (Dodier, 2002). En prison, l'épidémie a aussi agi comme un « catalyseur » aux modifications de prises en charge sanitaire (Bessin & Lechien, 2000) et a abouti à l'introduction de la loi : « relative à la santé publique et à la protection sociale » du 18 janvier 1994 (n°94-43, JO n°15, 19/01/1994). Suivront ensuite deux circulaires datant de 1996 qui vont contribuer à la mise en place progressive d'une politique de réduction des risques en prison. La première a pour but de développer le travail en réseau avec les centres de soins spécialisés aux toxicomanes situés à l'extérieur de la prison (DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996) et la seconde circulaire est relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en

milieu carcéral (96/739 du 5 décembre 1996). Dès lors, la responsabilité des soins préventifs et curatifs est attribuée au service public hospitalier, sous la tutelle du ministère de la santé et un budget plus important est alloué⁹. Chaque prison est rattachée à un hôpital de proximité et il aura fallu attendre la loi de 1994 pour que les détenus soient affiliés à la Sécurité Sociale alors qu'ils en avaient été jusqu'alors exclus depuis 1945.

Cette réforme s'organise en trois strates :

- Des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), appelées depuis 2012 unités sanitaires¹⁰, sont enserrées au cœur des établissements pénitentiaires. Elles sont rattachées à un centre hospitalier de proximité et les équipes médicales ne sont plus salariées de l'administration pénitentiaire mais de la fonction publique hospitalière et dépendent d'un service (urgence, psychiatrie, médecine légale selon l'organisation interne). Les établissements pénitentiaires doivent mettre à disposition des locaux servant de salles de consultation. Des infirmiers sont affectés en poste de jour et des vacations de médecins généralistes ou urgentistes et de spécialistes sont mises en place en fonction des besoins identifiés et du nombre de détenus de l'établissement pénitentiaire.

Quand les moyens disponibles en prison ne sont pas suffisants et si leur état de santé nécessite une hospitalisation, les personnes détenues peuvent être prises en charge :

- En établissement hospitalier de proximité quand l'hospitalisation est prévue pour moins de 48 heures et pour des situations d'urgence. La personne est alors hospitalisée en chambre sécurisée, appelée aussi « chambre carcérale »¹¹ ou dans une chambre d'un service hospitalier *lambda* avec une garde statique (équipe de police en général) devant la porte.

⁹ Avant 1994, les détenus accédaient de façon réduite aux soins dans des « infirmeries » précaires au sein des prisons et les moyens alloués par l'administration pénitentiaire étaient de 53 millions par an, et en 2009 ils étaient de 150 millions. (EHESP-2009)

¹⁰ Le terme Unité Sanitaire, utilisé depuis la circulaire du 30 octobre 2012 remplace le terme d'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA) dans la nouvelle organisation mise en place par le guide méthodologique de 2012. Nous utiliserons le terme d'Unité Sanitaire. Le terme UCSA peut cependant apparaître dans les extraits d'entretiens présentés dans ce document.

¹¹ La circulaire interministérielle NOR JUSKO640033C -DAP/DHOS/DGPN/DGGN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

- En Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dans une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) pour des soins somatiques quand l'hospitalisation est programmée et prévue pour plus de 48h. Ces espaces dédiés aux détenus malades se sont insérés dans le paysage hospitalier et prolongent les premières strates du dispositif situé en prison et en hôpital de proximité. Les UHSI ont été créées par l'arrêté du 24 août 2000. La première UHSI a ouvert en 2004 à Nancy, la huitième début 2013 à Rennes¹². Les UHSI sont des services hospitaliers présentant la particularité d'être rattachés pour les missions de sécurité et la gestion administrative des personnes détenues à une maison d'arrêt où sont écroués tous les patients-détenus hospitalisés en UHSI. Il existe également sept UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) quand l'hospitalisation est requise pour des troubles mentaux. A l'Établissement Public de Santé de Fresnes (EPSNF) pour des durées d'hospitalisation plus longues qu'à l'UHSI (soins de suite ou de la rééducation).

Cette loi, considérée généralement par les professionnels de la santé en prison comme le signe d'une « révolution sanitaire », a comme objectif de permettre aux détenus d'accéder aux soins dans des « conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population », dans un contexte politique global qui préconise, rappelons-le, la « santé pour tous » depuis les années 80¹³. La loi de 1994 a mis fin à la médecine pénitentiaire et a fait entrer la santé des détenus dans le droit commun. De fait, le statut des professionnels de santé est plus clair et leurs compétences équivalentes à celles proposées dans d'autres services hospitaliers. Deux principes fondamentaux sont issus de cette loi : l'indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et le principe d'égalité dans l'accès aux soins. Malgré ses principes, la médecine pénitentiaire des années 80 et des années 90 est perçue selon Véronique Vasseur - médecin en prison - comme une « médecine humanitaire », loin de proposer des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale (2000). Son livre a suscité de vives réactions dans l'opinion publique et dans la sphère politique et sera suivi de

¹² La première UHSI a ouvert ses portes en 2004 à Nancy, il existe à ce jour en France huit UHSI (Lille (2004), Lyon (2005), Bordeaux, Toulouse et Marseille (2006), Paris Pitié-Salpêtrière (2008), Rennes (2013)).

¹³ La vision actuelle du soin et de la santé s'appuie sur deux temps forts dans l'Histoire récente de la santé : la chartre d'Ottawa en novembre 1986 qui définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités* » tout en revendiquant « *la santé pour tous d'ici 2000* », et, la loi française de mars 2002 relative aux droits des usagers qui pose un sujet acteur de sa santé, s'applique aux personnes en situation de détention.

deux rapports parlementaires¹⁴. À partir de son expérience professionnelle, ce médecin met en lumière cette « zone d'ombre » de notre société à l'intérieur de laquelle se concentrent la misère, la maladie, la souffrance, la folie et la mort.

Ainsi, malgré les signes d'ouverture et de décloisonnement du monde de la peine, son modèle « disciplinaire » en est-il réellement modifié ? L'introduction du droit à la santé des détenus produit-il une nouvelle forme de « gouvernementalité » ? Le chercheur est forcément méfiant à l'égard des discours issus du droit et des textes réglementaires car la réalité est très souvent en décalage¹⁵. Le droit à la santé et aux soins participe-t-il à une redéfinition de la peine et du statut de détenu. Autrement dit, la loi de 1994 participe-t-elle au « processus de détotalitarisation » de l'institution carcérale (Chantraine, 2006) ?

Les professionnels de santé ont-ils une réelle autonomie d'exercice, que ce soit en prison ou à l'hôpital ? Ou comme le dit Nicolas Fischer, malgré la multiplication des acteurs d'horizon divers, l'institution carcérale garde une « relative maîtrise de leurs interventions » (Fischer, 2004). La création de nouveaux espaces dédiés aux soins (UCSA et UHSI) modifient-ils le statut des professionnels de la santé et de la surveillance ainsi que le statut du détenu ?

Peut-on parler de « patient-détenu » ou de « détenu-patient » ?

Le sens de la peine peut-il être revisité à l'aune de la maladie ?

¹⁴ Deux rapports parlementaires : « Prisons : une humiliation pour la République » (2000) et « La France face à ses prisons » (2000).

¹⁵ A propos de la santé, la loi pénitentiaire de 2009 précise que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population »¹⁵ (art.46, al. 1 et 2 de la loi pénitentiaire), aussi le respect du secret médical (art 15) est mentionné.

Chapitre 2

La juxtaposition du soin et de la peine

2.1 Une population malade et vieillissante

Comme l'ont montré les études de la DREES en 1997 et en 2003, les personnes entrant en détention présentent des caractéristiques sanitaires plus dégradées que la population générale à âge égal. De plus, elles sont plus souvent polyconsommatrices de produits stupéfiants que la population générale (tabac, alcool et drogue) et présentent une consommation plus importante d'antidépresseurs et de neuroleptiques (Mouquet, 2005 ; Mouquet et *al.*, 1999). Leur fragilité à l'entrée en prison est accentuée pendant la période de privation de liberté par les facteurs pathogènes inhérents à la détention : manque d'activité, alimentation carencée, consommation excessive de tabac ou même de stupéfiants¹⁶ (Neverloff Dubler, 1998 ; Darbeda, 1999, Jauffret-Roustide et *al.*, 2004). La population détenue est aussi plus touchée par certaines catégories de maladie comme l'hépatite C, l'hépatite B et le VIH, et semble avoir une prévalence plus forte pour certains types de cancers (Renauld and *al.*, 2017). Cela renvoie à ce que montrent Pierre Aïach et Dominique Cèbe : « le cancer est au cœur des inégalités sociales de santé », touchant au niveau du taux de mortalité particulièrement les hommes issus d'un milieu défavorisé (2009 : 23). Tous ces éléments relatifs aux conditions de vie en prison, à l'origine sociale majoritairement défavorisée des détenus¹⁷ et à leur vulnérabilité sur le plan de la santé, produiraient une accélération du processus de vieillissement chez cette population (Fazel et *al.*, 2001 ; Loeb and AbuDagga, 2006). Dans la littérature, la population détenue est fréquemment considérée comme âgée à partir de 50 ans

¹⁶ L'enquête coquelicot réalisée en 2004 par l'InVS et portant sur les usagers de drogues a montré que parmi les usagers interrogés, 12% de ceux ayant connu l'incarcération ont déclaré avoir consommé des substances illicites pendant leur période d'incarcération.

¹⁷ Une population jeune, issue des classes populaires, souvent en rupture familiale, avec un niveau d'étude faible et des expériences professionnelles dans des emplois sous-qualifiés comme le montrent Cassan, Toulemont et Kensey, 2000.

(Kuhlmann et Ruddell, 2005) et une étude américaine montre que l'âge physiologique des détenus serait de 10 ans supérieur à leur âge réel (Hoffman et Dickinson, 2010).

Au cours des trois dernières décennies, le nombre de personnes détenues âgées en France a quintuplé (Brillet, 2013). Ainsi, les prisons qui étaient jusqu'alors composées majoritairement d'individus de moins de 30 ans ont vu leur part de seniors s'accroître. Les plus de 50 ans représentaient 4,5% en 1980 contre 11,8% de la population écrouée en 2014 (DAP, chiffres clés 2015). Cependant, les catégories d'âge chronologiques ne sauraient être un facteur unique pour définir le vieillissement qui est un concept relatif. En effet, cette catégorie hétérogène, y compris en prison, englobe différentes figures décrites notamment par Hélène Thomas, allant du jeune « retraité » jusqu'à la « vieillesse dépendante » nécessitant l'aide d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne (1996). Au-delà de l'effet démographique, des modifications sur le plan des politiques pénales sont à prendre en considération pour comprendre le vieillissement de la population carcérale. En effet, à partir des années 1980-1990, un allongement de la durée des peines prononcées ainsi qu'un durcissement de la pénalisation de certaines infractions (particulièrement de nature sexuelle), ont contribué à accroître la part des détenus âgés de plusieurs pays européens et explique le fait que certains accusés soient déjà considérés comme âgés au moment de leur incarcération (Tubex et Snacken 1995 ; Queloz, 2013). Cette tendance vient bouleverser les représentations de la criminalité mais aussi celles liées à la vieillesse (Landreville, 2001).

Le vieillissement et la maladie augmentent les besoins en termes de santé, notamment en termes de dépendance (Cour des comptes, 2010). Par ailleurs, l'augmentation de la population détenue entraîne avec elle une augmentation des besoins dans le domaine de la santé. Malgré l'introduction d'un nouveau dispositif sanitaire en 1994 qui a permis de lever certains obstacles, la population détenue accède en moyenne deux fois moins au système de soin que la population générale selon un rapport de l'IGAS¹⁸. Cela contredit les ambitions portées par les lois successives rappelées précédemment. Ceci dit, la question de la fonction de la prison est soulevée. La prison est-elle « en passe de se transmuter en institution

¹⁸ Un rapport de l'IGAS et de l'IGSJ en 1995 constate que la population carcérale est deux fois plus malade qu'une population d'âge comparable, et accède en moyenne deux fois moins aux soins. Le dernier rapport de l'IGAS datant de 2015 souligne que 6 entrants sur 10 déclarent avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois. Un autre rapport de l'IGAS montre qu'en 2009, « la demande d'hospitalisation pour la population carcérale est inférieure de 8% à celle de la population générale. » (2011, p. 4) et ce malgré un état de santé plus dégradé. MARSALA V., PAUTRAT C., *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, IGAS et IGSJ, juin 2011.

soignante ? » interroge Corinne Rostaing (2015). Autrement dit, la prison remplit-elle malgré elle la fonction d'un hôpital psychiatrique (Jean et Vertet, 1995), d'un hospice, d'un centre de lutte contre la toxicomanie, ou comme je le questionnerai plus tard, d'une maison de retraite ou d'un lieu de fin de vie ?

2.2 Les paradoxes

Des dispositifs sanitaires de plus en plus performants sont inventés pour répondre aux besoins de santé de la population carcérale qui est décrite comme une population particulièrement fragile et malade. Quelques heures après leur arrivée en prison, les détenus rencontrent un médecin, qui fait un point sur leur état de santé. Un ensemble de dépistages et de consultations auprès de spécialistes sont proposés. Aussi étonnant que cela puisse paraître, en prison certains détenus adhèrent aux propositions thérapeutiques alors qu'auparavant ils se situaient en rupture du monde du soin (Mahi, 2015a). Cet environnement très normé qui a une capacité à contenir l'individu permet donc parfois d'inscrire le détenu dans une forme de régularité et d'observance vis-à-vis des soins et des traitements au cours de la période d'enfermement (Lécu, 2013 : 7-23). Pendant qu'elle déploie un dispositif qui soigne, la prison produit, malgré elle, en même temps des souffrances. Selon les mots employés par le Docteur Gonin : « Ici l'estomac s'est creusé d'ulcères. La peau s'est grêlée d'éruptions. Les dents se déchaussent. La vue se borne et se trouble. »¹⁹ (Gonin, 1991). Le corps des personnes détenues, parce qu'il est enserré dans le monde de la peine, se transforme en instrument d'expression de souffrances et de maladie : ulcères, troubles visuels, angoisse, prurit, eczéma, chute des cheveux, aménorrhée....Le corps prend une place considérable dans l'expérience carcérale et le rapport au corps se modifie du fait de l'incarcération (Lécu, 2013).

Plusieurs études montrent que les troubles psychiatriques, les troubles anxieux et dépressifs sont très élevés en prison et que le nombre de personnes détenues atteintes de troubles psychiques augmente considérablement (Falissard et Rouillon, 2004). Selon une étude concernant 800 détenus, huit hommes détenus sur dix souffrent d'un trouble psychiatrique à leur entrée en prison et pour 40% d'entre eux un risque suicidaire est noté (Rouillon and *al.*,

¹⁹ Citation reprise de la quatrième de couverture. In : GONIN Daniel, 1991. *La santé incarcérée, Médecine et conditions de vie en détention*. Paris : l'Archipel.

2003). Le « choc carcéral » associé au moment de l'arrivée en prison peut renforcer, accélérer, déclencher ou encore mettre en veille certains symptômes physiques ou psychiques (Lhuillier et Lemiszewska 2001). D'ailleurs, un quart des suicides a lieu dans les deux mois qui suivent l'incarcération et la moitié dans les six premiers mois (Duthé, Hazard, Kensey et Shon, 2009). Toujours selon cette source, le taux de suicide des détenus a quintuplé depuis un demi-siècle alors qu'il a peu augmenté dans la population générale. Chaque année environ 150 détenus meurent de suicide en prison, bien que le dispositif psychiatrique en prison ait été renforcé depuis la politique de sectorisation de 1986²⁰. Ce dispositif n'a cessé d'être complété par la multiplication de professionnels de santé (psychologues, infirmiers, psychiatres) et par la mise en place de dispositifs « anti-suicide » (combinaisons spéciales, codétenu de soutien). Si l'origine sociale défavorisée des personnes détenues est un élément d'explication du taux élevé de suicide en prison, il n'est pas le seul et il existe des tensions spécifiques liées à l'enfermement : « ostracisme, incertitudes liées à une libération imminente, remords et culpabilité, rupture sentimentale, conflits avec le personnel et l'institution pénitentiaire, sentiment d'injustice et impossibilités de recours » (Shon, 2013 : 159). Le rapport Terra souligne également les difficultés liées à l'environnement de la prison. L'une des difficultés majeures pour les personnes détenues serait le fait qu'elles ne possèdent qu'un très faible contrôle sur leurs conditions d'existence. Par exemple, la difficulté à avoir des réponses à leurs demandes au quotidien (téléphone, parloirs, avocats) et le fait d'être obligé de les attendre pour une durée indéterminée donnent aux détenus un vécu d'impuissance et de désespoir (Terra, 2003).

Pour « résister » à ce vécu difficile, Dominique Lhuillier et Aldona Lemiszewska parlent du suicide en prison comme d'un moyen de résistance et comme une possibilité de s'évader à jamais : « une libération par la mort. Prendre la décision de rester en vie ou de mourir est l'exemple suprême d'affirmation d'une capacité d'autodétermination » (2001: 220). Pour Nicolas Bourgoïn, le suicide peut aussi être pensé comme un moyen « d'accroître sa marge d'autonomie, de déjouer le contrôle de l'institution » (1998). Son travail souligne également que les détenus qui se suicident sont ceux qui ont le plus à perdre, c'est à dire ceux pour qui le décalage entre la socialisation antérieure et le choc du présent est le plus important. Gérard

²⁰ Décret n° 86-602 du 4 mars 1986, l'article 11 en application de la loi 85-1461 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique qui introduit le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, celui-ci étant chargé de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Les professionnels de santé sont salariés d'un hôpital psychiatrique, en charge de l'unité. 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), sont implantés dans les prisons en plus des infirmeries.

Rimbert, dans son analyse des EHPAD, établit aussi un lien entre la socialisation antérieure et le fait de devenir fou pour échapper au quotidien (2006). Cependant, mourir en prison serait-il une dernière façon de pouvoir agir, une « liberté » possible ou un « choix contraint » (Queloz, 2014) ? Certes, c'est un moyen extrême d'interrompre la peine, toutefois c'est mourir avec un statut de détenu.

L'expérience de l'enfermement ne laisse pas indemne et induit des comportements déviants et des émotions extrêmes que le monde du soin et parfois le monde de la peine vont tenter de réguler et de contrôler en partie en déployant des dispositifs. Pourtant, la souffrance est une caractéristique intrinsèque des institutions totales comme le note Valentine Trépied (2014), dans son travail sur les EHPAD. Elle met en évidence que les comportements déviants sont souvent étiquetés et définis comme de la souffrance psychique. Ce travail de définition entraîne une extension des activités des soignants, ce que certains nomment une psychologisation de la souffrance. La question du suicide en prison illustre bien cette tendance et les paradoxes qui en découlent. Les dispositifs sanitaires déployés en prison tendent à éviter la survenue d'une mort par suicide et privilégient le recours aux professionnels de santé. En effet, la prison n'a pas comme objectif de produire de la souffrance et des maladies. Pourtant, les objectifs même de la peine produisent des malaises et de la souffrance car la peine doit sanctionner, contenir, favoriser la remise en question du détenu. Autrement dit, la peine doit être pénible sinon elle perd de son sens. Il faut que la durée d'enfermement dissuade de toute envie de récidive. De fait, elle doit présenter plus d'inconvénients que d'avantages aux personnes détenues afin de maintenir son pouvoir.

Dans un mouvement paradoxal, la prison est un espace qui favorise et limite en même temps les possibilités d'accéder aux soins car l'accès aux espaces médicaux n'est pas toujours aisé. Certes, la prison réduit la distance entre le malade et les soignants, ce qui permet à certains détenus de renouer avec le monde médical. Pour certains, c'est l'occasion de réaliser des soins qui ont été mis en attente depuis plusieurs mois voire plusieurs années comme les soins dentaires ou ophtalmologiques. C'est un temps propice pour se mettre en règle au niveau des droits de la sécurité sociale, afin d'accéder à une couverture sociale. C'est aussi l'occasion de fragmenter les périodes d'attentes au cours de la longue journée carcérale et d'accéder à un espace autre que celui de la cellule. Cependant, cette proximité géographique entre le thérapeute et le malade ne signifie pas pour autant que la rencontre soit simple. Le lien entre le thérapeute et le malade se situe dans un espace-temps particulier : pas tout à fait comme à

l'extérieur de la prison dans la vie des personnes libres, pas tout à fait non plus comme à l'hôpital. La distance et la proximité ne se mesurent pas uniquement en termes de mètres. Ici, à l'intérieur de la prison, la distance et la proximité se mesurent en temps – le temps de la procédure pour consulter - et en nombre de portes à franchir – la durée du déplacement de la cellule au service médical (UCSA). Malgré une proximité spatiale, les différents seuils qui séparent les détenus des soignants créent de la distance. D'autre part, l'organisation des soins telle qu'elle a été pensée au regard d'une population détenue relativement jeune et vulnérable, se focalise principalement sur les risques mis en avant dans l'introduction (la toxicomanie, la vulnérabilité psychique, le traitement et le dépistage des hépatites et du VIH). Pourtant, l'accompagnement et les soins relatifs aux maladies chroniques et à la vieillesse nécessitent le déploiement d'un temps et d'un espace singulier²¹. Le monde du soin oriente ses activités au regard d'objectifs particuliers : le bien-être de la personne, la guérison de ses maladies, l'apaisement de ses douleurs. On comprendra facilement que ces objectifs professionnels se heurtent à ceux que déploient les professionnels de la surveillance, ainsi les trajectoires de soin des détenus sont bien souvent complexes, notamment lors des transferts à l'hôpital comme la situation de Sylvie le montre par ailleurs.

2.3 Des trajectoires de soin complexes

L'accès aux soins dépend de la mise en place d'un travail de coopération entre le monde du soin et celui de la peine. Même s'ils ne partagent pas le même univers de sens, les professionnels du soin et ceux de la surveillance doivent ajuster leur activité. Les uns soignent des malades, les autres gardent des détenus. Le déploiement d'espaces consacrés à la santé se heurte aux prérogatives du monde de la surveillance. Et inversement l'activité de surveillance doit intégrer dans son emploi du temps et sa gestion de l'espace, les contraintes du soin. Ce travail d'articulation s'est complexifié en raison notamment de l'augmentation de la

²¹ Concernant le vieillissement de la population carcérale, Caroline Touraut et Aline Déséquelles (2015) montrent que l'architecture des établissements pénitentiaires est bien souvent inadaptée à la perte d'autonomie et selon cette même enquête, seuls 30% des établissements indiquent avoir effectué des aménagements pour faciliter les conditions de détention des détenus dépendants. De plus, il est à noter qu'il existe de multiples manières de répondre aux problèmes de la vieillesse en prison, en fonction de l'organisation des soins, des possibilités d'intervention de professionnels extérieurs, de l'architecture et de la taille des lieux et enfin du type d'établissement (maisons d'arrêt ou établissements pour peine). Cela rejoint un des axes travail réalisé par Anchisi, Amiotte-Suchet, Toffel dans les couvents quand ils mettent en évidence qu'il existe différentes « façons de faire face » au vieillissement dans les couvents, ce qui produit des inégalités de traitement (Anchisi *et al.*, 2016 : 6-7).

population carcérale et son vieillissement qui ont eu comme effet structurel d'augmenter le nombre de consultations médicales. De plus, les transferts entre la prison et l'hôpital pour des examens et des hospitalisations se sont également multipliés. Certains détenus atteints de maladies chroniques, comme ceux que nous avons rencontrés dans le cadre de l'enquête, font de nombreux allers-retours entre l'hôpital et la prison. Le témoignage d'un détenu, relaté par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, expose ses difficultés lors d'une séance de chimiothérapie à l'hôpital sous la surveillance des personnels de l'administration pénitentiaire :

Au bout d'une heure 45 minutes, vu la violence du débit de mon goutte à goutte (perfusion), celui-ci me faisait trop mal. Tant la souffrance était grande, j'ai dû diminuer la vitesse du débit. Mon geste n'a pas plu au surveillant, et le chef d'escorte rouge de colère, est entré en hurlant dans la chambre. Il m'a fait remarquer que si l'infirmière avait ouvert le débit en grand, je n'avais pas à y toucher. Je le cite : « ils n'allaient pas passer avec son collègue d'escorte, toute la journée à l'hôpital ».

Surpris par tant d'agressivité à mon encontre, j'ai voulu arracher le goutte à goutte. La *douleur* était trop violente, me faisait souffrir, ceci devenait insupportable (...) L'intervention du docteur et de l'infirmière (...) m'ont convaincu de terminer la séance de chimiothérapie. Après le départ du médecin, le chef d'escorte m'a dit que cette affaire se réglerait au retour à la maison centrale. A la fin de cette séance de chimiothérapie, j'étais au plus mal, tant cette injection m'avait fortement affaibli (...). Je fus dûment enchaîné au poignet, et traîné avec vigueur et brutalité par la chaîne que tirait le surveillant dans les couloirs de l'hôpital sans doute en signe de représailles. Le matin à notre arrivée, j'étais normalement enchaîné au poignet sans être brusqué. (Le 30 mai 2000 écrit par Jean Mouisel, détenu. Arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, le 14 novembre 2002, Strasbourg).

Le travail déployé autour des activités liées au soin et à la peine n'appréhende pas le temps au regard des mêmes objectifs. En outre, pour Jean Mouisel, la modification du rythme de la perfusion permet de réguler la douleur. Il ne règle pas uniquement un débit, il réagit aux signaux et aux sensations de son corps. Si le malade souhaite ralentir le tempo de la perfusion,

les surveillants souhaiteraient l'accélérer car le temps du transfert des détenus à l'hôpital doit durer le moins longtemps possible pour des raisons d'organisation et pour limiter les risques. Même à l'hôpital, les personnels de surveillance contrôlent le temps et les actions des détenus malades. Les surveillants perçoivent les revendications de M. Mouisel comme un moyen de « gagner du temps » en dehors de la prison ou de les gêner dans leur organisation. En effet, ralentir la chimiothérapie, augmente la durée passée à l'hôpital. De plus, l'hôpital n'est pas leur espace d'activité habituel, ils doivent reconstituer en partie leur monde pour légitimer leur présence. Par leur attitude, les surveillants de prison rappellent à Monsieur Mouisel qui est entravé et attaché au lit, son statut de détenu. Le fait d'être menotté et entravé à l'hôpital est souvent vécu par les détenus comme « une humiliation » annonce Adeline Hazan, Contrôleur des Lieux de Privation et de Liberté (CLPL) dans un article (Journal Libération, 2015). Les surveillants appliquent les règles professionnelles classiques dans le but de donner de la légitimité à leur activité, de prouver ainsi que leur travail fait sens et a une utilité (Rambourg, 2016). La dimension technique du travail des personnels de surveillance produit, au-delà d'une légitimité professionnelle, de la visibilité et du contrôle social à l'hôpital. C'est par l'intermédiaire des objets du monde de la peine, notamment avec l'usage des menottes, que le classement se renforce entre détenu et patient. C'est aussi la réponse à la plainte (avoir mal) qui redéfinit le classement détenu/patient au regard du travail de définition des professionnels. Les surveillants ne souhaitent pas donner au détenu un temps de soin qui leur semble non légitime. Les soignants encouragent Jean Mouisel à rester pour terminer son traitement.

A fortiori, ces deux activités liées au soin et à la surveillance instaurent une gestion de la population carcérale qui poursuit des objectifs différents au regard de leur « culture de métier » (Champy, 2011). Les « blancs » ont pour but de promouvoir la santé, de guérir et les « bleus » ont un objectif de surveillance et de sécurité. La différence entre les valeurs du soin et celles de la surveillance conduisent à des situations de discrimination selon plusieurs études (Neverloff Dubler, 1998 ; Watson and *al.*, 2004) et à des tensions éthiques (Turner, Payne and Barbarachild, 2011) dues au chevauchement et au tiraillement entre l'activité « de garde » de l'administration pénitentiaire et celle « du soin » qui « s'enracinent dans des assises culturelles fondamentalement différentes » (Moreau, 2010). Ainsi, certains malades ne se perçoivent pas comme des « patients légitimes » (Bessin & Lechien, 2000 ; Dulioust, 2003).

Dans l'expérience de Jean Mouisel, on saisit les difficultés à mettre en œuvre un « travail d'articulation » au niveau spatial et temporel, reflets de désaccords entre les mondes. Tous ces enjeux se cristallisent autour de la question du tempo des soins à travers le sujet du débit de la perfusion. Les surveillants ne veulent pas prolonger le bénéfice d'un environnement qui déploie une autre forme de liens sociaux. Prolonger le temps passé dans un lieu où le malade peut être entouré, où son bien être est évalué, ses douleurs apaisées, tout cela rentre en contradiction avec les objectifs du monde de la peine qui tendent à produire de la pénibilité. Son expérience soulève plusieurs contradictions directement liées au sens attribué à la peine. Alors qu'il est physiquement très faible, fatigué par sa maladie et ses traitements, ses mains et ses pieds sont attachés au lit et deux personnels de surveillance restent à proximité de lui. Pour les détenus en perte d'autonomie et affaiblis, la nécessité de surveillance devient moindre par rapport au besoin de soin. Une partie du travail des personnels de l'administration pénitentiaire perd ici de son sens. Cet exemple met en évidence un décalage entre la figure habituelle du détenu et celle du détenu-patient dont les risques de transgression (et d'évasion) sont *a priori* assez faibles. Partant de ce décalage, les professionnels de la santé interrogent le sens de leurs activités et in fine les objectifs de la sanction pénale et les objectifs du soin. Des tensions éthiques naissent quand la peine est questionnée sous l'aune de la maladie, plus encore quand la question de la mort réduit l'horizon temporel.

Les frontières entre l'hôpital et la prison ne sont pas toujours très claires, et les événements, les objets et les actions des uns et des autres vont modifier le statut de Jean Mouisel. Tous les petits arrangements et les petites négociations qui ont été exposés posent la question de la définition du statut de la personne détenue malade : est-elle alors un détenu-patient ou un patient -détenu ? Parfois uniquement un détenu, parfois uniquement un patient.

2.4 Mourir derrière les barreaux ou sortir de l'institution

14 novembre 2002.

La chambre du conseil de la Cour Européenne des Droits de l'Homme rend son arrêt dans l'affaire Mouisel *versus* France. La France est condamnée par ladite Cour pour ne pas avoir apporté les soins nécessaires à une personne détenue gravement malade. Cette cour a jugé comme « inhumains et dégradants », les traitements subis par cet homme de 54 ans. Deux années plus tôt, en octobre 2000, elle avait été saisie pour violation de l'art.3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Jean Mouisel, est atteint d'une leucémie lymphoïde chronique depuis fin 1998. Son témoignage est mis en lumière par l'intermédiaire d'organismes nationaux ou européens relativement récents et chargés de veiller au respect des droits des personnes privées de liberté²². Outre les conditions difficiles dans lesquelles sont réalisés ses soins à l'hôpital (ses pieds étaient enchaînés, et un de ses poignets attaché au lit d'hôpital), la situation de Jean Mouisel soulève un ensemble de questions vis-à-vis de son avenir. Conscient qu'il n'y a pas de « guérison possible », cet homme souhaite vivre la fin de sa vie à l'extérieur de la prison, auprès des siens. Cependant, sortir de prison avant la date prévue dépend d'une évaluation et d'un travail d'expertise. L'une des expertises médicales concernant l'état de santé de Jean Mouisel, écrite en juin 2000 dit ceci :

Au jour de l'examen, l'état de santé du requérant s'est dégradé par évolution de sa pathologie hématologique diagnostiquée en 1998. Monsieur bénéficie actuellement d'une chimiothérapie lourde réalisée en hospitalisation de jour (une cure toutes les trois semaines). Ce traitement anticancéreux déjà difficilement compatible dans le cadre d'une détention en maison centrale devient actuellement problématique compte tenu de la position récente de l'intéressé dans le cadre du non consentement à l'acte dans les conditions de détention actuelles. Ce refus de soin est propre à voir évoluer rapidement sa nouvelle pathologie avec dégradation de l'espérance de vie de l'intéressé. De ce fait une

²² Le contrôleur des lieux de privation de liberté depuis la loi du 30 octobre 2007

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000279700&dateTexte>

et la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui prend en considération les requêtes individuelles depuis 1981, Prison et Cour Européenne des Droits de l'Homme, Yves Mayaud, 2010, Master de Droit pénal et sciences pénales : <https://docassas.u-paris2.fr/muxeo/site/.../8d321025-a376-4e13-8c6f-095e49f3027d> (consulté le 9 mars).

prise en charge en milieu spécialisé devrait s'imposer (Cour européenne des droits de l'homme, Requête no 67263/01).

A la lecture de la conclusion de l'expertise, les formules utilisées pour désigner Jean Mouisel restent impersonnelles : « le requérant », « l'intéressé », formules qui semblent d'ailleurs rejoindre celles que le monde de la justice utilise. Le propos reste vague, au conditionnel et l'expert parle d'une espérance de vie qui se dégrade alors même que le juge lui demandait de se prononcer sur l'espérance de vie en termes de durée, généralement envisagée sur un « court » ou un « moyen » terme. Suite à cette expertise, Jean Mouisel est transféré dans une autre prison située à quelques kilomètres de l'hôpital où il réalise ses soins, principalement pour limiter les contraintes des transferts qui mobilisaient à chaque fois une équipe de surveillants et il bénéficie d'une cellule individuelle, cependant le 20 novembre sa demande de libération est rejetée. Le 21 février 2001, un nouveau certificat médical provenant du médecin qui suit Jean Mouisel dans la prison où il a été transféré est rédigé à l'intention du magistrat. Il va modifier la trajectoire pénale de Jean Mouisel :

Monsieur Mouisel est suivi par notre service depuis février 2000 pour une leucémie lymphoïde chronique avec initialement hypertrophie amygdalienne bilatérale responsable d'une dysphagie et volumineuse adénopathie axillaire droite de 15cm de diamètre....Une biopsie ganglionnaire effectuée en janvier a mis en évidence une maladie de Hodgkin. Il est donc prévu trois cycles de chimiothérapie selon le protocole ABVD puis une radiothérapie (Cour européenne des droits de l'homme, Requête no 67263/01).

Le discours médical diffère du précédent. Contrairement à l'expertise sus-citée qui parle de « l'intéressé », celle-ci nomme le détenu : « Monsieur Mouisel », attribuant ainsi à cet homme d'autres qualités que celle de « requérant » ou d'« intéressé » qui le cantonne à une position de demandeur et de dominé. D'autre part, le discours apparaît très technique, détaillé tout en révélant un diagnostic. Ce diagnostic, reflet du savoir médical, donne du pouvoir à la requête, et va questionner voire remettre en question le verdict alors que le médecin ne donne pas d'élément d'estimation du pronostic vital de Monsieur Mouisel. Le verdict l'avait condamné à quinze ans d'emprisonnement le 12 juin 1996 pour vol en bande organisée avec arme, séquestration et escroquerie, il bénéficiera le 22 mars 2001, un mois après cette dernière expertise et après plusieurs requêtes, d'un aménagement de sa peine avec obligation de « se soumettre aux soins médicaux jusqu'en 2005 ».

En 2002, les questions soulevées par l'histoire de cet homme vis-à-vis du sens de la peine ont animé le débat relatif à la remise en liberté de Maurice Papon. Ce débat aboutit à l'introduction de la suspension de peine médicale inscrite dans la loi du 4 mars 2002 dite loi « Kouchner » (Loi n°2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO n° 54, 05/03/2002). Cette loi stipule qu'une personne dont le pronostic vital est engagé ou dont l'état de santé n'est pas compatible avec la vie en détention peut bénéficier d'une suspension de sa peine « sauf si il existe un risque de renouvellement de l'infraction » et « quelle que soit la nature de la peine ou la durée restant à subir »²³ afin de bénéficier de soins de meilleure qualité en dehors de la prison ou d'un accompagnement de fin de vie hors les murs, si tel est son souhait et quel que soit son quantum de peine. Cela a suscité de nombreux débats dans l'affaire Papon, la question étant de savoir si la peine peut être réduite pour des personnes condamnées par la maladie et/ou la vieillesse ?

Cette mesure va dans le sens de la reconnaissance de l'autonomie de la personne détenue, de sa capacité à prendre des décisions pour un temps limité qu'il reste à vivre. Cela s'inscrit dans une conception de la prison qui n'a pas uniquement pour rôle de punir, finalement cela participe à la construction d'une nouvelle figure de « patient-détenu » dont nous discuterons à différents moments de l'analyse. Toutefois, le cadre formel du droit annonce ce qui est souhaitable mais pas toujours ce qui est possible dans la réalité au regard de la multitude des situations et de l'incertitude et des risques qu'elles produisent. Assez rapidement, certains critères s'avèrent difficiles à évaluer et l'ouverture de cette mesure s'effrite au fil des jurisprudences. En effet, la question de la sortie de l'institution cristallise des tensions entre les différents mondes : celui du soin, celui de la peine et celui qui est propre à l'individu, comme nous l'avons vu pour Sylvie, Jean Mouisel et les autres personnes détenues gravement malades que j'ai pu rencontrer. Dès lors, la complexité et les tensions viennent du fait que chaque monde envisage la sortie au regard de ses valeurs. En effet, la durée de la fin de la vie ne prend certainement pas la même signification si l'on est juge, médecin, ou une personne gravement malade. Toute la difficulté est de définir le cadre temporel de la fin de la vie. Ce travail de définition repose en partie sur le travail d'expertise qui doit à la fois proposer une estimation objective de la durée du temps qu'il reste à vivre et dire si l'état de santé de la

²³ Article 720-1-1 du CPP : « Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. ».

personne détenue est compatible avec la vie en prison. Toute cette procédure prend plusieurs mois alors que dans des situations de fin de vie, le temps est compté. Pour Jean Mouisel, deux années s'écoulent entre le premier certificat médical réalisé par un médecin en janvier 1999, et sa libération en mars 2001. Au moment de sa remise en liberté, il avait réalisé un tiers de son quantum de peine, à savoir cinq ans. De ce fait, Jean Mouisel réalise aussi un gain de temps de peine important en divisant son quantum de peine par trois. Le Juge d'application des peines a le pouvoir de revenir sur le caractère déterminé de la durée de la peine. Cependant, au regard de la nature de certains crimes, la réduction de la durée de la peine est beaucoup plus problématique. Si chaque année plusieurs centaines de personnes détenues demandent à être libérées pour raison de santé²⁴, une centaine de personnes détenues meurt des suites d'une maladie somatique dans les prisons françaises²⁵. Aucune étude ne documente les facteurs qui favorisent ou empêchent l'accès à une mesure de suspension de peine.

Favoriser une suspension de peine, quand elle a été sollicitée, reste une voie privilégiée en France, alors que d'autres pays comme les USA développent des dispositifs de soins palliatifs en prison (Groupe de travail santé et justice, 2013 ; National Hospice and Palliative Care Organization, 2009). Quel que soit le pays, laisser des individus finir leur vie en prison pose des questions éthiques (Bedard, 2015), et doit continuer à être un sujet controversé (Liebling, 2017). Ces questions semblent peu étudiées en France (Devoto, 1997 ; Laguarrigue *et al.*, 2014 ; Chassagne, 2014) malgré l'émergence d'une réflexion des acteurs du champ de la santé qui, à partir des années 1980, ont introduit puis institutionnalisé les soins palliatifs dans les hôpitaux français (Mino, 2012 ; Morin & Aubry, 2015). Pourtant, la question de la fin de vie des détenus et la perception de la « bonne mort » apparaissent fécondes pour interroger les objectifs et le sens de la peine (Castrà, 2003). En effet, la maladie grave et la question de la mort réinterrogent le sens de la peine telle qu'elle a été réduite à une question de temps et d'espace. La maladie interroge les modalités d'exécution de la peine ainsi que les droits et les devoirs du détenu-patient. Dans ce contexte, les modalités d'exécution habituelles des peines

²⁴ En 2012 : 296 demandes de suspension de peine ont été formulées dont 85% ont été acceptées (rapport du groupe de travail sur les suspensions de peine) ; Selon un rapport de l'IGAS datant de 2015 : « entre 2002 et 2012, 1221 mesures de suspension de peine ont été accordées pour 1903 demandes ».

²⁵ Le nombre de « mort naturelle » est relativement stable. Il fluctue entre 120 et 150 décès par an entre 2003 et 2013 in P-V Tournier, OPALE : Observatoire des Prisons et autres lieux privatifs de liberté. Les statistiques de l'OPALE sont effectuées à partir des données fournies par l'administration pénitentiaire. En 1997, une étude de Guillonnet et Kensey portant sur les causes de « décès naturels » dans les prisons françaises montre qu'ils sont principalement dus à des maladies cardio-vasculaires (34%), des maladies infectieuses et parasitaires (18%), et des tumeurs (15%). In La santé en prison : un enjeu de santé publique, La mortalité en prison hors suicide, revue française des affaires sociales, n°1 janvier-mars.

de privation de liberté peuvent-elles ou doivent-elles s'appliquer ? Les contraintes en termes d'espace et de temps permettent-elles aux détenus-patients d'être soignés, accompagnés de la même façon que des malades suivis dans le cadre hospitalier ? Dans ce contexte, le détenu malade peut-il être pleinement reconnu comme une personne, comme un sujet qui va mourir ?

Chapitre 3

Pour une approche socio-anthropologique de la prison

3.1. Les approches classiques de la prison

Les chapitres précédents mettent en évidence l'aspect interdisciplinaire des travaux menés dans le champ de la prison (histoire, démographie, sociologie, anthropologie, psychologie et droit). Il est à noter que l'objet prison s'est révélé assez tardivement comme fécond pour la sociologie et l'anthropologie. Au cours de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, les criminologues (des écoles françaises, belges et italiennes) se sont intéressés à décrire le criminel principalement à l'aide d'outils statistiques (taux de mortalité, prévalence de maladies), tout en restant à l'extérieur des prisons. Il faudra attendre plus d'un siècle pour que des sociologues américains dans les années 1940 rentrent à l'intérieur des prisons et écrivent des monographies. Cette première grande tendance pour analyser la prison, perçoit « la prison comme société » (Combessie, 2001, 69-105) et correspond à l'approche la plus ancienne dans le domaine de la sociologie. La prison est envisagée comme un monde clos, autonome et les observations se focalisent sur le comportement des détenus et leur capacité d'adaptation au milieu. De là naissent le concept de « *prisonization* » de Donald Clemmer (1958) et celui de « sous-culture », et de « contre-culture carcérale » développés par Gresham Sykes (1958). Les travaux d'Erving Goffman rentrent dans cette approche de l'enfermement et s'ouvrent sur le concept d'institution totale (à partir d'une analyse de l'hôpital psychiatrique) dont certains points d'analyse sont encore largement utilisés dans les travaux actuels pour comprendre la prison. Cependant, l'analyse de la culture carcérale a été progressivement remise en question par des travaux qui regardent la prison non plus comme une société autonome mais comme faisant partie de la société, c'est la deuxième grande tendance qui appréhende « la prison dans la société » (Combessie, 2001, 69-105). En France,

c'est ce que propose Michel Foucault dans *Surveiller et punir* en considérant la prison comme un révélateur de la société, il marque ainsi un tournant par rapport à d'autres analyses sur l'enfermement, centrées sur la vie en institution comme celle proposée par Goffman dans *Asiles*. Pourtant, son travail ancré dans une perspective historique et basé sur l'analyse des discours ne va pas séduire au départ les sociologues. Selon certains chercheurs, le travail de Foucault va même paralyser les analyses en sciences humaines et sociales (Perrot, 1980 ; Faugeron, Chauvenet et Combessie, 1996), en effet: « tout se passe comme si Foucault avait tout dit sur le milieu pénitentiaire et de façon irrévocable » (Milly, 2000 : 35). Selon Bruno Milly, c'est aussi le fait que la prison soit un « sujet trop brûlant » au cours des années 1970 qui met à distance les sociologues. La posture de Foucault à la fois théorique et militante appelle à une critique de la prison et à travers elle de la société, la prison devient un objet politique. C'est aussi à ce moment-là, dès la fin des années 1970, qu'il y a un renforcement du traitement pénal des problèmes sociaux et le développement d'une « industrie de la punition », ce qui pose à nouveau la question de la fonction de la prison vis-à-vis des pauvres, des fous, des malades ou des déviants (Christie, 2003). À partir des problématiques sociales, la perspective politique défendue par Foucault est reprise par plusieurs sociologues français comme Robert Castel qui analyse l'enfermement comme « une stratégie de gestion de la population propre aux sociétés néolibérales » (1983) ou encore d'une autre façon par Loïc Wacquant qui montre que l'état pénal s'intensifie pendant que l'état social se désengage et que les politiques pénales visent les segments les plus pauvres de la population (2009), ce que révélait déjà en partie le travail d'Anne-Marie Marchetti qui définit la pauvreté comme « une caractéristique intrinsèque fondamentale de l'institution » tant avant l'incarcération qu'au cours de la durée d'enfermement et sur laquelle aucun remède ne semble actif (Marchetti, 1997: 205).

De plus en plus de travaux sociologiques et anthropologiques s'inspirent des deux approches citées ci-dessus : la culture carcérale et la continuité entre la société et la prison. La séparation entre un regard extérieur sur la prison et un regard de l'intérieur n'a plus réellement de raison d'être et la multiplicité des études de terrain a permis de dépasser les deux grands modèles construits par Foucault et Goffman (Chantraine, 2000). Philippe Combessie opte par exemple pour une analyse de la prison comme un système relativement ouvert, ancré dans un « écosystème environnant ». A l'opposé du projet Goffmanien où la prison était définie comme un monde clos, il analyse de façon surprenante « la prison comme un système ouvert » (1996 : 9). Il développe une *écologie sociale* de la prison, à la manière de l'École de

Chicago, dans son travail de thèse intitulé : *Prisons des villes et des campagnes* (1996) et montre l'intérêt d'interroger la prison au regard de ses relations à l'environnement, du réseau des acteurs impliqués dans son fonctionnement, son emplacement géographique tout en ajoutant de nombreuses références statistiques. Corinne Rostaing quant à elle parle d'institution contraignante et non plus d'institution totale dans le sens où elle prend en considération le fait que les personnes détenues ont « une marge d'autonomie bien qu'ils ne soient pas totalement maîtres du jeu » (1997). Toutefois, son travail reste marqué par l'héritage Goffmanien lors de son analyse des interactions entre des femmes détenues et des surveillantes de prison et lorsqu'elle parle de l'expérience carcérale au regard de l'atteinte directe à l'image de soi (1996). En effet, les recherches empiriques orientées sur la vie en institution, sur la vie des reclus et leurs trajectoires restent une préoccupation majeure pour les sociologues dans la lignée de Goffman. Selon Gilles Chantraine qui contribue à poursuivre le projet foucaldien en parlant de prison post-disciplinaire : le projet disciplinaire n'est pas « périmé », cependant l'évolution actuelle du système pénitentiaire ne peut pas toujours être lue « à travers sa stricte filiation » (2006). La prison étant de plus en plus ouverte sur le monde extérieur, et elle ouvre de plus en plus ses portes à des professionnels qui ne sont pas employés par l'administration pénitentiaire, il apparaît de moins en moins pertinent de l'analyser comme un environnement clos (Rostaing, 1997).

De nombreux professionnels exerçant en prison n'ont pas pour mission de garder les détenus, ainsi l'évolution du monde de la peine complexifie le modèle gardien/détenu. Est-ce que l'entrée de professionnels du soin dans le monde de la peine modifie les logiques de la prison, est-ce que le fait de travailler en prison modifie les activités des professionnels du monde du soin ? À la lecture des problématiques sociologiques relatives à la prison, la question du soin peut être féconde pour éclairer les ambiguïtés et les paradoxes de la peine sous un autre regard (Béthoux, 2000). Pour Gilles Chantraine :

La question du soin en prison est une question incontournable, tant l'organisation et les pratiques de soins sont symptomatiques des transformations plus globales de la prison, des stratégies des uns et des autres pour en pérenniser ou en transformer les finalités sociales, mais également, et plus prosaïquement, parce qu'ils sont le théâtre d'expression des rapports de force entre professionnels, de leurs luttes quotidiennes pour le respect de leur espace propre (2012, communication).

3.2 La prison vue sous le prisme du soin

En France, les études dans le champ de la sociologie s'intéressant au soin et notamment au soin somatique en prison sont finalement peu nombreuses. Le travail de thèse de Bruno Milly sur le soin et les professionnels de la santé en prison (et les enseignants) reste une référence sur la question, ainsi que la recherche de Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien dans le cadre du GIP mission de recherche « droit et justice ». Ces deux recherches réalisées de 1996 à 1998, quelques années après la réforme de 1994 et la création des UCSA, se sont principalement intéressées aux relations entre les soignants et les détenus mais aussi entre les soignants et les surveillants à partir d'une lecture interactionniste. L'originalité fut d'introduire dans leurs analyses, des professionnels issus d'une autre institution. Ce qui apporte un complément aux recherches plus classiques orientées sur les détenus et le métier de surveillant de prison (Chauvenet, Orlic & Benguigui, 1994 ; Combessie, 2000 ; Froment, 2003). L'avantage est de considérer la prison comme un milieu d'exercice parmi d'autres. Ainsi, le concept d'enfermement est questionné sous un autre regard et les professions regardées et analysées à partir d'un environnement singulier de la prison. Dans son travail de thèse, Bruno Milly rediscute sous le prisme du soin, les notions d'institution totale et d'institution totalitaire développées par Goffman, en s'appuyant principalement sur une sociologie interactionniste, mobilisant la sociologie des professions et des organisations (Milly, 2000). En conclusion, il montre que les activités de certains professionnels de santé en prison « révèlent une autonomie large et élargie » alors que d'autres professionnels n'en disposent pas (notamment les enseignants). Cette différence s'explique peut-être « plus par les auto-restrictions des professionnels eux-mêmes que par des contraintes objectives du milieu pénitentiaire » (Milly, 2001 : 236). Toutefois, malgré leur relative indépendance, ce sociologue montre que les détenus ne bénéficient pas d'un accès au soin équivalent à la population générale pour au moins trois raisons : le difficile respect du secret médical, les consultations médicales « squelettiques » où « l'acte médical est résumé à sa simple ossature », enfin une relation parfois autocratique (2003 : 760).

Gilles Chantraine analyse la question du soin en prison avec la notion de « carcéralisation des soins », car selon lui « la pression socio-politique tend à effacer la finalité propre du soin et redéfinit sa vocation avec d'autres objectifs » (2012). Ces tensions autour de l'autonomie professionnelle et de la définition du soin animent également les médecins exerçant en prison.

L'égalité de l'accès aux soins, le secret médical sont des problématiques fréquemment abordées dans des revues médicales. Ces publications rappellent bien souvent une définition du soin et de la médecine afin de légitimer les revendications et les postures des acteurs du monde du soin. En effet, ces professionnels sont malgré eux contraints par un environnement et des temporalités sur lesquels ils n'ont pas toujours de prise. Le travail de Fabrice Fernandez sur les usagers de drogues en prison montre que le monde du soin n'est pas indépendant du monde de la peine et que les soins pourraient être utilisés comme un moyen de discipline : « la médecine carcérale française, malgré son autonomie vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, reste bien souvent considérée comme un outil d'asservissement et de domination » (Fernandez, 2004). Dans quelle mesure la définition des soins est-elle modulée par la prison ? La situation est-elle spécifique à la catégorie de toxicomanie ? Quel est l'usage des soins ?

Si le soin peut être redéfini par la peine, l'inverse est aussi probable. Lara Mahi montre de quelle façon les « problèmes de santé » jouent sur la trajectoire pénale, en faveur des individus qui s'inscrivent dans une démarche de soin. De ses observations de nombreux procès, elle a mis en évidence le fait que l'engagement de l'accusé dans une démarche de soin permet d'amoindrir la condamnation. Ainsi, l'inscription dans un projet de soin apporterait une garantie d'insertion ou de réinsertion. Partant de ces résultats, Lara Mahi interroge la place du soin dans la trajectoire pénale au regard d'une « sanitarisation du pénal ? » (Mahi, 2015b). En effet, dans quelle mesure la peine est redéfinie à l'aune de la maladie et des soins ?

Camille Lancelevée parle de « psychologisation des établissements pénitentiaires » (2016). Elle montre à partir d'un cas de quelle façon le registre psychologique permet d'apporter des définitions aux situations et de réaffirmer le mandat des professionnels. L'utilisation du psychologique s'intègre au fonctionnement institutionnel et légitime l'usage de la contrainte dans les pratiques du care (2016). Le dilemme se situe au cœur même des espaces à l'intérieur desquels soigner et punir se juxtaposent. Le travail anthropologique de Sandrine Chenivresse interroge, dans un article intitulé *Punir et Soigner en UHSI*, la capacité des soignants et des surveillants à « faire œuvre commune » ou à coopérer (2012 : 74). La psychologue Hélène Basex s'intéresse quant à elle au ressenti des patients-détenus hospitalisés en UHSI (2009). Par une approche de type monographique, ces perspectives bien qu'instructives, ne recueillent

finallement qu'une facette de la problématique du soin en prison. En effet, la question du soin pour les personnes détenues se situe à la fois à l'hôpital et en prison. Ces deux mondes se prolongent l'un et l'autre par des mouvements, des interactions, des négociations et des ajustements. Ainsi, l'analyse de la peine sous le prisme du soin et du soin sous le prisme de la peine doit se prolonger au-delà des murs, c'est ce que j'entends faire dans ce travail. Cette perspective élargie permet de replacer dans la problématique les reconfigurations récentes du soin pour les détenus et de proposer un « décentrement » du regard porté sur les lieux d'enfermement (Darley, Lancelevée et Michalon, 2013 : 13). Ainsi, je prendrai en considération à la fois le soin à l'intérieur de la prison mais aussi l'organisation déployée à l'hôpital pour soigner les détenus.

Un tel projet nécessite d'appréhender ensemble des problématiques généralement étudiées de façon séparées car elles renvoient à des champs thématiques particuliers : la santé et la prison ou le soin et la peine. De plus, cet objet de recherche invite à rendre compte de plusieurs dimensions qui sont à la fois sociales, culturelles et historiques. Dans ce but, « franchir les frontières institutionnelles » qui séparent l'anthropologue du sociologue s'avère pertinent (Fassin, 1996). Cependant, cette construction impose une rupture avec les discours savants dominants sur la prison, qui s'orientent sur des théories relatives à l'état pénal, le monde clos, la société disciplinaire voire post-disciplinaire. Toute l'entreprise est bien sûr d'analyser la prison contemporaine sous le prisme particulier du soin, en questionnant la culture carcérale, les pratiques professionnelles et les formes de pouvoir. Sans pour autant tomber dans l'unique regard culturaliste et sans donner trop d'importance à la dimension institutionnelle. C'est pourquoi, j'opte pour une posture proche des acteurs, ancrée dans le terrain afin de découvrir les tactiques et les stratégies, les « micro-décisions » et les « micro-passages » qui façonnent la vie du quotidien (Becker, 1988). Et c'est à partir de l'observation de l'usage de l'espace et du temps des détenus malades et des professionnels que j'ai orienté mon travail de compréhension de la peine.

3.3 Une anthropologie de l'espace et du temps

La question de l'espace et du temps carcéral n'échappe pas aux chercheurs qui étudient la prison bien qu'ils soient finalement peu nombreux à exploiter ensemble le temps et l'espace carcéral. Les travaux en sociologie et en anthropologie consacrés au temps sont plus nombreux que ceux qui investissent l'espace de la prison. Certains chercheurs y consacrent un chapitre ou un article (Chantraine 2004; Bouagga, 2014), Fabrice Guilbaud propose une analyse « des temps vécus des travailleurs incarcérés », en la confrontant à leurs vies professionnelles passées (Guilbaud, 2008). Quelques recherches font du temps carcéral leur objet comme le travail d'Anne-Marie Marchetti dans *Perpétuité. Le temps infini des longues peines* » (2001) et celui de Manuela I. Cunha: « Le temps suspendu. Rythmes et durées dans une prison portugaise » (1997). Anne Marie Marchetti déconstruit le temps carcéral à partir de rencontres et d'échanges avec les détenus condamnés à une réclusion criminelle à perpétuité ou à de très longues peines. Comment les détenus peuvent-ils survivre dans ce contexte où l'horizon est restreint ? Comment organisent-ils les temps longs de leur durée d'enfermement ? Elle montre de quelle façon les détenus recherchent en eux leur humanité noyée dans ce temps « infini ».

Manuela I. Cunha rend compte des différentes temporalités de la vie en prison, le temps morne, le temps suspendu, les discontinuités du temps carcéral (1997). Dix années après sa première enquête dans une prison pour femmes, elle revient sur son terrain et analyse « l'érosion de la frontière carcérale », entre la prison et un quartier populaire de la ville de Tires au Portugal (Cunha, 2005). En effet, elle observe que les détenues d'origine gitane développent « une continuité entre les relations carcérales et les relations pré-carcérales » (Cunha, 2005). Ces dernières ne s'approprient pas le temps de la même façon que d'autres détenues. Cela diffère également des données issues de la première enquête qui révélaient un temps bloqué qui était resté comme « suspendu ». La prise en compte d'une continuité entre la vie de l'extérieur et celle de l'intérieur de la prison permet de contourner les écueils de la stricte monographie. Son regard, duquel une vision plus élargie et décentrée de la prison est possible, complexifie le cadre d'analyse de l'institution, en produisant différents ordres de la réalité. La mise en évidence d'une continuité entre le dedans et le dehors remet en question la

structure d'un temps carcéral particulier. A partir de ces deux recherches sur le temps, il me semble important de souligner que les activités de temporalisations dépendent des interactions à l'intérieur et à l'extérieur de la prison, et ces activités vont agir sur la construction/la déconstruction de l'humanité du détenu. Lorna A. Rhodes à travers une anthropologie de la prison (2001) pose également la question de ce qu'est « un être humain social » dans un lieu de « total confinement » qui impose des conditions d'isolement et de contrôle très difficiles, basées sur de nombreuses heures passées seul, en cellule sans occupation particulière.

L'espace est aussi un focus intéressant pour analyser la peine et la question de l'humanité. Il intéresse particulièrement les géographes. Lucie Bony a analysé de quelle manière les détenus habitaient et cohabitaient dans l'espace carcéral ainsi que leur rapport avec l'extérieur (2013). Ainsi, la peine de prison est une punition par l'espace qui se traduit en termes d'immobilité, la prison est une peine géographique (Milhaud, 2009). Quelques sociologues analysent la prison comme un objet spatial dont on peut étudier l'organisation interne et les discontinuités (Outaghzafe El Magrouti, 2009 ; Le Caisne, 2000) et les objets qui sont au cœur de la discipline (Scheer, 2014). L'espace est aussi analysé comme un élément majeur du dispositif de pouvoir (Morelle, 2013). On peut regretter que le sujet de l'espace soit délaissé par les sociologues et les anthropologues par rapport au temps. Cette inégalité avait déjà été soulevée par Michel Foucault qui soulignait la mise à l'écart de la problématique de l'espace dans la tradition philosophique. En effet, l'espace et le temps font rarement œuvre commune pour expliquer l'enfermement. Or, au fil de mon travail de terrain, la question de l'espace et du temps a été appréhendée de façon complémentaire voire indissociable pour comprendre les trajectoires de soin et les trajectoires pénales des personnes détenues, telle que l'histoire de Jean Mouisel et celle de Sylvie le mettent en évidence. La question de l'espace et la question du temps se constituent en rouage crucial pour comprendre la peine sous le prisme du soin. A partir d'une anthropologie des espaces et des temps en prison, j'interrogerai la peine sous le prisme du soin. Autrement dit, tout cela nous informe sur ce que punir veut dire ou encore sur ce que soigner veut dire ici et maintenant. Le temps et l'espace seront analysés dans les deux parties suivantes au regard des mondes et de leur composition, leurs tensions, leurs accords.

3.4 Une ethnographie des détenus malades

Mon travail de thèse a pris naissance il y a cinq ans. Quelques éléments sur l'origine de cette recherche sont nécessaires pour comprendre son contexte et ma posture. Alors en première année de doctorat et soucieuse de m'assurer des conditions favorables pour poursuivre mon chemin de « thésarde », je recherchais activement un financement. Un appel à candidature lu dans la célèbre revue « Arpenter le Champs Pénal », dirigée par Pierre-Victor Tournier, m'interpella. Le CHRU de Besançon recherchait un chercheur pour coordonner une recherche clinique sur le thème de la fin de vie et des soins palliatifs en prison²⁶. Les conditions pour postuler : niveau master, une formation dans le domaine de la recherche qualitative et une expérience en lien avec la prison ou l'hôpital. Infirmière de formation, j'avais une connaissance du soin et du milieu hospitalier, particulièrement de l'institution psychiatrique où j'ai exercé cinq ans en tant que soignante. Par cette modeste expérience, j'ai vécu mes premières rencontres avec ce que l'on appelle « l'enfermement » qui allait devenir quelques années plus tard l'objet de mes recherches. D'un point de vue universitaire, je venais de valider un master de recherche en socio-anthropologie, avec une spécialité en criminologie. Tous ces éléments semblaient cohérents au regard du sillon de chercheuse que j'étais en train de creuser et m'ont apporté la légitimité nécessaire pour être retenue. Mon recrutement a donc été lié au fait d'être infirmière de formation et d'avoir validé un master de sociologie-anthropologie (spécialité criminologie). Ma collègue Aurélie Godard Marceau, avec qui j'ai mené cette recherche clinique, avait travaillé comme socio-démographe dans un service de l'administration pénitentiaire. Le hasard a fait que nous avons l'une et l'autre des formations en sociologie et en anthropologie.

Faire appel à des chercheurs en sciences humaines et sociales dans un contexte de recherche clinique avait pour but de mettre en œuvre une approche qualitative pour comprendre l'expérience des détenus gravement malades et en fin de vie. L'objectif était d'identifier les obstacles ou les facteurs favorisant la mise en place de soins palliatifs en prison et d'expliquer

²⁶ Sous la direction de Régis Aubry (médecin-chef du service de soins palliatifs du CHRU de Besançon) : « évaluation de la situation des personnes malades détenues relevant d'une démarche palliative dans les prisons françaises », recherche financée par la Fondation de France. La recherche a été coordonnée par A. Godard-Marceau et A. Chassagne.

les modalités permettant aux personnes détenues gravement malades de sortir de prison, notamment grâce à une suspension de peine médicale. Il s'agissait de comprendre le phénomène de la fin de vie en prison à partir d'une approche compréhensive et d'éclairer les problèmes liés à la fin de vie de personnes situées dans une « zone d'ombre » de notre société à partir du point de vue des acteurs concernés (Dozon et Fassin, 2001 ; Fassin, 2008b). Les médecins, qui attendaient des réponses à des questions laissées sans réponse, se sont adressés à des chercheurs rompus aux techniques d'entretien dans le but de trouver des solutions, des pistes de réflexion, au risque de nous « utiliser » comme des ingénieurs de la recherche qualitative (Bourdieu, 1997). Mais au-delà de cette « commande », les données collectées ont été analysées au regard des concepts sociologiques et anthropologiques, notamment dans mon travail de thèse, ce qui contribue parallèlement à la recherche socio-anthropologique fondamentale.

Les deux champs scientifiques en question – la médecine et les sciences humaines et sociales - ne partagent pas toujours la même vision de l'être humain (Hubert, 1995). Contrairement à la recherche clinique qui a comme objectif principal d'améliorer la prise en charge médicale du patient en développant de nouvelles stratégies thérapeutiques ou diagnostiques, l'objectif de la sociologie et de l'anthropologie n'est pas de « soigner » mais d'apporter des connaissances sur les rapports sociaux et culturels entre les malades et ceux qui les prennent en charge (Godelier, 2011). Ne poursuivant pas les mêmes objectifs au départ, des questions et des tensions d'ordre méthodologique et épistémologique entre les chercheurs en sciences humaines et les médecins ont coloré cette étude. Les médecins de l'équipe mais aussi ceux du terrain étaient principalement habitués aux recherches quantitatives basées sur une approche hypothéticodéductive s'inscrivant dans la logique du positivisme comtien. A l'inverse, les méthodes inductives, utilisées dans le domaine des recherches qualitatives, s'appliquent à des recherches dont le postulat épistémologique s'oppose au positivisme. Le principe est non pas de vérifier des hypothèses grâce aux données collectées, mais à l'inverse de développer des hypothèses de réponses à la problématique à partir des données collectées. Les méthodes qualitatives ouvrent alors des perspectives méthodologiques et théoriques qui n'enferment pas le chercheur dans des cadres de réponses prédéfinies.

L'engagement collaboratif devait permettre de répondre à plusieurs voix à la question « comment ça fonctionne ? » c'est-à-dire « comment ça se passe quand une personne est en fin de vie en prison ? ». Ainsi, il s'agissait de résoudre une « énigme » (Passeron et Revel,

2005). Or, nous savons que généralement, les médecins et les socio-anthropologues n'ont pas les mêmes perceptions vis-à-vis de la maladie et de la mort ni les mêmes mots pour en parler. Ainsi, un apprentissage de la « langue de l'autre » a été un préalable à notre intégration dans l'équipe de recherche, et à nos possibilités de communiquer au vu de construire l'étude (Hubert, 1995 : 229) et de tenter d'aligner nos positions de la problématique, à la valorisation des données en passant par les choix méthodologiques. Certains médecins ont parfois été méfiants à l'égard des méthodes qualitatives (Sarradon Eck, 2008) et la nécessité d'instaurer un dialogue n'allait pas de soi, ce qui a provoqué quelques tensions. Notamment avec des médecins « du terrain » exerçant en prison qui participaient aux réunions de travail. Certes, leurs expériences professionnelles furent bénéfiques pour ancrer le questionnement dans la réalité du terrain qu'ils nous décrivaient. Cependant, leurs deux casquettes – praticien et chercheur - ont créé des tensions entre les attentes qu'ils nourrissaient à l'égard de cette recherche et les résultats attendus. Dès le départ certains avaient déjà un avis bien tranché sur les « réponses » que l'enquête devait apporter avant même de l'avoir mise en place. Par exemple, l'un d'entre eux me dit : « On va montrer que les personnes qui ont commis des crimes sexuels ne sortent pas de prison et que les surveillants nous gênent dans notre travail.... ». Il me prenait à parti, moi l'ancienne infirmière, j'allais forcément être de son côté : les blancs contre les bleus ! Aussi, questionner l'autonomie professionnelle des soignants allait à l'encontre de leur valeur d'indépendance à l'égard de l'administration pénitentiaire actée depuis la loi de 1994. Quelle place le chercheur en sciences humaines et sociales peut-il prendre dans ce contexte ?

Dans le cadre de cette recherche, les deux chercheuses engagées sur le terrain (socio-anthropologue et socio-démographe) ont réalisé des entretiens individuels semi-dirigés auprès de 17 patients détenus en fin de vie rencontrés dans différentes prisons et avec une cinquantaine de professionnels intervenant dans leurs parcours (médecins, infirmiers, surveillants, Juge d'Application des Peines, Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation)²⁷ (voir Tableau 1). Les personnes interviewées ont été rencontrées une fois et les entretiens ont généralement duré entre 45 minutes et une heure. Le choix des personnes détenues gravement malade dont le pronostic vital était engagé dépendait des médecins

²⁷ Au niveau de l'échantillon, j'ai réalisé les entretiens auprès des détenus et des professionnels pour 12 situations sur les 17 de l'enquête, les cinq autres situations ont été recueillies par A. Godard Marceau. Nous avons produit une analyse commune de ces situations dans un rapport de recherche.

exerçant en prison²⁸, ainsi nous n'étions pas entièrement autonomes dans le choix des situations et certains détenus ont été signalés quelques jours avant leur décès voire parfois après leur mort. Cela soulève un questionnement relatif aux représentations des médecins vis-à-vis de la fin de la vie. En effet, ces derniers ont éprouvé des difficultés à estimer la durée de vie restante pour les personnes dont ils assuraient le suivi médical. Autrement dit, cela met en évidence leur difficulté à prévoir l'avenir des malades et leur incertitude quant à la durée qu'il reste à vivre à ces malades.

Les détenus rencontrés étaient âgés de 35 à 80 ans, cinq d'entre eux étaient mariés et quatorze avaient des enfants. Deux entretiens ont été réalisés avec des proches lors de la phase exploratoire mais la difficulté à rencontrer les familles, leurs attentes et les relations difficiles avec le détenu malade nous ont amenés à ne pas poursuivre cette catégorie d'entretiens. D'autant plus que les proches avaient peu d'information concernant la maladie et sa gravité ni sur la prise en charge. Les détenus enquêtés étaient pour la plupart atteints de cancers (14 sur 17) et la majorité d'entre eux avaient demandé une libération au regard de leur état de santé (13 sur 17 dont 10 avaient demandé une suspension de peine). La plupart des personnes détenues avaient un quantum de peine (durée totale de la peine prononcée) de plus de dix ans (10 sur 17), trois d'entre eux condamnés à des peines plus courtes suite à des délits et deux détenues n'avaient pas encore de quantum de peine établi : Sylvie, en détention provisoire et Céline ayant fait appel de son jugement. La majorité des détenus rencontrés ont été incarcérés suite à des crimes, six condamnés suite à des crimes sexuels, autant pour homicides. Concernant, les peines plus courtes, Kevin a été incarcéré suite à des violences conjugales, Jean-Pierre pour un usage de faux chèques de manière récidivante, Mohamed suite à des agressions physiques et verbales répétées.

²⁸ Les personnes sont incluses dans le projet PARME si elles répondent, selon les médecins coordinateurs des unités sanitaires, aux critères suivants : personnes atteintes d'une maladie grave, évoluée, à un stade avancé ou terminal, dont le pronostic vital est estimé à moins d'un an. Il fallait aussi que le détenu/patient soit consentant pour participer à la recherche. Aux vues de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient à qui il propose de participer à l'étude, et de la dichotomie entre le rôle du médecin et celui du chercheur, on peut se demander si l'acceptation des détenus malades, dans ce contexte, ne relève pas forcément de la volonté du malade mais plus de faire plaisir à son médecin et d'être un « bon patient » (Sarradon Eck, 2002).

Tableau 1 : Présentation des situations de l'enquête qualitative d'avril 2012 à octobre 2014. (Les prénoms sont modifiés)

Prénom du détenu	Âge	Lieu d'entretien ²⁹	Statut	Quantum en années	Matériel Recueilli
Jean-Michel	80	CD – 1	Condamné	15	7 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP, infirmier, surveillant, famille) + observation
Sylvie	56	MA- 1	Prévenue		6 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP, surveillant, infirmier) + observation
Robert	60	UHSI-1	Condamné	15	7 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP, infirmier, surveillant, famille) + observation prolongée
Miguel	64	UHSI-2	Condamné	10	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Émir	49	CD- 2	Condamné	14	3 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Bernard	65	CD-3	Condamné	24	3 Entretiens (détenu, médecin, CPIP)
Pablo	70	CD-2	Condamné	12	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Louis	68	MA-2	Condamné	20	3 Entretiens (détenu, médecin, CPIP)
Mohamed	40	MA-3	Condamné	2	5 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP, infirmier) observation prolongée
Thierry	50	UHSI-2	Condamné	5	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP) + observation
Pierre	58	UHSI-3	Condamné	9	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Marcel	73	UHSI-4	Condamné	18	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Kevin	35	UHSI-4	Condamné	1	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Céline	35	MA-4	Prévenue		4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)+ observation
Amédée	48	CD-4	Condamné	20	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)
Jean-Pierre	54	CD-1	Condamné	2	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP) + observation
Michel	69	CD-5	Condamné	11	4 Entretiens (détenu, médecin, CPIP, JAP)

²⁹ Les détenus malades ont été rencontrés en établissements pénitentiaires ou à l'hôpital en UHSI (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales). Il existe différents établissements pénitentiaires en France, les Maisons d'arrêts (MA), les Centres de Détentions (CD) et les Maisons Centrales (MC), voir p. 73.

Les entretiens des détenus, ont été complétés par le recueil du point de vue des professionnels du monde du soin et du monde de la peine les accompagnant au cours de leur trajectoire médicale et pénale. Il était important de mon point de vue de donner la parole aux acteurs des mondes en présence afin de recueillir différents regards autour d'un « cas ». Avoir de l'intérêt pour plusieurs catégories professionnelles, au-delà de l'expérience vécue par le détenu malade, a permis non seulement de contribuer à objectiver les données et de faciliter l'accès au terrain et l'intégration du chercheur (Rostaing, 2006). Plus de 70 entretiens semi-dirigés ont été menés et mettent en lumière les tensions produites par le chevauchement de la peine et du soin en prison. L'enquête s'est principalement centrée autour des acteurs incontournables : le détenu malade (n =17), le médecin (n =18), le juge (n =9), et le CPIP (n =15). L'intérêt était de prendre en compte différents points de vue, parfois antagonistes, afin de mieux saisir les enjeux professionnels et institutionnels (Liebling, 2011). Dans cette perspective, j'ai pris la liberté de mener des entretiens auprès d'autres acteurs (1 psychologue, 1 assistante sociale, des soignants (n = 5), des surveillants (n =3), des avocats (n =2) et des familles (n =2)). Les données recueillies ont été analysées par situation. J'ai mobilisé le concept de trajectoire et celui de « travail d'articulation », emprunté à Strauss, comme une « unité d'analyse » permettant de saisir et de remettre en ordre la multitude des actions, des évolutions et des négociations entre les acteurs.

Les entretiens semi-dirigés auprès des détenus malades ont généralement débuté par une question ouverte: « *Racontez-moi comment ça se passe avec votre maladie en ce moment....* ». Puis, ils ont été invités à décrire leur parcours de santé (vécu quotidien en prison et difficultés posées par la maladie), et le cas-échéant les raisons qui les avaient amenés à demander ou pas une libération que ce soit dans le cadre d'un aménagement de peine classique ou d'une suspension de peine pour raison médicale (Annexe 2). Dans l'ensemble, les personnes détenues ont accueilli ces entretiens comme un espace de parole où ils pouvaient raconter leur histoire et donner leur point de vue, exprimer leurs doutes, leurs craintes et leurs espoirs. Pour les professionnels, les entretiens ont généralement commencé par une question ouverte telle que « *racontez-moi votre travail auprès de Monsieur/Madame ...* ». Au cours des entretiens individuels, les enquêtés ont été invités à raconter la trajectoire de la personne détenue et malade et la façon dont s'articulaient leurs actions avec les autres professionnels autour de cette situation particulière (Annexe 2). Le principe étant de chercher à expliciter le sens donné par les acteurs à la situation du détenu malade et de comprendre la

façon dont ce sens s'était construit. Les personnels de surveillance et les CPIP bien que partant pour réaliser les entretiens ont systématiquement demandé l'aval de leur direction³⁰ contrairement aux professionnels de santé qui n'ont jamais évoqué ce point. Les professionnels du monde du soin comme ceux du monde de la peine ont généralement saisi cet exercice pour réaffirmer leurs valeurs et souligner les difficultés de coopération vis-à-vis de l'autre « monde ». Soulignons que notre statut de chercheur exerçant dans un service de recherche hospitalière, nous a symboliquement positionnées dans le monde médical. Il fut important de réaffirmer régulièrement notre indépendance vis-à-vis du monde de la peine et du monde du soin, pour ne pas être confondues, lors des entretiens auprès des personnes détenues, avec les différents experts qui ponctuent les démarches de demandes de libération³¹. Généralement, ma casquette de chercheur hospitalier ne m'a pas porté préjudice, au contraire certains professionnels ont estimé que cette recherche devait être très sérieuse et très scientifique. Bénéficiant des représentations sociales valorisées de la médecine, le cordon ombilical qui m'unissait au monde hospitalier m'a apporté une légitimité voire un pouvoir symbolique. Cette posture de socio-anthropologue « hospitalière » m'apportait-elle une distinction par rapport à d'autres recherches menées par ailleurs en prison ? Et comment ma posture particulière était-elle perçue par d'autres chercheurs légitimes dans le champ de la sociologie et de l'anthropologie en prison ?

Parallèlement, la construction de mon objet de recherche de thèse ne s'est pas faite sans heurts, puisque la recherche clinique développe des objectifs en lien avec les pratiques médicales et la volonté de soigner, différents de ceux attendus dans le cadre de la recherche en sociologie et en anthropologie. Le protocole de recherche clinique tel qu'édicte au départ qui peut s'avérer très contraignant comme déjà souligné (Desclaux, 2008 ; Fassin, 2008b ; Rossi et al., 2008) ne prévoyait que des phases d'entretiens. Pourtant, l'idée de recueillir des discours et des observations en dehors de cette « machine protocolaire » dont Alice Desclaux parle en référence à la recherche médicale, semblait incontournable et s'inscrit dans une perspective socio-anthropologique telle que je la perçois (Desclaux, 2008 : 83). Grâce aux liens développés avec des médecins sur le terrain, j'ai pu « négocier » des temps

³⁰ Les personnels pénitentiaires appliquent le devoir de réserve tel que rappelé dans le décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant code de déontologie du service public pénitentiaire.

³¹ Une fois, un détenu (Michel) a confondu la chercheuse avec un expert judiciaire dans le cadre de son dossier de demande de suspension de peine. Les réponses convenues et sa manière d'insister sur la nécessité pour lui d'obtenir une suspension de peine nous ont permis de nous rendre compte de cette confusion ; nous avons alors pris le temps de réexpliquer notre positionnement et notre rôle.

d'observation dans deux espaces dédiés aux soins des personnes détenues. Ces phases d'observation ont été un « précieux atout » pour faire des découvertes et envisager l'objet de recherche sous un autre regard car elles permettent de rendre compte de l'ensemble de l'organisation d'un service, ou d'un environnement spécifique (Fassin, 2008b).

Mettre en place une démarche ethnographique tendait à la fois à prendre de la distance vis-à-vis des attentes de la recherche médicale et à réaliser un travail de déconstruction vis-à-vis de mes propres catégories d'entendement. Cette expérience a incité un bouleversement épistémologique indispensable, de mon point de vue, à la construction de l'objet de recherche. Le « terrain », si cher aux anthropologues, a fortement contribué à la constitution de mon travail de thèse et ceci à différentes étapes. Ce travail ethnographique s'est déroulé sur deux lieux institutionnellement distincts. Le premier se situe en prison dans une maison d'arrêt, et le second à l'hôpital dans une UHSI. Partant du principe de comparaison continue développé par Glaser et Strauss dans leur théorie ancrée, l'observation de ces deux lieux – unité sanitaire (US) et UHSI - où agissent les mêmes catégories d'acteurs (personnel du soin, de la surveillance et détenu-patient) m'a semblé pertinente afin d'analyser l'utilisation de l'espace et du temps au regard de l'environnement.

Au cours des deux années de terrain, mon approche de type ethnographique, entendue comme un temps prolongé sur le terrain, se base sur environ 300 heures d'observation :

- ✓ dans une UCSA située dans une maison d'arrêt accueillant environ 200 détenus (une journée tous les quinze jours pendant un an)
- ✓ dans une UHSI à vocation médico-chirurgicale composée de 23 lits d'hospitalisation (quatre semaines réparties sur trois mois).

L'accès au terrain a été possible grâce à deux médecins sur chaque lieu qui m'ont demandé de mettre une blouse blanche lors de ma venue, ce qui marquait inévitablement une appartenance au monde hospitalier. Quelques fois, en leur absence, j'ai tenté d'oublier de revêtir mon costume mais il y a toujours eu un professionnel bienveillant pour me rappeler la règle informelle et me trouver une blouse. Les infirmières de la maison d'arrêt m'ont même fait une place dans un casier pour ranger ma tenue. A plusieurs reprises, des personnes détenues et des personnels de la surveillance ont pensé que j'étais une élève infirmière, perception liée certainement au fait que je sois une femme relativement jeune et identifiée par ma blouse

comme appartenant au monde du soin. Même identifiée comme telle, cette posture m'a permis de saisir « des situations en train de se dérouler » sous mon regard, des situations où des « ordres étaient en train d'émerger », l'ethnographie « ancre les idées, leur donne de la chair, les affine et les enrichit, en les faisant jouer sur des cas : elle est une pensée en prise avec le concret » pour parler comme Cefaï (2010 : 9-10). J'ai pu suivre les équipes médicales et paramédicales dans leur quotidien : en salle de soin, en consultations, lors de la distribution des traitements dans tous les quartiers de la détention, y compris au quartier disciplinaire et au quartier arrivant pour des consultations. Dans l'unité sanitaire en prison, des temps d'observation ont également été réalisés auprès d'autres professionnels (psychiatres, ophtalmologue, opticienne, dentiste) et au poste de contrôle. A l'UHSI, j'ai également suivi les professionnels de santé au cours de leurs activités et dans une moindre mesure observé les professionnels de la surveillance.

Il est à noter que ma posture de chercheur hospitalier et la blouse portée systématiquement m'ont positionnée à l'intérieur du monde du soin ce qui a forcément limité mes possibilités d'appréhender le monde de la peine. Toutefois, ce que je souhaitais observer étaient les interactions autour du détenu malade. En plus d'observer leurs interactions avec les malades, j'ai particulièrement étudié les interactions entre les soignants et les surveillants. Ces deux catégories socioprofessionnelles ont retenu mon attention car ils sont « les plus engagés dans un face à face avec le détenu » (Lechien, 2001). A ces temps d'observation, se sont ajoutés des entretiens réalisés principalement avec les professionnels de la santé et quelques fois avec des surveillants ainsi que de nombreux échanges informels avec les détenus et les professionnels. Ma démarche « ancrée » dans le terrain permet de saisir la composition des mondes, et a donné naissance à des rencontres avec des espaces, des objets, des personnes, dont vous lirez dans les pages qui vont suivre les descriptions « denses, révélatrices, colorées, riches, variées et situées » (Katz, 2001).



Figure 1 : Mur d'enceinte d'une maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)

Deuxième partie

ESPACE DE LA PEINE ET ESPACE DU SOIN

Chapitre 4

Entrées

« A l'extérieur il n'y a pas de fenêtres. Les murs rouges descendent bêtement et sans espoir vers la pente et, comme des taies, les murs réfractaires les regardent, très haut, juste sous le toit. Il n'y a qu'un seul portail. Il est en fer, peint en vert, ne surprend pas par sa lourdeur. C'est simplement le portail aveugle de n'importe quel hangar-entrepôt bien gardé. Mais on le hait de l'intérieur, par sa malléabilité fallacieuse et sa couleur verte qui semble joyeuse, il va s'ouvrir et derrière c'est la liberté. Il s'ouvre si facilement, le verrou grince sans bruit, sans faire peur mais le portail n'a pas d'issue. Et l'été en s'ouvrant, il titille méchamment une butte d'herbe verte, avec la pierre chaude, grise du pavé, « avec ce qui n'est pas à nous, ce qui est libre ». Souvenirs de mon séjour à la première maison d'arrêt pour femmes de Moscou (1923-1927) Maria V. Mikhaïlova, 2004, p.341.

4.1 Voyage dans le « monde » de la prison

4.1.1 Passeport pour le chercheur

Mener une enquête qualitative sur un terrain « fermé » contraint le chercheur en termes d'espace et de temps. Pour pénétrer à l'intérieur du monde de la prison, « il faut un mot de passe, il faut franchir un seuil, il faut montrer patte blanche, il faut communiquer, comme le prisonnier communique avec l'extérieur » si l'on suit les mots employés par Georges Pérec dans son ouvrage *Espèces d'espaces* (1974 : 52). En effet, des demandes d'autorisations ont été sollicitées auprès des ministères de la santé (Direction Générale de la Santé (DGS) et Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)) et de la justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP)) dans le cadre de la recherche clinique menée sur le thème de la fin de vie des personnes détenues. Une année s'est écoulée entre la présentation de l'étude aux ministères et la réalisation du premier entretien auprès d'un détenu malade. Après plusieurs

échanges, des courriers de soutien émanant des deux ministères de tutelle datés de novembre 2011 pour le premier, et janvier 2012 pour le second ont permis l'accès aux établissements pénitentiaires et à leurs unités sanitaires pour mener une enquête exploratoire entre janvier et octobre 2012 (Annexe 1). Il est à souligner que ces institutions ont estimé lors de notre première rencontre que les situations de fin de vie en prison étaient très rares et que nous risquions de ne pas rencontrer « grand monde » si je reprends l'expression employée par un chargé de mission du Ministère de la Santé. D'autre part, les deux ministères ont émis une demande d'informations concernant les premiers résultats de l'étude exploratoire, ce qui était un préalable avant la poursuite de l'enquête. L'étude a pu être étendue à d'autres établissements du territoire national, suite à un courrier officiel du Directeur de l'Administration Pénitentiaire (DAP), en date du 15 mai 2013 qui autorisait l'entrée en prison pour mener des entretiens avec un dictaphone. Les personnels pénitentiaires (surveillants et CPIP) bien que partants pour réaliser des entretiens, ont régulièrement demandé qu'on atteste de l'accord de leur hiérarchie pour participer à l'enquête alors que les personnels hospitaliers rencontrés n'ont jamais évoqué le positionnement de leur institution.

Si l'accès à ce terrain sensible et « fermé » a toujours été possible dans le cadre de la recherche, certaines portes et certaines grilles ont été plus difficiles à franchir que d'autres. En général, l'entrée dans le « monde » de la prison réservait toujours une place aux imprévus et les difficultés n'étaient pas toujours là où je les attendais. Bien souvent, ce passage du monde libre au monde de l'enfermement fut ralenti, mis en attente en raison des procédures habituelles liées à l'entrée en prison (contrôle d'identité, autorisations) et ponctué par des moments où les déplacements dans la prison sont mis en attente lors de l'arrivée des familles pour les parloirs ou lors du départ d'un détenu pour le tribunal ou l'hôpital par exemple. Les franchissements des différents seuils m'ont donné des clefs pour comprendre ces passages : entre le monde libre et le monde de l'enfermement, puis entre le monde de la peine et le monde du soin. Entre janvier 2012 et novembre 2013, je me suis rendue dans quatre UHSI et sept établissements pénitentiaires dont trois maisons d'arrêt et quatre centres de détention, pour mener des entretiens et des temps d'observation plus ou moins prolongés. Au moment de l'enquête 179 prisons composaient le parc pénitentiaire français³².

³² Au moment de la période où la recherche clinique s'est déroulée, 179 prisons ont participé à l'enquête. Ce nombre ne prend pas en compte les centres de semi-liberté ni les centres pour mineurs.

Il existe en France trois types d'établissements pénitentiaires :

- Les Maisons d'Arrêt (MA) – ou quartier maison d'arrêt en centre pénitentiaire – où sont écrouées les personnes prévenues et les personnes condamnées à moins de deux ans. Les MA sont caractérisées par leur surpopulation.
- Les Centres de Détention (CD) – ou quartier centre de détention en centre pénitentiaire – où sont écrouées les personnes condamnées à plus de deux ans. Dans ces établissements dits établissements pour peines, le nombre de places est limité et les cellules sont individuelles.
- Les Maisons Centrales (MC) – ou quartier maison centrale en centre pénitentiaire – sont des établissements pour peine au même titre que les centres de détention, mais dans ces lieux de détention, la sécurité est accentuée. Les personnes incarcérées en maison centrale sont des personnes condamnées à plus de deux ans et présentant des comportements à risques d'après l'administration pénitentiaire. Par exemple, les détenus désignés comme étant des Détenus Particulièrement Surveillés (DPS) sont généralement incarcérés en maison centrale. Ils ont un traitement spatial singulier car ils changent d'établissement régulièrement.

Les prisons ne sont pas toutes identiques, elles sont en fait très différentes. Des petites prisons avec une centaine de détenus, et des très grandes prisons (presque 3000 pour la plus grande de France). Des prisons en ville ou à la campagne. Des prisons pour hommes, des prisons pour femmes. Des prisons neuves, d'autres vieilles. Des prisons pour des peines courtes, des prisons pour des longues peines. Ainsi, les contraintes relatives à la gestion de l'espace et du temps en prison dépendent en grande partie du type d'établissement, de son architecture et de l'organisation locale mise en œuvre. Par exemple, les quatre centres de détention où je me suis rendue pratiquaient un régime « portes ouvertes », c'est-à-dire que les portes des cellules n'étaient pas fermées à clef sur les temps de journée et se refermaient en début de soirée jusqu'au lendemain matin. Certaines personnes détenues rencontrées avaient les clés de leur cellule en journée. Contrairement aux « portes fermées » des trois maisons d'arrêt visitées où chaque ouverture et fermeture de porte de cellule étaient réalisées et contrôlées par les personnels de surveillance. Ce fonctionnement modifie le rythme carcéral et a de fortes conséquences sur les déplacements des personnes détenues, l'organisation du travail de

surveillance et l'organisation des soins. De fait, j'ai pu constater que l'accès aux espaces médicaux et aux professionnels de santé était plus ou moins facile, plus ou moins rapide et plus ou moins libre selon les lieux.

Souvent, c'est en me rendant dans des prisons différentes mais aussi à l'hôpital pour réaliser des entretiens que j'ai pu observer et comparer les différentes utilisations de l'espace et du temps. Mes impressions lors des passages du monde libre au monde de l'enfermement, en franchissant des grilles et des portes furent néanmoins assez semblables. Quel que soit le lieu, je ressentais un sentiment de contrainte à chaque entrée, et un soulagement à chaque sortie. Bien sûr ce degré et cette sensation d'enfermement se modifiait à l'intérieur des murs, notamment lors des différentes rencontres qui ont animé mes temps passés derrière les barreaux.



Figure 2 : Grille d'entrée d'un quartier de la détention (Aline Chassagne, 2017)

4.1.2 Entrée dans le monde de la peine

Mon entrée en prison ou plutôt « ma première fois » en prison, même si elle reste gravée dans ma mémoire, est assez éloignée de ce que peuvent vivre les personnes qui font l'expérience de la privation de liberté. Le temps long de l'attente du chercheur pour obtenir des autorisations pour pénétrer en prison diffère grandement du temps brutal de l'arrestation, puis de l'incarcération où toute une vie bascule du jour au lendemain. Souvenons-nous de la façon rapide et presque inattendue dont Sylvie a été isolée du reste du monde. À tel point qu'elle n'a pas pu mettre en ordre sa vie, avant son absence. Au cours des trois jours passés au poste de police après son arrestation, Sylvie a été déférée devant un magistrat qui a ordonné son placement en détention provisoire grâce à un mandat de dépôt d'une durée de quatre mois. Ainsi, en quelques heures, la machine judiciaire s'est lancée, en un temps expéditif et sans l'ombre d'un procès. La période du début de la peine et la date d'arrivée dans le monde de la prison sont généralement inscrits en mémoire, Sylvie, lors de notre rencontre se souvient précisément du jour où elle a franchi pour la première fois la porte principale de la maison d'arrêt, puis son arrêt au service du greffe où ont été déposés ses objets personnels, sa pièce d'identité, son argent, ensuite un numéro d'écrou lui a été attribué. Le passage au service du greffe marque un seuil qui l'éloigne petit à petit de sa vie passée, et la rapproche un peu plus du monde de la peine, en ce sens, la symbolique de ce passage s'apparente à un rite d'entrée. Les étapes qui permettent d'accéder au monde de la peine produisent de la distance tant physique que morale entre les détenus et les autres humains³³.

Les travaux de Goffman ont bien analysé ce « processus de mortification », ce dépouillement de ce qui est propre à l'individu et de ce qui lui offre une « représentation de lui-même » (Goffman, 1968 : 56). Devenir un numéro d'écrou, être démunie de ses objets personnels est comme une « mise à nu » qui signe le départ d'un autre temps dans un lieu à part. Simone Buffard décrit les nouvelles contraintes qui engagent l'homme reclus dans un autre rapport à son corps : fouille corporelle, sexualité frustrée, promiscuité, douches limitées. Elle montre

³³ Emmanuelle Godeau montre de quelle façon les étudiants en médecine et d'autres groupes professionnels (les garçons de salle) établissent des stratégies pour gérer les cadavres, pour se distancer physiquement et moralement des corps des défunts (les soignants et la mort, 2013).

que la peine est d'abord une peine corporelle et que les atteintes du corps visent à affecter l'identité du reclus (Buffard, 1973). Cette peine corporelle est bien sûr à relier aux contraintes en termes d'espace et de temps. La prison est une « hétérotopie » comme dirait Michel Foucault, c'est un lieu où l'on place des individus dont le comportement est déviant. Le rite d'entrée en prison opère ce passage, en marquant une séparation physique entre les individus déviants et le reste de la société. Au-delà de l'entrée dans le monde de la peine et de la sortie du monde libre, ce rite marque une séparation entre l'acceptable et l'inacceptable, le juste et l'injuste ou encore le bien et le mal. L'entrée en prison s'apparente à un itinéraire au cours duquel, il y a des lieux qui sont des lieux de passage, de transit qui conduisent à l'autre monde (Foucault, 1967). Dans *Histoire de la folie* de Michel Foucault donne à voir la fonction du voyage en bateau dans le traitement des fous. « Le navire, c'est l'hétérotopie par excellence » raconte Foucault, « un morceau flottant d'espace qui est fermé sur soi » et qui avait une fonction de mise à l'écart mais aussi agissait comme un rite de purification (Foucault, 1994b : 762).

Le quartier arrivant des prisons est un lieu de passage, un lieu qui donne un aperçu de ce qui se passe dans le monde de la peine. Il a un rôle de sas entre le monde libre et le monde de l'enfermement. Le but est de retarder l'entrée réelle qui va confronter plus nettement l'arrivant aux autres détenus qui sont en prison depuis plusieurs mois ou années. Ce n'est donc pas un hasard que l'encellulement individuel soit une règle des quartiers arrivants, cela permet de retarder le moment où le détenu sera exposé aux regards des autres détenus en cellule. Si cette entrée dans le monde de la prison se fait progressivement, par palier, sa violence n'en est pas totalement atténuée comme en témoigne l'un des détenus rencontrés dans le cadre de l'étude qui a tenté de se suicider au bout de quelques jours tellement l'arrivée dans le monde de la peine a été pour lui violente. Le passage à l'acte suicidaire rend compte du « choc carcéral » vécu par les détenus bien souvent dès leur arrivée en prison (Lhuillier, D. et Lemiszewska, A. 2001). L'omniprésence des regards d'autrui dans presque tous les espaces de la prison est une expérience bouleversante : « La prison, c'est pas les murs, c'est les autres », la détention c'est aussi chez les prisonniers la hantise de la « saleté », de la « souillure » et de la « maladie » écrit Dominique Lhuillier (2001 : 98). Comme elle le souligne, « l'incarcération est l'expérience du mélange : mélange des âges, des origines socioculturelles, des délits, mais plus fondamentalement, mélange par la confusion entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et les autres, [...] entre la vie et la mort. » (2001 : 27).

Sylvie vit ce que de nombreux professionnels nomment « le choc carcéral » au moment de l'arrivée en prison, elle oscille entre incompréhension, désespoir et colère. Sylvie a peur de mourir. Elle enrage dans sa cellule du fait de ne pas être totalement maître ni de son temps ni de ses mouvements, elle découvre la promiscuité, les bruits, le manque de lumière, le manque d'hygiène, les rapports de force entre détenus. Tout est bouleversé, le rapport à soi, le rapport aux autres et les règles du jeu ont été modifiés, c'est un moment de crise. Beaucoup d'informations relatives au fonctionnement de la prison et aux règles de la vie carcérale sont à interioriser : les parloirs, le téléphone, le traitement du linge, la cantine, les promenades, le tabac. De nouvelles habitudes sont à incorporer : attendre devant chaque porte et chaque grille, attendre pour rencontrer ses proches.

Au même moment, le comportement des « arrivants » est évalué par les passages réguliers des personnels de surveillance, à ce moment-là le détenu est particulièrement « sur-veillé » (Delarue, 2012), dans le sens où il est sur-observé, sur-regardé. Ce travail d'observation permet d'opérer à leur placement en cellule « classique ». Choisir un emplacement, une place dans une cellule qui sera partagée avec d'autres détenus est une activité sensible qui a pour objectif de maintenir le calme en détention en évitant de mettre ensemble des détenus dont le mélange serait explosif : « de cette organisation dépendra la paix carcérale » (El Magrouti, 2012 : 110). Cette répartition géographique se fait en fonction de différents critères : le tabac, le type de crime, l'âge, les maladies psychiatriques, les personnes dites « fragiles », l'origine, les croyances, la toxicomanie, être travailleur ou inactif. Parallèlement, au cours de la première semaine d'enfermement, une consultation « entrant » est réalisée par un médecin exerçant en prison. Cette consultation se fait au quartier arrivant, c'est le médecin qui se déplace. Elle a pour objet de déceler des maladies, des urgences et de repérer des « infections contagieuses qui nécessiteraient des mesures d'isolement »³⁴. Aussi, des évaluations du comportement et du risque suicidaire qui est particulièrement élevé au moment de l'arrivée en prison sont réalisées. Le médecin collecte des informations sur les antécédents médico-chirurgicaux, les traitements habituels, les maladies connues sur le plan somatique et psychiatrique, les antécédents de passage à l'acte suicidaire, la prise de drogue, la

³⁴ Consultation médicale réalisée dans les 48 heures qui suivent l'entrée en détention, au quartier arrivant. L'objectif est de faire un bilan et de déceler des maladies, des urgences, une « infection contagieuse qui nécessiterait des mesures d'isolement » CPP article D.285 circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par VIH en milieu pénitentiaire.

consommation d'alcool et de tabac. Cette consultation permet de faire un état des lieux, d'assurer une continuité des traitements en cours et de proposer un dépistage de maladies ciblées pour lesquelles la population carcérale apparaît plus vulnérable que la population générale (VIH, hépatites B et C). En plus des données médicales, je fus étonnée d'entendre, à chaque fois, en début d'entretien les médecins demander au détenu quelle était la durée de sa peine, élément qui permet de deviner entre autres les raisons de sa présence.



Figure 3 : Entrée d'une aile de détention (Aline Chassagne, 2017)

4.2 Passer du « monde » de la prison au « monde » de l'hôpital

4.2.1 Entrée en territoire hospitalier

Le protocole

En dehors de la consultation « entrant », les consultations médicales se déroulent dans l'unité sanitaire de la prison et l'accès aux soins est soumis à une procédure, particulièrement en maison d'arrêt (le fonctionnement des centres de détention pouvant être plus souple). La personne détenue doit solliciter l'équipe médicale par l'intermédiaire d'un courrier normalement mis sous enveloppe et déposé dans une boîte aux lettres prévue à cet effet (située au milieu de la prison, au rond-point) et destinée exclusivement au monde du soin. Cependant, une part importante de la population détenue a des problèmes d'illettrisme d'une part³⁵, et il arrive assez souvent que le courrier soit directement remis au surveillant d'autre part. L'utilisation de l'écrit pour faire des demandes en prison ne concerne pas uniquement l'accès aux services de santé, mode de communication discriminant pour les personnes en situation d'illettrisme et repositionne « le surveillant comme passeur d'information » (Colin et Klinger, 2004). Le courrier adressé à l'équipe doit préciser si la demande de soin concerne l'infirmier, le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue, le dentiste, le dermatologue ou encore l'ophtalmologue (les vacations et les spécialités varient en fonction des unités sanitaires). Les professionnels de santé rencontrés insistent sur l'importance de respecter la procédure et d'écrire « un mot », puisque bien souvent, d'après eux, les détenus ne sont pas patients : « Ils veulent tout, tout de suite, maintenant » et sont « exigeants ». Pour les soignants, les consultations ne sont pas obligatoires, ainsi le détenu est « libre » de s'engager dans une démarche de soin. Ils opposent cette liberté aux contraintes du monde de l'enfermement, et inscrivent parallèlement leur identité professionnelle dans un discours hospitalier (le principe incontournable de la loi de 2002 : le malade est acteur de son parcours de soin) ce qui les distingue du personnel de surveillance. Il est important de préciser que les

³⁵ La lutte contre l'illettrisme en milieu pénitentiaire, Paris, Direction de l'Administration Pénitentiaire, 1997. Au terme de cette étude, il apparaît que 46,4% seulement d'une cohorte de 10 894 détenus incarcérés entre septembre 1995 et août 1996 étaient capables de procéder à « la lecture intégrale et la compréhension d'un texte narratif » (p. 25). Dès 1995, un dispositif de repérage de l'illettrisme a été mis en place dans toutes les prisons, le test est proposé à tous les arrivants.

soignants rencontrés définissent et situent leur travail en prison dans l'espace de l'unité sanitaire (UCSA), notamment en salle de soin (à l'exception de la distribution des traitements) car leur mission n'est pas d'aller à la rencontre des malades en dehors de cette unité mais plutôt de les recevoir s'ils en font la demande. Leur rôle finalement n'étant pas de soigner à tout prix et dans toutes les circonstances mais plutôt d'orienter auprès des services et des professionnels compétents.

Dans l'unité sanitaire où ont eu lieu les temps d'observation, les motifs de demandes de consultation sont variables : maux de tête, problèmes de dents, de douleur, de sommeil : « je fais des cauchemars », des demandes de médicaments : « je veux du Norset » (médicament classé dans les psychotropes) ou encore « j'ai besoin de lunettes, les gendarmes ont éclaté les miennes et je suis myope ! ». Les professionnels de santé examinent ces demandes lors de la réunion des « petits mots » selon les termes utilisés dans l'unité sanitaire où j'ai mené des observations, pour désigner ce temps d'ouverture du courrier. Les demandes de consultation n'apparaissent pas toujours légitimes aux yeux des professionnels de santé (toux, maux de ventre, nez bouché, pellicules dans les cheveux...). Ces demandes en cachent parfois d'autres : besoin d'un certificat, obtenir un médicament, envie de discuter avec une infirmière, passer le temps, rencontrer d'autres détenus. Une infirmière dit à ce propos : « ils n'ont que ça à faire de toute la journée de regarder leurs corps, de remarquer qu'ils ont un truc aux yeux, une dent cassée... ». Selon elle, venir à l'UCSA c'est une façon de « tuer le temps » (Infirmière, MA). Ceci dit, le temps de la peine permet aussi bien souvent de renouer avec le monde du soin. Comme le met en lumière Anne Lécu, médecin en maison d'arrêt pour femmes, l'expérience carcérale transforme le rapport au corps. Ses travaux montrent que le temps de la peine est un moment où les détenus deviennent plus attentifs à leurs problèmes de santé parce qu'ils regardent différemment leur corps (Lécu, 2013 :7-23).

Les consultations sont programmées suivant l'évaluation « clinique » du « petit mot » par les professionnels et les possibilités de prise en charge. Un soignant transmet cette programmation au surveillant affecté à l'unité sanitaire qui fait le lien avec les personnels de surveillance des différents quartiers de la prison. Ces derniers enverront les détenus à l'unité sanitaire en fonction des contraintes temporelles et spatiales liées à la gestion de la circulation des détenus et des « mouvements » programmés dans la prison (promenade, parloir, atelier). En même temps, l'accès à ces espaces est encadré par des règles temporelles (horaires d'ouverture, jours, heures, fréquence) relatives au fonctionnement hospitalier car l'activité des

professionnels de la santé s'étend entre 7h30 et 17h sur des jours ouvrés. Dans cette première phase de la demande, le statut de détenu prime sur celui de patient.

Comme l'explique l'un des détenus rencontrés, réussir à atteindre les professionnels de santé n'est pas si simple et peut prendre beaucoup plus de temps que dans la vie libre, y compris en centre de détention où l'accès aux espaces médicaux est plus souple : « C'est toujours le système de mots, le système d'attente... Moi quand j'étais à l'extérieur, si je demande un rendez-vous à mon médecin traitant, j'y vais tout de suite, je suis pas obligé d'attendre une semaine, quinze jours. Une fois j'avais été, pas ici, un mardi on m'a dit "ah non Mr X., non il y a trop de monde". J'y vais le vendredi, parce que c'est deux fois par semaine "ah ben non Mr X., vendredi là aujourd'hui on a trop de monde". Or, moi c'était urgent, j'avais envie de voir le médecin, mais bon il a fallu que j'attende quinze jours. Alors que peut-être j'aurais été chez moi, j'aurais tout de suite pu voir mon médecin dans la même journée quoi » (Jean-Pierre, Centre de Détention).

Cet homme détenu a été incarcéré quelques semaines plus tôt en maison d'arrêt, il estime que les contraintes en termes d'accès aux professionnels de santé sont proches de celles du centre de détention. Il se demande si le mot déposé arrive à bon port, et le cas échéant dans quelle temporalité il va pouvoir être reçu. Il sait que beaucoup de détenus souhaitent accéder à des consultations alors qu'il n'y a que deux demi-journées de présence médicale par semaine pour environ 160 détenus. De fait, il y a des listes d'attente, de même pour les consultations auprès du psychologue pour lesquelles il y a parfois plusieurs semaines d'attente. Une fois leur demande déposée, les détenus peuvent attendre plusieurs jours ou être vu dans la journée en fonction de l'évaluation de l'équipe médicale. Ainsi, les demandes de consultations peuvent être ralenties, différées par les professionnels de la santé qui au regard de l'activité et du motif de la demande, jugent du degré d'urgence de la consultation. De plus, les professionnels de santé remarquent un manque d'assiduité vis-à-vis des consultations programmées. Un médecin exerçant des vacations dans la maison d'arrêt où mes temps d'observation ont eu lieu, dit qu'il y a souvent seulement la moitié des consultations prévues qui sont honorées. Généralement, les détenus sont informés au dernier moment de leur rendez-vous à l'UCSA, eu égard des règles liées au travail de surveillance. Le détenu ne choisit ni l'heure ni le jour de la consultation et qui plus est ne choisit pas son médecin. Parfois, le moment de la convocation pour une consultation tombe au même moment qu'une autre activité comme le

travail, le sport, les parloirs, un entretien avec un avocat. La consultation n'est donc pas toujours une priorité.

Lorsqu'ils sont dans l'attente d'une consultation, les détenus ne savent pas si le courrier est arrivé à destination et si leur demande est en cours de traitement comme l'explique Amédée qui avait fait des demandes pour voir le médecin car il avait mal au ventre : « J'avais fait un mot à l'infirmerie et puis, et puis, j'ai eu d'autres petits soucis de, je faisais des mots sans arrêt, on m'appelle, appelé euh on m'a jamais appelé. Un jour on m'a appelé pour faire une prise de sang et puis j'ai dit au médecin, au docteur "quand même j'ai eu des soucis, j'ai fait des mots on m'a pas appelé". Et elle me dit "si on vous a appelé monsieur X. mais vous avez désisté". Et le problème c'est que le mot, il arrive au bureau des surveillants, le surveillant, la personne ne vient pas me chercher » (Amédée). Amédée met en avant le fait que les professionnels de la surveillance peuvent aussi ralentir le processus. Les surveillants estiment parfois que les demandes de soin n'en sont pas toujours ou qu'elles ne sont pas prioritaires par rapport à d'autres activités plus directement liées au travail de surveillance. Selon eux, les demandes pour « l'infirmerie » permettent à certains détenus d'éviter le travail, de se balader, de retrouver d'autres détenus ou encore de faire du « trafic » en tout genre à l'UCSA (médicament, drogue, nourriture, produit d'hygiène, vêtement). Il est vrai que rejoindre l'UCSA permet d'échapper en partie au monde de la peine. Ce déplacement permet d'atteindre un lieu où des interactions sociales différentes se développent. L'attente dans les salles réservées à cet effet, offre des possibilités de retrouver d'autres détenus, de scruter les nouvelles têtes, d'observer la vie de la prison et les professionnels en action. Ainsi, l'UCSA peut être un lieu stratégique pour communiquer entre détenus et déjouer les règles de la prison. Les demandes de soin permettent aux personnes détenues d'utiliser une partie de leur temps autrement et d'agir en fonction d'objectifs qui leurs sont propres, parfois situés en dehors des objectifs du monde de la peine, et en dehors de ceux du monde du soin. Ceci dit, les détenus ne maîtrisent pas tous les repères temporels liés à leur existence, ce qui les place dans une position dominée par rapport au rythme donné à la fois par le monde de la peine et celui du soin (Outaghzafe - El Magrouti, 2009). Ainsi, l'accès aux soins nécessite une synchronisation entre les rythmes déployés par l'administration pénitentiaire et les activités de temporalisation de l'administration hospitalière qui déterminent toutes deux une grande partie des emplois du temps des personnes détenues.

Le parcours

En prison, tout semble se situer dans un même lieu et la proximité géographique de l'UCSA semble propice à la réalisation de soins et de consultations mises en attente à l'extérieur (dentier, lunettes, prise en charge de la toxicomanie, arrêt du tabac). Pour ceux qui se déplacent dans l'univers carcéral, la proximité et la distance se mesurent davantage en minutes qu'en mètres puisqu'il faut souvent patienter devant les portes et les grilles avant d'atteindre son but. Ainsi, dans la maison d'arrêt où s'est déroulée l'observation prolongée, le temps du trajet allant de la cellule à l'espace médical est variable (de 3 à 10 minutes puisque l'ouverture des portes dépendra des autres mouvements dans la prison et du surveillant). Même court du point de vue spatial, le passage de nombreuses portes et grilles entre la cellule et l'espace médical peut en faire un long parcours.

Description d'un parcours d'une cellule à l'unité sanitaire en maison d'arrêt :

Le surveillant enfile la clef dans la serrure de la porte, tourne la clef et ouvre la cellule sans frapper et dit en même temps : « X (nom de famille) infirmerie ! ». Le détenu sort de sa cellule, la porte est repoussée - CLAC ! - et refermée à clef. Ensuite, il traverse la coursive, accompagné du surveillant dont les pas sont marqués par le bruit des clés accrochées à son trousseau. Descente des escaliers de fer en colimaçon, traverser le long et large couloir. Attendre devant la grille, que la grille s'ouvre – CLIC ! - et qu'elle se referme - CLAC ! - sous l'œil des caméras. Et passer deux autres grilles avant d'atteindre « le rond-point »³⁶, le cœur de la prison, témoin des nombreux passages. D'ici on aperçoit l'accès au quartier disciplinaire, les cuisines et le couloir menant à la porte de sortie dont la longueur a été divisée par des grilles qui s'étirent sur toute sa largeur. Puis il faut se diriger vers l'aile Z, attendre et pousser deux autres grilles. – Clic ! - Clac ! Et attendre.... DRING-DRING ! Sonner devant une porte vitrée et attendre que le surveillant ouvre. Le surveillant assis à son poste de contrôle (petit « aquarium » de 2 m²

³⁶ Les prisons sont souvent en forme de tripale avec trois couloirs/coursives en forme de patte d'oie qui débouchent sur un centre, appelé le rond-point.

équipé d'un bureau, de deux chaises, d'un téléphone et d'un ordinateur) voit l'individu qui se tient derrière la vitre de la porte d'entrée.

Lors de notre rencontre, Miguel qui est très malade raconte à quel point ce trajet peut sembler long et prendre du temps. Très fatigué, il se souvient d'un trajet laborieux un jour où il était fatigué et affaibli : « Très fatigué, moi je tenais, je, j'étais plus, j'étais dans un état secondaire, j'ai fait encore de ma cellule jusqu'à l'infirmerie avec mon sac que j'avais préparé avec les médicaments. Marcher, comment j'ai pu marcher, comment, en me tenant [Inspiration] en équilibre ». Miguel est âgé de 64 ans. Il est atteint d'une leucémie aigüe, myéloïde et secondaire à un syndrome myélodysplasique qui engage son pronostic vital. Sa maladie produit des douleurs et des anémies qui ont pour effet de ralentir ses mouvements corporels. Avec du recul, Miguel se demande comment il a pu atteindre l'unité sanitaire du centre de détention. En effet, son parcours a été parsemé d'obstacles (escaliers, grilles et portes), qu'il fallait franchir pour avoir accès à un espace formé par les professionnels de la santé. Toute la journée, les personnes détenues et les professionnels de santé, entrent et sortent de l'unité par la porte d'entrée pour passer du « monde » de la prison au « monde » de l'hôpital et inversement. Le surveillant, seul détenteur des clefs, « gère les flux » de plus en plus nombreux, conséquence entre autre de la multiplication des professionnels de la santé et de l'augmentation de la population carcérale. Le surveillant ouvre cette porte plus d'une centaine de fois par jour. Ce travail répétitif se déroule dans un espace physique restreint à l'intérieur d'une unité partagée avec d'autres professionnels :

Carnet de terrain – discussion avec un surveillant au poste de surveillance :

- « Ici (l'unité sanitaire), les surveillants ne se précipitent pas pour faire les remplacements, moi ce qui me gêne c'est qu'on est enfermé ! »
- C'est-à-dire....
- « En fait on est dans le bureau au milieu tout petit, on est enfermé alors que dans les quartiers, on bouge plus, on se déplace, on a plus d'espace [...] Et puis il y a aussi les soignants, on a pas les mêmes métiers donc il faut ... se comprendre, essayer de travailler ensemble. »

D'après le professionnel cité ci-dessus, l'espace physique exigü qui est attribué au travail de surveillance à côté de l'espace dédié aux professionnels de la santé marque un déséquilibre. En effet, les soignants sont représentés de façon surnuméraire au cœur de cet espace restreint (environ 300 m²) par rapport au surveillant qui est seul, et qui peut éprouver le sentiment d'être « enfermé » dans un espace médical où d'autres valeurs, que celles liées à sa culture de métier, sont déployées. Au milieu de l'unité, le bureau du surveillant est minuscule, situé sur quelques mètres carrés encerclés de vitres, comme « enfermé » au cœur de l'espace médical. Cependant, il se situe toutefois au carrefour des différents mouvements. Il encadre les salles d'attente et permet d'observer les détenus. Autour, de ce petit poste de contrôle, des portes vitrées donnent accès à des bureaux : deux pour les psychiatres, deux pour les psychologues, une salle de soin où se trouvent les professionnels paramédicaux, un secrétariat, un cabinet dentaire, une pièce pour les radiographies, une autre pour des consultations de médecine générale et des consultations réalisées par des spécialistes qui font des vacations sur des demi-journées (ophtalmologiste, dermatologue, opticien, pneumologue).



Figure 4 : Accès UCSA, maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)

4.2.2 La symbolique de la porte d'entrée

Sur le terrain, j'ai pu observer de quelle façon la porte d'entrée de l'unité sanitaire était une véritable frontière entre les mondes et un espace de lutte professionnelle. Observer les zones de passage entre les différents mondes permet d'identifier les habitudes, et parallèlement de mettre en évidence les moments d'instabilité et de désynchronisation qui bloquent momentanément les actions. Un monde n'est pas tout à fait structuré comme une institution, c'est un « micro-système », il vit presque de façon autonome, ses frontières ne sont pas claires, son organisation n'est pas stable et son équilibre se maintient au fil de « micro-décisions » (Becker, 1988). Lors de l'arrivée d'un détenu dans l'unité alors qu'il n'y avait pas été convoqué, la fragilité de l'organisation et le manque de clarté des frontières ont pu être mis en évidence. En effet, le passage entre les deux mondes - de la peine et du soin - habituellement implicite a été explicité et porté au langage lors de cette intrusion.

Carnet de terrain - réunion des « petits mots » suite à l'incident :

Le psychiatre rappelle qu'il a interdit l'ouverture du service à « ce type dangereux », et que c'est une « prescription médicale ». Ainsi, il souhaite maintenir ce détenu à l'écart parce qu'il menace de troubler l'ordre de l'unité. D'après lui, l'Administration Pénitentiaire « n'a pas joué son rôle » car « elle doit nous protéger ». Non seulement, le surveillant « n'a pas à laisser rentrer » cet individu dans les murs de l'unité sanitaire mais il désigne également une infirmière à qui il avait donné la consigne, le jour d'avant, par téléphone « de ne pas laisser rentrer ce détenu » dans l'unité !

Il explique que le détenu ne relève pas d'une prise en charge psychiatrique, mais représente une « dangerosité criminologique ». « Je vous rappelle qu'il est là pour agressions sexuelles avec actes de barbaries et qu'il est le commanditaire ». En ouvrant la porte à cet individu « on a médicalisé » une situation qui ne relève que de la surveillance pénitentiaire. En colère, il annonce qu'il reprendra en équipe avec le cadre de santé, et écrira un courrier au directeur de la prison.

L'intrusion non maîtrisée d'une personne détenue dans l'unité sanitaire a provoqué une redéfinition des frontières et de la répartition des zones territoriales au sens de la définition donnée par Guy Di Méo (1998), propres à chaque institution, et même à chaque culture de métier. Ce moment de tension a interrogé les missions de l'unité sanitaire et celles des différents acteurs et, a permis de procéder à des aménagements de manière à recréer un ordre dans ce monde bousculé. D'une part, les formes de contrôle sur les détenus dans le service de soin se sont accentuées. Par exemple, les portes des salles d'attente qui jusqu'à présent étaient le plus souvent ouvertes se sont refermées systématiquement. Cette fermeture a apporté un bénéfice aux différents corps de métier, en limitant les déplacements des détenus dans les couloirs, elle a rendu le travail de surveillance moins complexe. Le monde médical a vu dans cette restriction spatiale des détenus une façon d'assurer sa sécurité mais aussi de limiter les « trafics » et les « règlements de compte » même si le fait de fermer les salles d'attente à clef peut aller à l'encontre de ses valeurs. Ainsi, la gestion des portes de l'unité sanitaire dépend des situations, elle peut se modifier dans le temps, et suite à certains événements les portes s'ouvrent ou se ferment. Au final, dans cette situation, les portes sont utilisées comme un instrument de contrôle des flux, rappelant l'aspect coercitif de la prison qui « pourchasse toutes les formes de dissipation » et témoignent des stratégies de pouvoir mobilisées par les professionnels (Gros, 2010 : 12).

D'autre part, une rupture s'est produite entre les professionnels du soin et ceux de la surveillance, rupture qui a trouvé son expression la plus forte dans les relations entre les infirmières³⁷ et les surveillants : « Moi j'ai pas de soucis avec les surveillants » me dit sur le vif une infirmière, « on s'entend bien, mais là avec ce qui vient de se passer ça va être tendu, dès qu'il y a un événement, ils sont très solidaires entre eux et ils vont être plus distants aujourd'hui... ». L'événement amène chaque monde à se recentrer autour de « schémas conventionnels » propres (habitudes, croyances) qui « régissent et déterminent les droits et les obligations » (Becker, 1988 : 54). Or, se fixer sur les procédés met à mal les « réseaux de coopération » (ensemble d'individus coordonnés) nécessaires pour l'action (Becker, 1988 : 49). Cette situation a également provoqué une rupture à l'intérieur du monde du soin, entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale représentées par les infirmières qui ne partagent pas nécessairement le point de vue du médecin. Au contraire, certaines infirmières estiment

³⁷ L'équipe paramédicale est composée de six soignantes, uniquement des femmes c'est pourquoi nous parlerons d'infirmières et non d'infirmiers quand nous évoquerons l'unité sanitaire.

que leur rôle va au-delà de la distribution des traitements, et qu'elles ont des compétences pour apaiser des situations de tension en accordant un temps de parole aux détenus³⁸. Ainsi la perturbation de l'ordre dans l'unité de soin a fonctionné comme un « *breaching* »³⁹ (Garfinkel, 1967), appelant l'explication de la règle et plus particulièrement l'explicitation de l'usage réglé de l'ouverture et de la fermeture des portes, appelant également une (re) définition des personnes et de leurs actes ainsi qu'une (re) définition du soin.

Quand le psychiatre refuse un droit d'entrer à cet individu, il signifie que cette personne ne relève pas (d'après lui) du domaine du soin, en traçant une ligne de partage entre ce qui relève du thérapeutique et ce qui n'en relève pas. Dans un courrier adressé au directeur de la prison suite à l'incident, le psychiatre explique : « Le soin n'est possible que dans le cadre défini par les médecins, cadre sanitaire qui doit s'appuyer sur le cadre de la loi représenté par l'administration pénitentiaire. Pour continuer les soins, il nous faut la garantie que notre sécurité soit assurée. Il m'est difficile de comprendre que de tels sujets dangereux circulent librement et aient accès si facilement à l'UCSA et terrorisent notre équipe ». Le discours du psychiatre montre que la personne détenue dont il est question est étiquetée principalement comme un détenu. Alors que Mohamed, la personne détenue concernée, présentait que son corps avait un problème (il savait qu'il était malade), cependant les relations qu'il entretenait avec l'équipe médicale ont contrarié la construction d'une relation thérapeutique. Sans prendre en compte les inquiétudes de Mohamed, le psychiatre est préoccupé à redessiner une séparation entre ce qui incombe à l'administration pénitentiaire, et ce qui découle de sa compétence. Il passe un message, celui de ne pas invoquer systématiquement les troubles psychiatriques des détenus pour interpréter certains de leurs comportements violents. Il s'appuie sur son « mandat » qui lui donne le pouvoir de contrôler le travail et les conditions de travail des différents professionnels de santé impliqués dans l'unité sanitaire (Hughes, 1996). De plus, il souhaite maîtriser les entrées des personnes détenues sur « son » territoire même s'il n'en possède pas les clefs. Il détient cette autorité grâce à son statut de médecin, et s'appuie sur la réforme de 1994 qui a modifié l'identité professionnelle des soignants (Lechien, 2001).

³⁸ Le métier d'infirmier repose sur deux grands rôles : un rôle « sur prescription » qui consiste à appliquer les prescriptions médicales (traitements) et un « rôle propre » permet de mettre en place de façon autonome des soins relationnels et des actions d'éducation thérapeutique (décret de compétence du 29 juillet 2004).

³⁹ Méthode utilisée en ethnométhodologie s'appuyant sur l'analyse des ruptures dans le cours habituel des événements.

Cependant, aucun lien institutionnel n'existe entre le médecin et le surveillant, ainsi son autorité représente une forme de domination sociale entre le médecin qui est située en haut de l'échelle sociale et les surveillants situés en bas. En ce sens, il utilise son autorité statutaire pour établir un droit de regard non seulement sur cette porte frontière, mais aussi sur le travail de surveillance, ce qui lui confère une position de domination par rapport aux surveillants qui ouvrent ou maintiennent la porte fermée en fonction des décisions médicales (personnes convoquées). Dans ces conditions, le psychiatre trace une véritable limite professionnelle où il réduit le travail de surveillance à un rôle de gardien de la frontière. Il prétend aussi contrôler l'attribution du sens de l'espace qui devient un espace qualitativement différent des autres espaces de la prison et qui se distingue des espaces de la vie quotidienne des personnes détenues. Au final, il dessine une séparation, il trace une frontière entre un espace profane et un espace sacré auquel seraient attribuées les valeurs propres au monde du soin (Eliade, 1965). La porte agit comme un « objet-frontière » qui permet à la fois de maintenir les différences entre les mondes et de préserver leur autonomie (Trompette et Vinck, 2009 ; Chassagne, 2015). A partir de cet exemple, on saisit que les significations et les interprétations de la situation sont différentes même au sein d'un même monde, cela appelle un travail de définition de la personne qui varie en fonction des mondes, des événements, des objets. A la lecture des mots employés par le psychiatre, le détenu ne peut pas être un patient comme les autres. Le psychiatre se positionne en expert qui peut produire des catégories et les modifier en redéfinissant le soin. Le psychiatre est le gardien de la définition du malade mental. Il renforce la séparation entre le criminel dangereux et le malade mental, entre des non-patients et des patients. Il redéfinit son exercice en posant des limites dans l'accès aux soins, il ne peut pas soigner tous les détenus.

4.3 Reconstituer « son monde » en territoire étranger

Quand les soins ou les examens ne peuvent pas être réalisés en prison, l'équipe médicale de l'UCSA programme une consultation ou une hospitalisation dans un hôpital. Soit dans un hôpital de proximité où des « chambres carcérales » accueillent les détenus, soit dans une unité dédiée aux personnes détenues dans un Centre Hospitalier Universitaire (UHSI, UHSA). L'équipe médicale informe les personnels de surveillance qui organisent et assurent les « extractions médicales » vers l'hôpital. Le détenu malade n'est informé qu'au dernier moment. Généralement, le surveillant ouvre la porte de la cellule et dit : « Tu vas être extrait, prépare toi ... Il se prépare, on l'emmène au petit greffe, on le fouille, on descend au camion et puis... » (Surveillant, centre de détention).

Lors de ma rencontre avec un détenu que j'ai nommé « Robert », il affirme qu'à chaque fois : « ils (les surveillants) nous avertissent à midi pour partir à midi et demi ». Selon Robert qui fait très régulièrement des allers-retours entre la prison et l'hôpital, ce fonctionnement est récurrent. En effet, dans plusieurs établissements visités, la date de consultation ou d'hospitalisation est transmise au détenu quelques minutes avant son départ. Pour les personnels de surveillance, cela permet d'éviter aux détenus de téléphoner et d'informer leur famille ou des amis. Cette règle institutionnelle du secret sur la temporalité et les lieux des « transferts » doit permettre d'éviter « les mauvaises surprises sur le trajet » comme l'explique un chef de détention travaillant à l'hôpital. Pendant toute la durée du trajet, de la sortie de l'enceinte de la prison jusqu'à la chambre de l'UHSI, le détenu est encadré de deux surveillants, ses pieds sont entourés d'entraves et ses mains de menottes. Le capitaine de l'UHSI, assis derrière son bureau sous le portrait du président de la République, explique que « de nombreuses évasions ont lieu depuis les hôpitaux ». Le ton est donné. Ce discours apporte une légitimité au dispositif de surveillance déployé que j'ai pu ressentir à mon arrivée.

4.3.1 Implantation dans le paysage hospitalier

Entrée à l'UHSI - Carnet de terrain :

Dans le hall de l'hôpital, je cherche. Rien. Je ne lis nulle part UHSI. L'absence de signalétique complique la recherche du lieu. Heureusement, le médecin avec qui j'ai rendez-vous m'a donné une précieuse information : « C'est à côté des urgences ». De l'autre côté de la route qui amène les malades aux urgences, je vois un bâtiment gris rectangulaire construit sur deux niveaux se fondre dans le paysage hospitalier. Pas convaincue d'être au bon endroit, en me rapprochant, mes doutes s'estompent à la vue des caméras et des grilles. Pas de mirador, pas de barbelé, pas de mur d'enceinte...Mais un bâtiment encerclé de grilles.



Figure 5 : Arrivée UHSI (Aline Chassagne, 2012)

Au milieu de ces multiples barreaux métalliques, il faut repérer l'entrée. Un barreau plus large et la présence d'un interphone signalent une ouverture. Le portail d'entrée s'ouvre, puis se ferme derrière moi. Je suis enfermée à l'intérieur d'un sas de deux mètres carrés situé à

l'extérieur, entre trois grilles et le mur du bâtiment. Une découpe dans le mur dessine une vitre teintée, en dessous de laquelle un petit boîtier gris, comme un guichet, se détache du mur à environ 1m30 du sol. Derrière la vitre teintée, j'aperçois une silhouette. Une voix masculine me demande mes papiers d'identité et la raison de ma venue. Après plusieurs appels téléphoniques, quelques minutes d'attente, une autre porte, lourde et grillagée est franchie. Un sas, attente, une seconde porte métallique s'ouvre sur un garage. Ce long garage sans fenêtres, accueille le véhicule de l'administration pénitentiaire lors des transferts des détenus. Leur arrivée et leur départ se fait en toute discrétion sous les néons. Tout à gauche, vers la porte suivante, des casiers de couleur rouge et orange accueillent les objets interdits (téléphone, ordinateur). Temps d'attente. Une troisième porte permet d'atteindre une pièce où on passe sous un portique de détecteur de métaux (partie en vert sur le schéma ci-dessous). Comme à l'aéroport les bagages sont déposés et notre corps passe sous le portique. Une consigne m'est donnée par l'interphone « passez sans sonner ». Je sonne, problème de ceinture, j'enlève ma ceinture, je reste dos à la vitre derrière laquelle se trouve le poste de contrôle (nommé « sécurité » sur le schéma). Une porte, attente, une cinquième porte, et la dernière (6) pour franchir le poste de sécurité du rez-de-chaussée.

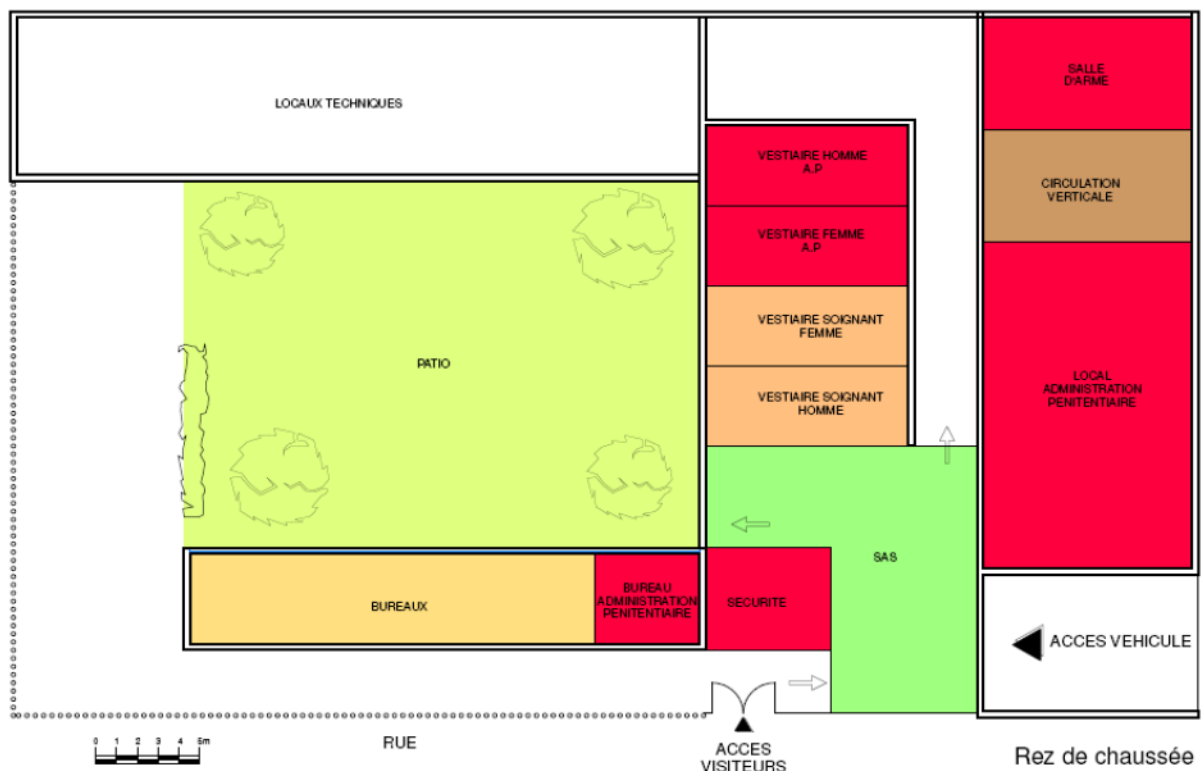


Figure 6 : Plan du rez-de Chaussée de l'UHSI (2012)

Comme un isolat dans le paysage hospitalier, les UHSI n'ont pas toutes été insérées de la même façon. On imagine les discussions sensibles des directions d'hôpitaux lorsqu'il a fallu faire une place ou construire un bâtiment dédié à l'hospitalisation des personnes détenues dans l'architecture hospitalière. Sur les quatre UHSI visitées, deux insertions se distinguent : soit l'UHSI est intégrée dans le corps principal du bâtiment hospitalier d'architecture verticale, soit elle est construite dans son prolongement de manière horizontale. Toutefois, leur classification dans l'ordre hospitalier ne peut pas suivre la logique habituelle de la répartition des malades par organes ou spécialités. A tel point que trouver la place des UHSI, fut pour moi à chaque fois un parcours du combattant. Signalétique plus que discrète voire inexistante. Tellement insérées dans l'architecture hospitalière, qu'on oublierait presque leur présence. N'est-ce pas d'ailleurs le but de cette incorporation réussie ?

Bien sûr cette incorporation permet d'atténuer la visibilité du lieu afin d'éviter les possibilités de communication entre l'extérieur et l'intérieur et de prévenir le risque d'évasion. Cependant, cette incorporation réussie a une autre fonction, elle permet d'éviter d'associer la prison à l'hôpital. Philippe Combessie a souligné dans ses travaux sur les prisons l'effort de dissociation fourni par les communes d'accueil des prisons, pour tenir à distance du nom de la commune, tout ce qui se rapporte à la prison afin d'éloigner le stigmate (Combessie, 1996). A l'hôpital, toute une mise en scène semble être orchestrée pour rendre le moins visible possible la présence de la prison et des détenus : ascenseurs spécifiques, longs couloirs déserts, garages opacifiés. Un « périmètre sensible » matériel et symbolique s'est installé entre l'hôpital et ce service spécifique (Combessie, 2000). Si l'absence de mirador et de barbelés trompe l'œil, les caméras discrètes, les postes de contrôle, les barreaux aux fenêtres des chambres rappellent le monde de la prison. Les nombreux seuils qui doivent être franchis pour atteindre l'unité de soin en font une véritable forteresse. Entrer dans une UHSI, c'est comme entrer dans une prison. Et pourtant, une fois les premières portes poussées, le service ressemble à n'importe quel service hospitalier : mur jaune pâle, portes claires, linoléum beige au sol. A l'exception des chambres qui sont fermées à clef et de la vitre rectangulaire insérée dans le mur à travers laquelle les surveillants et les soignants peuvent voir le "malade".

4.3.2 Les objets du monde de la peine

En prison, l'unité sanitaire tente de circonscrire un espace médical malgré les contraintes physiques dues à l'architecture et à l'organisation de la prison alors que dans le paysage hospitalier, l'UHSI a été implantée et agencée avec des espaces et des objets propres au monde de l'enfermement (grilles, caméras, portique de sécurité). A l'intérieur de l'UHSI, chaque monde - du soin et de la surveillance - a un espace qui lui est propre. Séparer les mondes au niveau horizontal et vertical. Séparer les mondes jusque dans les vestiaires et les salles de pause. En regardant attentivement le schéma précédent, on constate que les vestiaires des professionnels sont doublement séparés au regard du genre (coupure habituelle) et au regard du monde d'appartenance. Séparer les mondes jusqu'aux vestiaires illustre le souci de rationalité des frontières qui se déploie dans tout le bâtiment. D'autres séparations géographiques sont plus communes, et rappellent celles observées en prison à l'UCSA. En effet, le poste de contrôle est réservé aux personnels de surveillance et la salle de soin est occupée par les professionnels de la santé. Ainsi, les soignants ne rentrent pas dans l'espace du poste de contrôle et les surveillants ne franchissent pas le seuil de la porte de la salle de soin. Durant un temps d'observation, j'ai saisi à quel point l'entrée dans l'espace du poste de contrôle du rez-de-chaussée de l'UHSI répondait à des règles strictes qu'il ne fallait point trahir puisque le capitaine me voyant à l'intérieur de cet espace me lança : « vous n'avez pas le droit d'être là ». Je suis donc repassée derrière le seuil, comme une étrangère refoulée à la frontière, laissant de l'autre côté les deux surveillants qui étaient en train de me parler de leur travail. Ce déplacement au-delà de la mise à l'écart produite eu aussi pour conséquence d'arrêter immédiatement la discussion. Plus tard, j'ai pu passer une journée au poste de contrôle de l'étage et visiter les locaux réservés à l'administration pénitentiaire après plusieurs demandes au capitaine des lieux. Cependant, l'observation de certaines activités (séances de tir, escortes des patients détenus dans d'autres services de l'hôpital pour des examens, activité au poste de contrôle du rez-de-chaussée) n'a pas été autorisée par le capitaine.

Avec ma blouse blanche, j'étais comme une étrangère appartenant à l'autre monde et située à la frontière du monde de la peine. Cette ligne-limite, en dehors du fait qu'elle repousse les étrangers ou les intrus, a rappelé finalement que chaque monde trace des frontières et a une place définie et distincte dans l'espace. Toutefois, au cœur des espaces partagés par les deux mondes, des micro-frontières plus mouvantes et plus floues que celle du poste de contrôle ont

été introduites. Par exemple, dans le couloir et dans les chambres des détenus malades des « objets » propres au monde de la peine ont été introduits comme des barreaux aux fenêtres, des serrures aux portes, des vitres aux murs, des espaces de surveillance dans le couloir. Pour comprendre l'aménagement du service et la disposition spatiale du mobilier, voici un plan du premier étage du bâti qui correspond au service de soin :

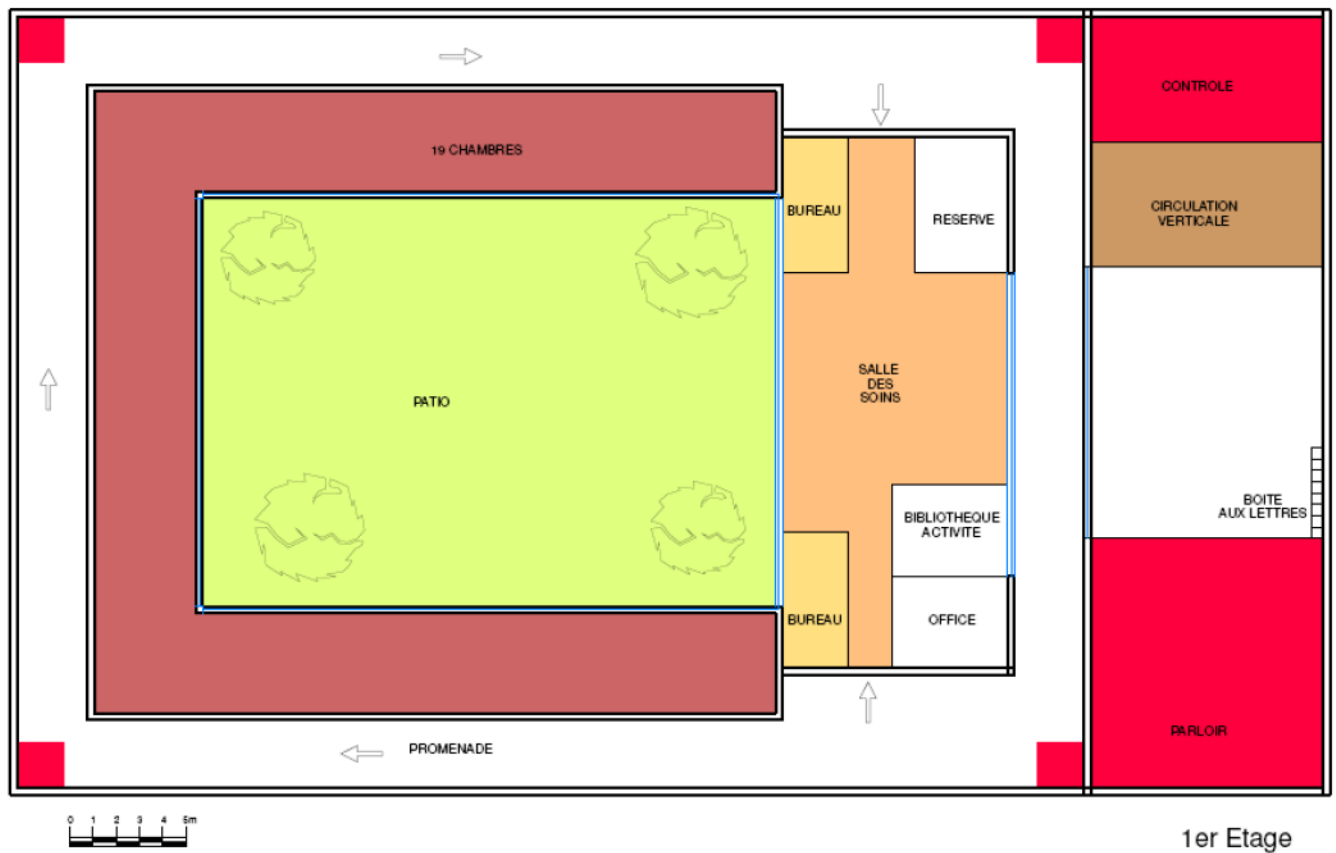


Figure 7 : Plan 1^{er} étage de l'UHSI

Le couloir

Il faut imaginer à la lecture du schéma ci-dessus que les temps de « promenade » des détenus malades se passent le long des chambres (partie en blanc) entre le mur qui distribue les portes des chambres et celui qui donne sur l'extérieur. Aucun lieu extérieur n'a été prévu pour les promenades ni pour fumer (le patio n'étant pas accessible). Fumer est autorisé en

prison, mais interdit à l'hôpital y compris à l'UHSI⁴⁰. D'ailleurs des patchs sont proposés aux fumeurs à leur arrivée à l'hôpital. Sous des vitres teintées inaccessibles à la vue, les déplacements des détenus malades comme des professionnels de la santé se font sous le regard des surveillants. En plus du poste de contrôle (en rouge en haut à droite), quatre carrés rouges ont été ajoutés pour renforcer le dispositif de surveillance et accompagner les soignants au plus près de leurs déplacements afin d'assurer leur sécurité (Rapport d'activité, UHSI, 2011). Aux quatre coins du couloir, l'espace a été privatisé par les surveillants grâce à l'introduction de mobilier à savoir des chaises et des tables. Le couloir est un carrefour, un lieu de passage incontournable pour la réalisation des activités des professionnels du soin et de la surveillance et le contrôle des déplacements des détenus qui sont dirigés vers les parloirs ou vers d'autres services hospitaliers. Le couloir est aussi une zone de passage stratégique en termes d'accès aux patients-détenus.



Figure 8 : Couloir de l'UHSI et porte de chambre (CGLPL)

⁴⁰ Cela étant dit, quelques UHSI ont organisé des fumoirs, salles spécifiques, afin de pallier à ce problème qui était source de tension avec les patients.

Les fenêtres

Tout au long de ce couloir, le mur a été régulièrement « troué » si l'on reprend l'expression de David Scheer dans son article intitulé *La prison de murs troués* (2014). Chaque chambre est munie d'une vitre rectangulaire plongeant sur le lit du malade, à travers laquelle ce dernier peut voir ce qui se passe dans le couloir et être vu par les personnes qui y passent, aussi bien les professionnels que les détenus qui s'y déplacent. Lors de mon entretien avec Jean-Michel, hospitalisé à l'UHSI depuis plusieurs semaines, le passage et le regard d'autres patients détenus et d'un surveillant perturbent mon interlocuteur. L'entretien est plusieurs fois interrompu par les commentaires de Jean-Michel : « qu'est-ce qu'ils ont à regarder... ils se promènent c'est des gens que je ne connais pas du tout ». Jean-Michel ne fait pas de promenade dans le couloir car il ne peut pas se déplacer. En prison depuis 14 années, il est agacé d'être observé par d'autres détenus à travers la vitre de sa chambre. Ainsi, la vitre produit de la visibilité, encore plus que l'œilleton de la porte de la cellule. La porte n'a pas besoin d'être ouverte, le surveillant n'a pas besoin de placer son œil contre la porte pour pouvoir regarder le patient-détenu. Parfois, le store de la vitre est baissé, notamment lorsqu'une femme détenue est hospitalisée pour éviter que des regards d'hommes se posent sur un corps féminin. Les stores peuvent aussi être baissés lorsque la personne détenue est gravement malade, âgée ou lors de la réalisation de certains soins. Quand la porte est ouverte par les personnels de surveillance, on aperçoit à l'intérieur : un lit médicalisé, une petite table avec une chaise, un fauteuil et une télévision qui meublent la pièce claire et propre. La porte s'ouvre et se ferme uniquement de l'extérieur car elle ne contient qu'une poignée à l'extérieur, ce qui explique en partie pourquoi elle reste entre-ouverte lors de la présence d'un professionnel à l'intérieur de la chambre.

L'unité de soin s'articule autour d'un patio central où poussent des bambous. Toutes les fenêtres des chambres ainsi que la baie vitrée de la salle de soin donnent sur ce patio. Orienter les fenêtres sur l'intérieur du bâtiment permet de limiter les possibilités de communication des patients-détenus avec le monde extérieur. Aucune ouverture n'est orientée vers l'extérieur (ce qui n'est pas le cas dans toutes les UHSI). De même, la plantation de bambous au cœur du patio et le film opaque collé à la fenêtre filtrent les possibilités de voir ce qui se passe dans les autres chambres et de communiquer avec d'autres malades. La lumière du jour transperce la vitre opacifiée et se faufile à travers les barreaux d'où on aperçoit le patio qui n'est accessible

ni aux patients-détenus ni aux professionnels. Cependant, ces frontières n'empêchent pas complètement aux détenus malades de communiquer entre eux. Comme en prison, les individus se parlent à travers les barreaux, au-delà des fenêtres, par les salles de bain, en promenade dans le couloir... Les barreaux blancs presque neufs dénotent bien souvent des vieux barreaux en fer des prisons. La différence est l'absence des « yoyos »⁴¹ et le calme du lieu ressenti à la fois par les professionnels de surveillance et les personnes détenues. A l'hôpital les chambres sont lumineuses, contrairement aux cellules généralement sombres de la prison. D'autant plus que dans plusieurs prisons récemment construites, la pose de caillebotis a renforcé ce déficit de lumière. Les caillebotis sont des grilles fixées derrière les barreaux qui ont pour fonction d'empêcher ou en tout cas de limiter les échanges d'objets à travers les barreaux des fenêtres d'une cellule à l'autre, autrement dit les lancés de « yoyos » stratégie déployée par les détenus pour communiquer malgré les contraintes spatiales. Mais ces caillebotis cachent la vue sur les côtés, le haut et le bas, laissant pour seul horizon visuel un plan droit.

L'équipement

Cependant, les « sorties » dans le monde de l'hôpital représentent un « danger » selon les personnels de surveillance qui escortent les détenus. Les surveillants en uniforme bleu marine, entrent en scène équipés d'un « pistolet automatique 9 mm » d'un « gilet par balle » et d'un « bâton télescopique ». Leur trajet est anticipé le plus précisément possible afin de ne pas laisser de place au hasard lors de leurs déplacements. Le service dans lequel doit être accompagné le patient-détenu est repéré à l'avance, afin d'établir précisément le chemin que les professionnels effectueront avec le détenu. Les salles d'attente, les secrétariats, les salles de consultation ou de radiologie sont observées également. Comme l'explique un surveillant, l'espace doit être connu afin de réagir en situation de tension : « Vous allez dans une salle d'attente, le détenu s'énervé, il faut savoir le mettre de côté, il faut savoir où pouvoir se mettre à l'écart » (Surveillant, UHSI, 2 ans d'ancienneté). En fonction de l'évaluation du degré de dangerosité de la personne détenue, les moyens en personnel de surveillance varient, comme l'explique un gradé de l'AP : « On va décider par rapport au niveau de dangerosité d'un

⁴¹ Gestes de pendule effectués avec un drap déchiré pour transmettre des objets d'une cellule à l'autre, par les fenêtres (Définition de David Scheer, 2014).

détenu, par rapport à...enfin, des tas de choses soit de mettre deux agents, soit d'en mettre trois, soit de mettre en place un dispositif.» (Gradé administration pénitentiaire UHSI, 18 ans d'ancienneté).

Lors de ces « sorties » dans l'hôpital, les professionnels de l'UHSI parlent de leur mission de « police pénitentiaire ». Cette appellation est un clin d'œil à un fonctionnement passé puisque la police gère cette mission d'escorte des détenus en service hospitalier avant 2010. Mais au-delà de ce rappel, l'association du métier de surveillant à celui de policier est ici assez révélateur de la valorisation professionnelle ressentie par les personnels de surveillance quant à l'extension de leur champ de compétence et au rapprochement de leur métier avec celui des policiers. Les policiers représentant un métier en uniforme moins dévalorisé et moins stigmatisé que celui de surveillant⁴². Toujours en lutte contre l'image dévalorisée qu'on leur renvoie, cette nouvelle fonction a eu pour conséquence de valoriser et d'étendre leurs compétences puisqu'une partie du travail est consacré à : « gérer l'armement, la sécurité, les accès, les scénarios de prises d'otage, de mouvements collectifs et tout ça » (gradé de l'administration pénitentiaire, UHSI). Lors des entretiens menés auprès des surveillants exerçant à l'UHSI, cette partie de leur travail est souvent mise en avant par rapport à leur rôle dans le service de soin où ils ont parfois le sentiment de ne faire qu'ouvrir et fermer des portes. En effet, si leur rôle de surveillance à l'UHSI peut être vécue comme un travail de gardien de la porte, lors des sorties dans le monde hospitalier, ils s'engagent dans l'espace public.

Les surveillants représentent eux-mêmes la frontière entre le monde libre et celui de l'enfermement. Leur tenue bleue marine, leurs rangs et leur équipement symbolisent la limite à franchir pour être libre ou enfermé. Cependant, à l'hôpital, la présence du monde de la peine soulève des tensions. Souvenez-vous de la situation de Jean Mouisel évoquée en introduction ou encore de celle de Sylvie. Tous les deux expliquent les contraintes physiques qu'ils ont ressenties lors du port des menottes et des entraves d'une part et lors de la présence

⁴² Deux sociologues précisent comment l'administration pénitentiaire est une institution dépréciée que l'on intègre après des échecs ou des non-succès provoquant un sentiment de dévalorisation in Léonore Le Caisne et Laurence Proteau, « La volonté de savoir sociologique à l'épreuve du terrain. De l'enchantement du commissariat au désenchantement de la prison, Presses de Sciences Po, Sociétés contemporaines, 2008/4-n°72, p.125 à 129.

des personnels de surveillance dans la chambre ou dans le bureau médical d'autre part. Autrement dit, l'intrusion d'acteurs du monde de la peine sur un territoire réservé au monde du soin pose la question de la stigmatisation des détenus et de la confidentialité des informations médicales.

La confidentialité (salle d'attente et bureaux de consultations)

La présence des personnels de surveillance et parfois l'aménagement des lieux ne permettent pas toujours le maintien du secret médical, comme en atteste le discours du médecin qui suivait Sylvie en prison : « s'il y a un examen gynéco à faire, c'est toujours compliqué parce que il y a une fenêtre dans la salle de consultation normalement, il y a la surveillante qui est là aussi,ben le secret médical est plus dur à.. il n'y en a plus quoi ! » (Médecin en unité sanitaire, maison d'arrêt. Ce médecin exerce également aux urgences de l'hôpital de proximité). Ainsi, la configuration du lieu et l'organisation de l'activité de surveillance empêche de déployer un espace de confidentialité. Effectivement, le secret des informations échangées entre le soignant et le soigné est rompu. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, le secret médical semble plus difficile à préserver à l'hôpital qu'en prison. Or, ce secret médical est un pilier de la déontologie de la profession médicale. Cependant, cette rupture de secret médical n'est pas uniquement liée à une prise de position du personnel de surveillance, mais il dépend de la relation entre le médecin et son patient qui est notamment influencée par la façon dont le médecin perçoit la personne qui consulte (est-il un patient ? est-il un détenu ?). Par exemple, Amédée, un détenu malade rencontré en centre de détention se souvient d'une consultation à l'hôpital. Il relate le fait que le médecin ne parlait qu'au surveillant et ne s'est jamais adressé à lui :

En tant que détenu, vous êtes malade vous partez à l'hôpital. A l'hôpital, le docteur ne s'adresse pas à vous, il s'adresse aux surveillants. Mais c'est pas le surveillant qui est malade c'est moi qui ai mal, c'est pas le surveillant qui est devant l'écran ! Il est pas médecin ! Il a rien à voir là ! J'ai dit "non c'est moi le malade c'est pas le surveillant". Son rôle c'est de m'emmener, rien d'autre. Il a pas à parler à ma place, il a rien à dire. C'est moi qui suis malade....que les choses soient claires quoi ! Amédée

Ainsi, la personne détenue malade repositionne les professionnels du soin et ceux de la surveillance dans leurs missions respectives. Effectivement, il rappelle au surveillant son rôle d'accompagnateur et au médecin sa mission à l'égard des patients. Il souhaite interrompre cette forme d'alliance qui l'empêche d'être considéré comme un patient voire comme une personne responsable et autonome. Parfois, la distinction entre la personne détenue et celui qui l'accompagne (surveillant) n'opère pas, et le binôme « détenu / surveillant » semble ne former qu'un pour le médecin qui reçoit le « malade ». Souvenez-vous là encore de Sylvie, quand elle raconte « nous nous sommes faits mettre à la porte, la surveillante et moi ». La surveillante qui assistait à la consultation a subi le même traitement que Sylvie. Comme si les deux personnes étaient stigmatisées du fait de leur lien avec la prison.

La chambre « carcérale »

L'UHSI n'est pas le seul espace qui accueille des détenus malades. De nombreux hôpitaux situés à proximité des prisons assurent des consultations et des hospitalisations de courte durée (moins de 48 heures), dans des chambres spécifiques créées pour les détenus, nommées chambres « sécurisées »⁴³. Comme l'explique une infirmière, ce dispositif permet de ne pas attendre dans les espaces réservés aux malades : « Voilà il n'est pas dans une salle d'attente, sur un banc à attendre que ça se passe...non, il est dans son lit et puis juste pour la consultation il y va, il revient, il attend, voilà il va attendre dans la chambre de l'hôpital plutôt que dans les couloirs. » (Infirmière unité sanitaire). Implantées dans un service des urgences, les deux chambres carcérales, appelées aussi « sécurisées » que j'ai pu visiter permettent de comprendre comment reconstituer un espace contrôlé dans un espace où l'architecture ne l'avait pas prévu.

⁴³ Circulaire interministérielle Santé/Justice du 13 mars 2006 dans laquelle figure, en annexe, le cahier des charges relatif aux normes d'aménagement de chambres hospitalières sécurisées. En 2013, les établissements hospitaliers ont déclaré 277 chambres sécurisées. Chiffres DGOS, juin 2015 disponible sur le site du SAE (statistiques annuelles des établissements de santé).

Carnet de terrain – chambre carcérale – hôpital de proximité- visite avec la cadre du service et le surveillant présent :

Au milieu du couloir situé au fond du service des urgences, un décrochement mène quelques mètres plus loin à une porte bleue. Cette porte bleue est fermée à clef. Un petit panneau accroché à la poignée sur lequel on lit « présence », signale qu'au moins un détenu est hospitalisé. Un interphone est situé sur la droite de la porte. Le surveillant vient nous ouvrir. Après le passage d'une seconde porte, un sas distribue trois autres portes fermées à clef : deux chambres et une salle de bain. Derrière la porte de la chambre, le lit est central, la pièce est aérée et propre. L'homme que j'aperçois par l'œilleton est allongé, en chemise blanche ouverte d'hôpital. Tout semble respecter l'ordre hospitalier, draps blancs, lit au carré, du matériel médical : sondes d'aspiration, bocal, arrivée pour l'oxygène, des lumières, des prises. À gauche du lit, un interphone pour appeler le surveillant. Mais le surveillant me précise : « ils ne sonnent pas, ils gueulent ! ». Une infirmière raconte que les sonnettes sont confisquées car « ils sonnent tout le temps ». La fenêtre est munie de barreaux et recouverte d'un papier opacifié qui a été décollé sur quelques centimètres, laissant ainsi apparaître la lumière du jour. Sur la gauche de la chambre, un miroir réfléchissant permet aux surveillants de pouvoir voir tous les coins de la pièce en regardant simplement par l'œilleton. Le surveillant ajoute : « ils ne peuvent pas aller bien loin avec les entraves aux pieds, vous savez comme les bagnards et en plus les portes sont fermées à clef ! ».

Tous les objets cités dans la description de l'espace de la chambre carcérale : les œilletons, les miroirs, les barreaux, la cloison vitrée, les entraves, l'interphone et les portes verrouillées ont modifié le sens attribué à l'espace. Ainsi, aux objets hospitaliers ont été juxtaposés ceux de la peine. En effet, quelques années plus tôt, cet espace formait le secrétariat des urgences et l'introduction d'objets propres au monde carcéral (œilleton, verrous) et l'aménagement de l'espace à l'aide de portes et de vitres supplémentaires a produit un espace sous contrôle. L'espace a été ordonné pour produire de la transparence. Les objets prennent ici deux fonctions : produire de la visibilité et maintenir d'un point de vue physique le détenu. Ainsi, la reconstitution d'un espace d'enfermement en dehors de la prison en fait un espace où les contraintes physiques sont plus nombreuses qu'en prison et les déplacements plus restreints. Cela rejoint le sentiment de « sur-enfermement » que les personnes détenues évoquaient lors de leur hospitalisation en UHSI. D'ailleurs, selon le dernier rapport de l'IGAS datant de 2015,

le taux d'occupation des chambres sécurisées est inférieur à 20%, ce faible taux est en partie lié au refus des détenus d'être hospitalisés dans des conditions d'isolement et de mise à l'écart plus fortes qu'en prison.

Parallèlement, les soignants estiment que ces « mises en scène » sont excessives et stigmatisent la personne détenue, notamment lors de son arrivée à l'hôpital, équipée de menottes et d'entraves, encadrée par des surveillants⁴⁴. Face à ce malaise, les soignants utilisent aussi l'espace mais dans le but d'atténuer cette visibilité. Les surveillants et le détenu n'arrivent pas par l'entrée principale du service, ils passent « par derrière, par la porte du fond où il y a moins de passage » (Cadre du service des urgences). Les soignants ont pris soin de fermer les portes des chambres des autres patients afin que les regards ne se croisent pas. C'est surtout me dira le cadre du service « pour ne pas mettre mal à l'aise ». Ceci dit, plusieurs professionnels de santé expliquent aussi comment les équipes de l'hôpital et de la prison se sont organisées de manière à ce que les personnes détenues ne restent pas avec d'autres patients dans les salles d'attente. D'après une infirmière travaillant en prison et qui évoquait la situation d'une détenu (Sylvie) qui se rendait en consultation dans l'hôpital de proximité : « ils ne sont pas mêlés au reste des gens qui sont dans la salle d'attente, c'est toujours un petit peu pas sympa ni pour les uns ni pour les autres ». Il apparaît ainsi important pour cette soignante de marquer une séparation physique entre les patients habituels et les patients-détenus. Ainsi, à l'hôpital les professionnels de santé organisent les déplacements des professionnels de surveillance et des personnes détenues de manière à ce qu'ils soient le moins visible. De plus, aucun signe ne permet de détecter la présence des chambres carcérales que j'ai observées dans le service des urgences. D'ailleurs, l'une des infirmières du service des urgences me dit : « quand tu es au carcéral, personne ne sait que tu es là, tu dois informer tes collègues avant d'y aller ». Cet espace est camouflé, dissimulé, au cœur des multiples portes et couloirs, grâce aux tactiques architecturales mais aussi par le jeu des acteurs de la santé car ces « malades » remettent en question l'image habituelle du patient. Finalement, les valeurs qu'ils attribuent à la relation thérapeutique sont bousculées comme nous le verrons plus tard. De plus, l'organisation déployée pour produire un espace de surveillance dans un milieu hospitalier entraîne une stigmatisation de la population détenue. Tout est orchestré

⁴⁴ Ce fonctionnement est propre aux UHSI observées alors que dans les UHSA l'organisation déployée est différente. Dans plusieurs Unités Hospitalières Sécurisées Aménagées (UHSA), qui ont en charge le soin des maladies psychiques, l'accompagnement des patients détenus pour des consultations en dehors de l'UHSA se fait en binôme : un surveillant et un soignant.

pour que les contacts auprès de la population générale soient réduits, toujours dans le but de tracer des frontières entre les détenus et les patients, et ainsi limiter les risques de contamination. Derrière cette démarcation et l'idée de contamination se trace une ligne de partage entre le bien et la mal.

Nous avons montré dans ce quatrième chapitre de quelle façon le monde de la peine et le monde du soin étaient distribués à l'intérieur de la prison et de l'hôpital. Chaque monde a un espace propre et relativement défini : certains dédiés aux soignants, d'autres aux surveillants et encore d'autres aux détenus-patients. Autrement dit, la reconstitution d'un monde avec son espace propre permet ici de qualifier les mondes⁴⁵ (De Certeau, Giard et Mayol, 1994) : un service hospitalier dans la prison et un quartier de détention spécifique situé entre les murs d'un hôpital. A l'hôpital comme en prison, le passage d'un monde à l'autre répond à des codes spécifiques aux mondes normés auxquels les professionnels appartiennent. De plus, chaque monde a introduit des objets symbolisant leurs valeurs pour recomposer en partie son environnement lorsqu'il se situe en territoire étranger.

Des lignes de partage ont ainsi été dessinées afin de mettre en ordre et de qualifier les lieux jusque dans les moindres recoins afin de déployer ses « valeurs et ses conventions ». Grâce à l'introduction d'objets propres au monde de l'enfermement, la reconstitution d'un espace « fermé » est possible à l'hôpital. Dans ce lieu, les règles liées à l'espace et au temps rappellent celles de la prison : le contrôle des mouvements et celui de l'accès aux détenus-patients, la promenade limitée en termes d'espace et de temps, le contrôle des possibilités de communication avec les personnes de l'extérieur. A ces règles, il faut ajouter celles qui émanent de l'institution hospitalière comme celle de l'interdiction de fumer. Cette contrainte est mise en avant par les personnes détenues lors des refus d'hospitalisation même si les professionnels de santé tentent de détourner l'interdit en projet thérapeutique (en proposant des patchs par exemple).

Le cumul des interdits en fait un lieu présenté par les détenus qui y sont hospitalisés comme pouvant être plus inflexible que l'univers carcéral habituel, et à l'intérieur duquel certains

⁴⁵ « Le « propre » est une victoire du lieu sur le temps. Il permet de capitaliser des avantages acquis, de préparer des expansions futures et de se donner ainsi une indépendance par rapport à la variabilité des circonstances. C'est une maîtrise du temps par la fondation d'un lieu autonome. ». In : DE CERTEAU Michel, 1990. *L'invention du quotidien. 1. Art de faire*. Paris : Gallimard, p.60.

estiment être complètement isolés. Lors de ma rencontre avec Thierry, hospitalisé depuis un mois, il exprime sa lassitude d'être ici. Le temps ne passe pas vite, il préférerait retourner en prison « au moins je travaillais » me dit-il. Pour Robert, il n'y a rien à faire à l'hôpital mais il a bien conscience d'être bloqué ici puisqu'il ne peut pas bouger. Mes observations m'ont permis de constater que cet environnement cumulant les contraintes de la prison et de l'hôpital faisait naître bien souvent des « sentiments d'isolement et d'enfermement fortement ressentis par tous les détenus hospitalisés comme le travail d'Hélène Basex le montre (2009 : 43). Certains patients détenus comparent même cet environnement au « mitard » selon cette psychologue et « Pour certains, on pourrait même poser l'hypothèse d'une reviviscence du choc carcéral, tant ils ressentent difficilement la présence des contraintes [...] et la rupture d'avec les habitudes qui constituent autant de repères relationnels et identitaires (activités professionnelles et sportives) » (*Ibid.*). D'après Sandrine Chenivresse, l'UHSI répond à « des conditions de sécurité optimale » ce qui permet une « rationalisation des hospitalisations » (2012 : 69). En effet, l'UHSI permet de mutualiser le travail de surveillance dans la gestion des détenus hospitalisés. Avant la création des UHSI, les hospitalisations nécessitaient la présence de deux professionnels des forces de l'ordre. Le fonctionnement de l'UHSI permet désormais à deux surveillants de « garder » en même temps 23 patients-détenus.

Ceci dit une forte qualification des espaces peut conduire à des disparités spatiales, certains lieux semblent coupés du reste de l'espace et produisent une forte stigmatisation à l'égard de la population carcérale comme nous l'avons illustré à partir de l'exemple des chambres sécurisées. Maintenant, la chambre du détenu se dessine comme un espace autre, qui s'éloigne non seulement de la chambre habituelle du patient mais aussi de la cellule. La chambre du détenu-patient cristallise des tensions qui mettent en évidence les difficultés des professionnels issus de mondes différents à se coordonner et à partager des valeurs. Ces tensions sont d'autant plus fortes au cœur de l'hôpital, dans les salles d'attente, les bureaux de consultation qui sont des espaces qui ne sont pas équipés d'objets propres au monde de la peine.

Extrait carnet de terrain :

Juin 2013- sud de la France - grande ville.

Sept entretiens ont été programmés pour étudier deux situations de personnes détenues gravement malades, incarcérées dans un centre de détention situé à une dizaine de kilomètres de la ville. Vers 8h30, je prends la route à la fois soucieuse et enjouée en pensant à la journée à venir et aux rencontres prévues. A l'entrée (qui n'est pas franchement indiquée), une sonnette avec un interphone placés à côté de vitres teintées. A travers elles, les personnels de surveillance me regardent sans que je puisse les voir. Je sonne – quelqu'un répond à l'interphone « oui ». Je lui chante le petit refrain habituel :

« Aline Chassagne je viens pour une enquête, j'ai eu l'autorisation de votre direction et j'ai rendez-vous avec le Docteur X de l'UCSA ».

Échange courtois, porte ouverte, contrôle d'identité, affaires personnelles dans le casier, pas de portable, passage sous le portique, étonnement à la vue du dictaphone... Tout cela prend cinq minutes, et je rejoins l'unité sanitaire accompagnée d'un surveillant. A l'UCSA une infirmière m'apprend que l'un des deux patients-détenus a été hospitalisé en urgence la veille à l'UHSI. Les entretiens se déroulent à l'UCSA avec un détenu, un médecin, une infirmière et dans le service d'insertion et de probation pour rencontrer les deux CPIP en charge des dossiers (l'un d'entre eux est réalisé le lendemain). L'après-midi je visite le SMPR et discute avec le psychiatre responsable de la structure. 18h30 rendez-vous avec le Juge d'Application des Peines (JAP) au tribunal pour le dernier entretien de la journée.

Le lendemain, je téléphone à l'UHSI afin de programmer un entretien avec la personne détenue que je n'avais pas pu rencontrer en prison. Ne soupçonnant pas que cette entrevue allait être difficile à réaliser, je suis étonnée lorsque l'accès à l'UHSI n'est pas autorisé. Chacun des interlocuteurs contactés tente alors de me renvoyer auprès d'un autre : le cadre de l'unité hospitalière (UHSI) m'oriente vers le chef de détention qui m'a lui-même conseillé de voir avec le directeur de la prison X qui restait injoignable !

Deux jours s'écoulent et le refus d'accès à l'UHSI se maintient. Agacée par cette attente, je dis à la secrétaire du directeur de la prison X « je vais me rendre directement à l'UHSI », sa réponse fut explicite « ce n'est pas la peine d'y aller, on ne vous laissera pas

rentrer ! ». Je suis stupéfaite. Si le patient avait été en prison j'aurais pu le rencontrer mais son changement de lieu (hôpital) a tout remis en question !

Le médecin du service embêté par ce malentendu bureaucratique m'explique « ça n'a rien à voir avec vous, l'administration pénitentiaire a des choses à nous faire payer ! » et parallèlement le chef de détention justifie sa décision : « je ne peux pas prendre de décision sans l'avis du directeur ». Dans cet univers très hiérarchisé, il me restait encore une carte à jouer : interpellier leurs supérieurs hiérarchiques au niveau de la direction interrégionale. Là encore le « bon interlocuteur » était absent pour deux jours...

Cette impossibilité à franchir la porte-frontière de l'UHSI amène un ensemble de questions relatives à l'enquête, et au monde de l'enfermement. Effectivement, mes prénotions m'incitaient à penser que le monde de l'hôpital (UHSI) serait certainement plus accessible que celui de la prison. Alors que dans cette situation c'est tout l'inverse qui se produit. Les portes de la prison s'ouvrent et celles des unités hospitalières sécurisées résistent. Les conditions d'accès à cet espace évoquent inévitablement les normes du « monde » de la prison. Un paradoxe qui souligne le caractère carcéral de l'UHSI bien que située géographiquement à l'intérieur d'un Centre Hospitalier Universitaire. Un peu comme si ce lieu formait un isolat à l'intérieur du paysage hospitalier. D'autre part, cet événement montre la difficulté à agir sur l'espace-temps déterminé dans le cadre de l'enquête. Une modification du lieu ou de la temporalité de l'enquête a des répercussions sur l'accès au terrain, et les portes se ferment. Comme l'a souligné Bruno Milly (2001) les difficultés à élargir le cadre d'analyse sont intrinsèques à l'objet de recherche, ainsi il peut être aussi difficile à analyser la prison en dehors des murs.

Carnet de terrain (suite) :

Le troisième jour - miracle - mon téléphone sonne. La secrétaire du directeur de la prison X m'informe de l'autorisation accordée pour réaliser l'entretien, mon téléphone sonne encore, le chef de détention m'informe : « vous pouvez venir ». Grâce au concours d'un « sous-chef » bienveillant de la direction interrégionale, l'autorisation de rentrer dans le service m'est accordée quelques heures avant mon départ. Plus une minute à perdre de toute façon j'étais à la cafétéria de l'hôpital en train de remplir mon carnet de terrain.....

Maintenant, à l'heure où j'écris ces pages, d'autres interrogations me saisissent. Pourquoi avoir provoqué ce remue-ménage ? L'absence de cet entretien n'aurait pas remis en question l'enquête, alors pourquoi avoir tant tenu à rencontrer cet homme, quitte à repousser les frontières ? Quelles furent les causes de cet acharnement ?

Face à cette interdiction d'entrer sur le territoire de l'UHSI, la stratégie mise en place fut de mentionner régulièrement l'autorisation du ministère de tutelle et la lettre écrite par le Directeur de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Qu'avais-je essayé de dire aux représentants de l'univers carcéral à travers ce petit combat de pouvoir ? De quel statut ai-je pu user ?

Chapitre 5

Négocier les frontières

« Il y aurait à écrire toute une histoire des espaces – qui serait en même temps une histoire des pouvoirs, depuis les grandes stratégies de la géopolitique jusqu'aux petites tactiques de l'habitat, de l'architecture institutionnelle, de la salle de classe ou l'organisation hospitalière, en passant par les implantations économique-politiques [...] L'ancrage spatial est une forme économique-politique qu'il faut étudier en détail. » (Foucault, 1977 : 12-13)

L'espace n'est pas stable, il se modèle au fil des déplacements, des interactions, des désaccords, des arrangements entre les mondes. En d'autres termes, l'espace est qualifié, disqualifié, puis requalifié. Comme l'explique Georges Perec : « l'espace est un doute : il me faut sans cesse le marquer, le désigner, il n'est jamais à moi, il ne m'est jamais donné, il faut que j'en fasse la conquête » (Perec, 2000 :122). Grâce à mon ancrage empirique, j'ai pu saisir les tactiques déployées par les professionnels et les détenus pour allonger, réduire, calculer leur espace d'activité, fermer ou ouvrir un espace, ou encore négocier les frontières qui les entourent. Le fonctionnement des portes ou plus précisément les interactions entre les portes et ceux qui les actionnent sont des éléments féconds pour comprendre les désaccords et les accords entre le monde du soin et le monde de la peine.

Comme Bruno Latour, je considère que les « non humains », en l'occurrence les portes, sont des objets avec lesquels les hommes s'engagent dans des interactions complexes (2007)⁴⁶. L'observation des interactions entre les non-humains et les humains renseigne sur les individus qui mobilisent ces objets selon Sophie Houdart et Olivier Thiery : « Les relations que nous entretenons avec eux sont un peu ce que nous sommes. Nous fabriquons des

⁴⁶ En référence à deux chapitres de l'ouvrage *Petites leçons de sociologie des sciences* : « Le groom est en grève. Pour l'amour de Dieu, fermez la porte » (p.56-76) et « Portrait de Gaston Lagaffe en philosophe des techniques » (p.15-24).

langages, des systèmes de signes, des symboles, des techniques que nous ne cessons d'améliorer, de réparer et sur lesquels nous prenons appui pour inventer plus encore » (2011 : 7). Partant de la définition d'un monde social de Becker, je formule l'hypothèse suivante : les différentes formes de langages, les valeurs et les conventions de chaque monde sont visibles à travers l'espace et plus précisément en analysant le fonctionnement des portes. Dans ce contexte, le fonctionnement des portes met en relief la composition et la construction des mondes au quotidien à travers des routines et des valeurs propres aux pratiques professionnelles des acteurs de chaque monde, nécessaires pour coordonner leurs actions. Par conséquent, le contrôle de l'accès aux différents mondes devient un enjeu spatial et professionnel au sein duquel « les différents corps professionnels luttent pour la préservation de leur espace propre – tout à la fois physique et professionnel –, lutte qui nécessite parfois d'atténuer le partenariat, voire d'en saper les bases. » (Chantraine, Scheer, Milhaud, 2012 : 128). De plus, les négociations et les tensions liées au fonctionnement des portes sont révélatrices et significatives de ce qui est valorisé ou exclu des mondes et des enjeux de pouvoir en présence. C'est bien à partir de l'espace que l'on peut saisir la composition des mondes, ce qui est acceptable ou inacceptable, juste ou injuste, proche ou distant...

5.1 La porte : instrument de distance et de proximité

5.1.1 À l'intérieur de l'unité sanitaire

Pour accéder aux espaces consacrés au soin, les professionnels de santé sollicitent les personnels de surveillance qui sont les seuls à détenir les clés des portes des cellules et de la porte d'entrée de l'unité sanitaire. À l'intérieur de l'unité sanitaire, des dispositifs matériels produisent de la visibilité pour permettre le travail de surveillance et assurer la protection des professionnels de santé comme à l'UHSI. Par exemple, les portes des bureaux médicaux et la porte de la salle de soin sont équipées d'une vitre, située à hauteur de la tête, permettant de voir ce qui se passe à l'intérieur des pièces sans les ouvrir. Même si la présence des personnels de surveillance apparaît le plus souvent comme une contrainte, les soignants reconnaissent toutefois sa nécessité puisque d'après eux, ils exercent dans un milieu « dangereux » même si les problèmes sont « plutôt rares ». Pour la majorité des soignants, la présence du personnel de surveillance dans le couloir, à proximité de la porte, ne semble pas

dérangeante tant que la porte du lieu de consultation / de soin n'est pas franchie, cette porte agissant comme une frontière qui préserve le secret médical. Ceci dit, malgré la fermeture de la porte, le surveillant peut percevoir la scène à travers la vitre, bien que son regard furtif soit généralement perçu uniquement par les soignants : « les patients ne voient pas quand le surveillant regarde ! » me précise une infirmière.

Dans certaines situations, la porte du bureau de consultation situé au fond du service, reste ouverte en prévention des risques: « On laisse ouvert la porte quand on est au fond oui, tout le temps, sinon le surveillant ne peut pas entendre ce qui se passe.... Et si le ton monte... on se rapproche du bouton... d'alarme » (infirmière, UCSA) alors que les médecins qui consultent dans ce bureau ferment systématiquement la porte, en s'appuyant sur leur déontologie professionnelle et leur statut. C'est le cas également des psychiatres et des psychologues (qu'ils soient homme ou femme) qui ferment leur porte, privilégiant ainsi la confidentialité du lieu. Ainsi, la porte peut se fermer ou s'ouvrir en fonction des individus, des professions (médecins/infirmiers/psychologues) et des relations entre les professionnels et avec les détenus. De plus, le fonctionnement des portes est influencé par des événements dans le service comme nous l'avons évoqué précédemment lors de la scène du psychiatre. Des attitudes ambivalentes sont observées entre l'importance de préserver un climat propice au secret médical et le besoin de se sentir en sécurité dans l'unité sanitaire. L'utilisation d'une porte peut produire de la distance ou de la proximité entre les mondes. Ainsi, l'ouverture de la porte permet à certains d'atteindre leur objectif alors que pour d'autres elle représente un problème voire un danger. Dans cette perspective, certaines portes sont plus difficiles à ouvrir que d'autres, certaines paraissent parfois infranchissables, pendant que d'autres s'ouvrent sans cesse.

La porte de la salle de soin est souvent ouverte, et d'après les soignants, elle se referme lorsque les soins requièrent un espace protégé soit parce qu'ils se situent sur une partie intime du corps, soit pour privilégier un temps relationnel. Or, une porte fermée ne bloque pas toujours le passage d'autres professionnels, notamment des personnels hospitaliers qui franchissent sans cesse cette frontière : « je ne regarde pas.. » dira un médecin en ouvrant la porte ou encore « je viens chercher un dossier » expliquera une secrétaire. Face à ces risques d'intrusion, une soignante fit preuve d'ingéniosité, en scotchant du papier sur la vitre de la porte de la salle de soin de manière à rendre ce qui se passe à l'intérieur « non visible » pour ceux qui se situent à l'extérieur. Mais cet acte permettant de construire un espace de soin

privé nécessita au préalable l'accord du surveillant. Cette « conquête d'espace » donne naissance à des négociations entre les acteurs et inspire des « inventions » extra-ordinaires du quotidien (De Certeau, 1990 : 57-63). Cette technique, qui reste à l'initiative d'une soignante, a agi comme un code puisque les professionnels du service ont considéré que ce signal symbolisait une interdiction de rentrer. Grâce à cette ruse, la soignante a privilégié le colloque singulier avec le détenu/patient, en créant un espace propre. Au final, elle a empêché toute intrusion dans la salle de soin en marquant deux coupures symboliques. Une première vis-à-vis des surveillants qui appartiennent à un autre monde, et une seconde vis-à-vis des autres soignants. La première coupure symbolique entre les deux mondes a fonctionné puisque le surveillant n'a pas franchi la barrière de la porte bien qu'il n'ait pas de visibilité sur ce qui se passait derrière elle. Ainsi, cette porte fermée a protégé le corps du détenu d'un regard extérieur au champ hospitalier, en maintenant les personnels de la surveillance à l'extérieur de l'espace médical. De plus, la seconde coupure concernant le monde hospitalier a eu pour but de protéger la relation soignant-soigné par la mise en place du colloque singulier (entendu comme l'absence de tierce personne pendant le soin). Malgré la légitimité des acteurs de la santé dans ce lieu, leur présence est devenue un obstacle dans la construction d'une relation de soin satisfaisante pour cette professionnelle qui explique : « il y a les allées et venues de tous les soignants, les médecins... Les secrétaires, les... C'est un peu mal, mal organisé quoi... parce que quand on fait un soin comme ça... Je ne sais pas je trouve qu'on est, non seulement les personnes qui rentrent à ce moment-là manquent un peu de respect pour la personne mais j'ai l'impression que moi aussi du coup. Parce que je n'interdis pas le truc, je laisse faire donc je participe à ça et... c'est gênant quoi » (Infirmière UCSA)

La fermeture de la porte de la salle de soin prend ainsi une autre signification que celle de marquer une délimitation entre le dehors (la prison) et le dedans (l'unité de soin), elle donne la possibilité d'un passage d'un monde à l'autre, de la sphère publique à la sphère privée, de la sphère physique à la sphère psychique. Nous l'avons vu précédemment, l'espace des bureaux ou de la salle de soin permet d'abriter les confidences, permet de déployer un monde formé par d'autres valeurs. Les rencontres entre les soignants et les détenus malades de l'autre côté des portes peuvent agir comme une échappatoire. En effet, livrer ses émotions est *a priori* autorisé dans le monde du soin alors que le monde de la peine n'est pas propice à l'expression des sentiments et des émotions. Il est en effet difficile de se confier en prison auprès d'autres détenus ou des professionnels de la surveillance car les informations livrées

peuvent non seulement être entendues, diffusées mais aussi entraîner des rapports de domination. Alors que dans les espaces de soin, les détenus malades peuvent exprimer leurs souffrances vis-à-vis des conditions difficiles de la vie en prison, leurs inquiétudes liées à leur maladie. Autrement dit, les détenus malades peuvent livrer leurs émotions et mettre en récit une partie de leur histoire face aux soignants qui considèrent comme faisant partie de leur rôle d'écouter les souffrances et les apaiser. Dans ce sens, les portes en prison ne sont plus uniquement un symbole et un dispositif de l'enfermement mais elles deviennent une ouverture possible sur le monde du soin. Grâce à ces jeux de porte, la personne détenue peut devenir un patient et les professionnels du soin agir pleinement, de leur point de vue, comme des soignants. L'utilisation de la porte a permis ici de créer un espace voué à d'autres activités et soumis à d'autres valeurs, un peu comme si elle permettait le passage du profane au sacré (Eliade, 1965).

Toutefois, dans la plupart des situations, étant donné que la porte de la salle de soin s'ouvre, s'entrouvre et se ferme régulièrement, les échanges entre les professionnels de la santé et les personnes détenues peuvent être partagés avec d'autres. Un détenu qui attendait en salle d'attente dit en riant à l'infirmière qui s'excusait de l'avoir fait patienter, qu'il avait entendu la consultation précédente : « oui, je sais, j'entendais tout : pince, bistouri ! ». Ainsi, la porte fermée ne représente ici qu'un symbole, puisqu'elle ne permet pas d'accéder à un véritable espace de confidentialité. Comme dans les autres quartiers de la prison, les uns et les autres peuvent entendre ce qui se passe dans les couloirs, derrière les portes. La frontière conventionnelle de la porte de la salle de soin n'empêche pas d'entendre ni de voir mais elle empêche d'écouter et de regarder.

De plus, il existe un autre code qui consiste à faire attention à ne pas porter trop d'attention aux échanges ou aux gestes qui se situent à proximité. La règle serait de faire attention à ne pas porter plus d'attention qu'il ne faut aux autres, on fait attention à faire attention. C'est ce que Goffman appelle l'« inattention civile ». Les précautions prises à l'égard d'autrui par tact ou par politesse se retrouvent à travers une façon de regarder sans insister, le fait de baisser le regard, de changer de trottoir. Erving Goffman raconte que l'inattention civile « est un ajustement tellement délicat que nous pouvons nous attendre à une esquivé régulière des règles qui la caractérisent » (Goffman, 2013 : 75). Le détenu qui écoute la conversation alors qu'il n'est pas présent dans la pièce en est un exemple. Même s'il peut feindre de ne rien avoir entendu à l'égard du détenu qui sortait de la salle de soin. Sans vouloir écouter, il a entendu

tout de même. La porosité de la frontière permet de glaner des informations ou de tromper l'ennui, ce qui renforce l'idée d'une impossible confidentialité et de la multiplication des intrusions dans la vie privée du détenu soigné. Or, la règle voudrait que la conversation à laquelle il ne participait pas et qui se réfère au champ du privé et de la confidentialité ne soit pas accessible, ni vue, ni entendue.

Parfois l'intrusion est encore plus explicite étant donné que la porte de la salle de soin reste souvent ouverte :

Carnet de terrain – porte de la salle de soin - traitement de substitution :

Un détenu arrive, accompagné du surveillant de son quartier. En entrant dans la salle de soin, il dit à l'infirmière : « excusez-moi pour le retard, c'est pas de ma faute, c'est le surveillant » tout en rentrant dans la pièce, le surveillant, encore vers la porte, entend ses propos, et rétorque sèchement : « mets pas en cause les surveillants ». Le détenu connaît le chemin, il se place vers le point d'eau. Au-dessus de lui, sur la porte du placard est inscrit : « les traitements de substitution doivent être donnés par l'infirmière ». Face au détenu, l'infirmière prend le traitement de substitution préparé et posé sur le chariot. Elle vérifie l'identité du détenu, puis verse le contenu du flacon de Méthadone dans un gobelet. Le détenu boit le contenu du gobelet devant elle puis rince son verre pour boire le reste du traitement. Le temps de cette prise est de 1 à 2 minutes. L'infirmière délivre le traitement de substitution sans commentaire et sous le regard du surveillant qui assiste à la scène sur le seuil de la porte ouverte.

Chaque matin, entre 8h et 8h30, une quinzaine de personnes détenues « défile » dans la salle de soin pour la délivrance de Méthadone. Si l'utilisation de la porte varie en fonction du type de soins comme nous l'avons vu, la porte restait généralement ouverte lors de la distribution des traitements de substitution, les infirmières ne repoussant pas la porte. Le surveillant placé sur le seuil de la porte fixe la scène et les protagonistes qui sont en action. Sa présence rappelle le statut social du détenu et fait effraction aux « schémas de civilités » évoqués juste avant en référence à Goffman (2013 : 75). Ainsi, en fonction du statut et de la culture de métier, les contours de l'inattention civile se modifient. Dans ce contexte, la constitution d'un

pur espace paramédical ou médical n'est pas toujours possible car certains individus sont perçus principalement comme des détenus par le monde de la peine et par le monde du soin.

Ainsi, le lieu ne suffit pas à construire une identité, le détenu malade ne devient pas patient dès qu'il passe dans le monde du soin d'un point de vue géographique. Cette construction est le résultat du travail de définition et d'interprétation des professionnels à l'égard du détenu-patient. On comprend mieux que les infirmières observées ne semblent pas gênées par la présence des surveillants lors de la distribution des traitements de substitution et que les surveillants rappellent leur pouvoir de regarder ce qui se passe dans toute la prison, y compris à l'intérieur de l'unité sanitaire. Cette proximité marque une alliance entre soignants et surveillants dans le contrôle de la population toxicomane et renforce la stigmatisation de cette catégorie de détenus en prison. Ces « malades » sont soumis à de nombreuses formes de contrôles d'un point de vue médical : lors de la prescription (ordonnance, bilan sanguin, urinaire), lors de la prise du traitement les infirmières contrôlent comme nous venons de le décrire, puis la prise du traitement est validée à l'aide d'un logiciel propre au monde hospitalier⁴⁷. Même si cette pratique « hospitalière » prend part à « la construction d'une nouvelle figure qui est celle du patient-détenu » (Akrich et Callon, 2004 : 313-314), ce cadre modifie sensiblement la division du travail car, pour les plus anciens des soignants qui exercent en prison, ils étaient habitués, à bénéficier d'une liberté dans la distribution des traitements et la gestion des stocks. Ce qui permettait d'avoir une possibilité d'action plus importante dans la gestion des traitements et de certains comportements déviants. Cela pose une limite face aux tentatives de demandes de médicaments de la part des détenus auxquelles surveillants et infirmiers sont directement confrontés, nous y reviendrons avec un exemple concret plus loin. Finalement, les traitements de substitution mais aussi certains traitements antalgiques font l'objet d'un contrôle médical important car ils sont susceptibles d'être utilisés par les personnes détenues à des fins non thérapeutiques. Avant d'aborder la question des traitements antalgiques plus précisément, il apparaît important de comprendre les enjeux situés autour de la distribution des traitements dans les différents quartiers de la prison.

⁴⁷ Dans la maison d'arrêt observée le système de prescription a été informatisé depuis 2013, à la demande du médecin chef de service, dans le but de standardiser les pratiques au regard des autres services hospitaliers. Cet outil de gestion renforce le contrôle du travail des soignants, notamment sur la délivrance de médicaments classés dans les « stupéfiants » car il permet d'assurer la traçabilité de ce type de médicaments. Les infirmières ont fortement résisté au changement imposé.

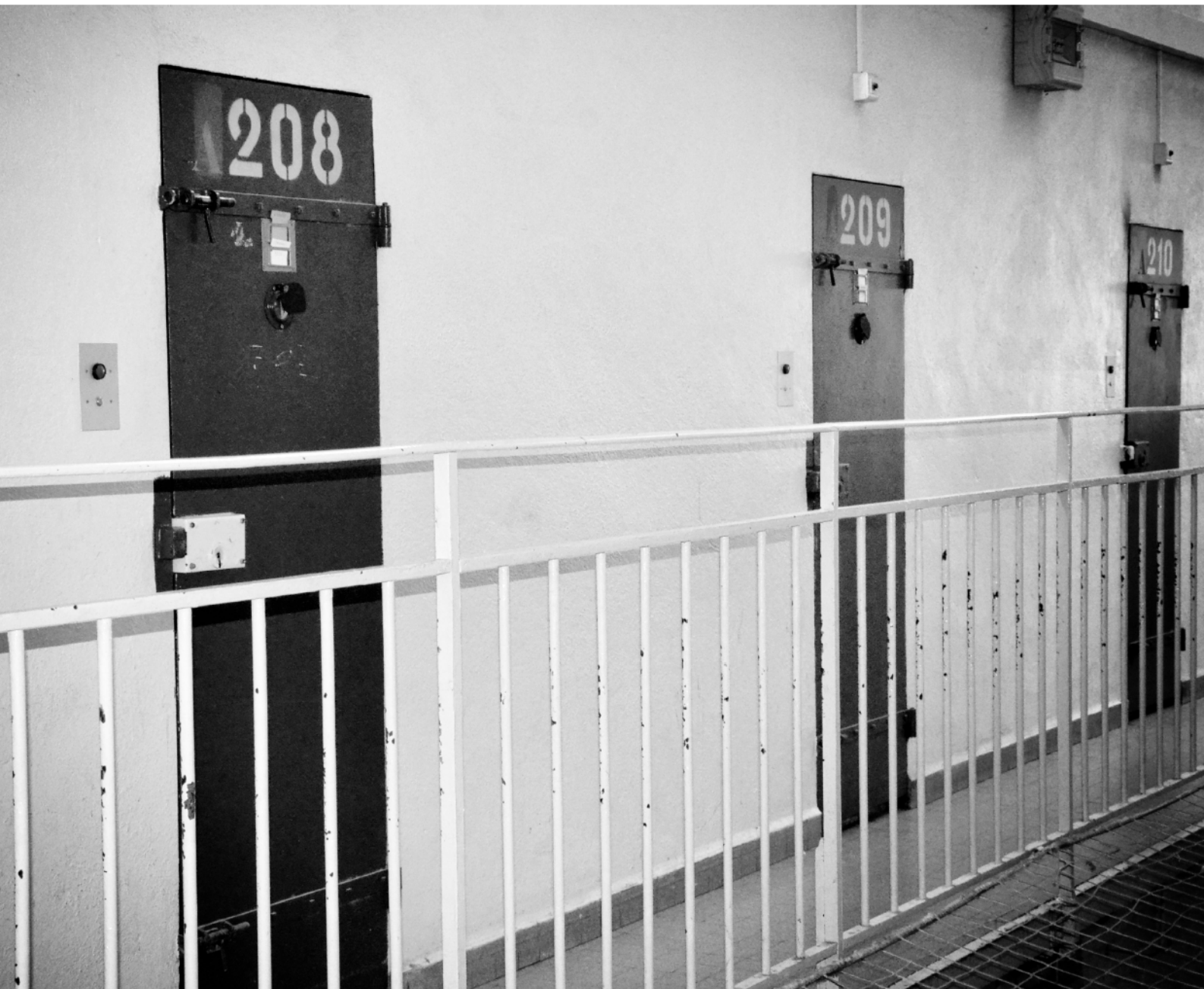


Figure 9 : Coursive dans un quartier de maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)

5.1.2 Le seuil de la porte de la cellule lors de la distribution des traitements

La distribution des traitements est une activité sensible en prison car les médicaments sont souvent engagés dans une sorte d'économie informelle : ils circulent, ils sont échangés, parfois stockés pour tenter de se suicider. Ils ont une valeur marchande ou de stockage qui s'oppose à la valeur thérapeutique que leur donne les soignants. Depuis 1994, la distribution des traitements est confiée aux infirmiers et non plus aux surveillants qui distribuaient les fameuses « fioles » aux détenus. Comme le disent Madeleine Akrich et Michel Callon, les surveillants sont passés « de maîtres du jeu » dans la distribution des médicaments à « gardes du corps » des infirmières » (2004 : 303). En effet, les infirmières rencontrées expliquent qu'elles ont besoin du personnel de surveillance pour effectuer leur activité: « on est surveillant-dépendant pour accéder aux détenus » me dit l'une d'entre elles. Sans la présence d'un surveillant, l'unité sanitaire ne peut être ouverte, et les soins ne peuvent être prodigués. De même que pour distribuer les traitements dans les quartiers de la prison, les infirmières sont accompagnées par un surveillant attribué de l'UCSA qui ouvre et ferme les portes des cellules une à une. Les infirmières ne peuvent pas s'assurer de la prise de traitement de chaque détenu, ainsi le risque de trafic de médicament est possible. Pour les médicaments qui sont les plus intéressants sur le marché en prison, un contrôle est prévu mais pas toujours réalisable quand le détenu n'est pas en cellule et quand le tempo est rapide. La distribution des traitements est une activité intéressante pour comprendre la juxtaposition des mondes.

→ Un tempo imposé

Dans la maison d'arrêt où mon enquête ethnographique s'est déroulée, le bâti est en forme de tripade, les infirmières se déplacent sur les trois ailes. Chaque aile A, B et C est constituée de deux niveaux (rez-de-chaussée et étage). Lorsqu'elles parcourent les grands couloirs et les coursives, les infirmières sont observées par les surveillants des différents quartiers. Lors de la distribution des traitements, elles travaillent aussi sous le regard du surveillant qui leur ouvre les portes et impose un rythme :

« Le problème c'est qu'il y a une cadence énorme. Quand tu tournes pendant les repas.... des fois les détenus ne sont même pas en cellule parce que c'est le moment des promenades... pff en gros déjà on peut te faire comprendre que tu n'es pas la bienvenue à distribuer les médicaments [*Rires*] donc tu vas au plus vite et tu ne peux pas prendre ce temps justement que t'aimerais pour avoir un petit mot “ Bonjour, comment ça va aujourd'hui ?”. Ne serait-ce qu'une amorce quoi! Parce que tu as le surveillant qui dit “Allez ! Il faut y aller ! Je n'ai pas que ça à faire ! ” A ce moment-là tu as vraiment la pression [...] Donc il t'ouvre, tu poses le traitement et il referme ! [*Rires*] Des fois tu n'as même pas le temps d'enlever ton bras qu'il est déjà en train de refermer la cellule, donc voilà tout est dit ! [*Rires*] ... disons que c'est difficile de s'imposer en tant qu'infirmière qui ne fait pas forcément en plus pour les surveillants partie de la maison d'arrêt, parce que pour eux on est quand même l'hôpital dans la maison d'arrêt » (Entretien infirmière).

Le surveillant tourne la clef dans la serrure, ouvre la porte sans frapper, et l'infirmière d'un geste précis et rapide dépose à l'intérieur d'une petite panier clouée derrière la porte de la cellule, une boîte contenant des médicaments. L'espace d'un instant furtif, la porte s'entrouvre, et on aperçoit une partie de l'intérieur de la cellule: photos, dessins, posters, écritures sur les murs et les portes. Les portes sont souvent gribouillées de messages, recouvertes d'autocollants, l'œilleton est décoré afin de détourner l'espace et la porte de sa fonction principale de surveillance. Toutes ces inscriptions marquent l'usage que font les personnes détenues de leur espace, parfois cela signe en partie une appropriation de l'espace comme l'histoire de Sylvie l'illustre avec l'introduction de photos personnelles, de rideaux... L'échange de boîtes de médicaments se déroule sur le seuil de la porte qui se concrétise par une zone étroite. Cette zone se situe entre le couloir du quartier de la détention (ou la cour) et l'intérieur de la cellule. Le seuil de la cellule est très rarement franchi par les infirmières. Plusieurs d'entre elles soulignent le caractère privé de la cellule et le fait que ce soit très rare qu'elles franchissent le seuil. Ce passage correspond généralement à des situations médicales urgentes où les personnes détenues ne peuvent plus se déplacer comme nous l'avons vu avec l'histoire de Sylvie. Nous reviendrons sur ces situations particulières dans le chapitre suivant. De plus, leur présence sur le seuil de la cellule se fait dans

l'hésitation, marquant ainsi le caractère provisoire de cet emplacement et les contraintes avec lesquelles les infirmières doivent ajuster leur activité.



Figure 10 : Intérieur d'une porte de cellule (Aline Chassagne, 2017)

Lors de la distribution des traitements, les infirmières travaillent sur un territoire étranger et doivent adapter leur comportement aux lois de la prison. Une infirmière exerçant dans une autre maison d'arrêt fait le même constat : « la distribution de comprimés elle se fait en, c'est chronométré quoi... t'as intérêt à avoir tes boîtes qui sont dans le bon ordre parce que, parce que tu dois enquiller » (Infirmière, MA). Sur leur territoire les personnels de surveillance imposent un tempo, en même temps qu'ils contrôlent les déplacements des infirmières, ils peuvent agir sur leur temps d'activité. Face à cette contrainte supplémentaire, les infirmières déploient des stratégies différentes qui tendent néanmoins à produire de la proximité sociale avec les surveillants (faire la bise, partager des informations, ne pas juger). Certaines infirmières rapportent leurs sentiments de soumission, notamment les plus anciennes du service, l'une d'entre elles me dit : « il ne faut pas vouloir imposer à tout prix notre travail à nous ». Une autre se souvient : « Une de mes collègues disait qu'elle avait l'impression de se

prostituer... Enfin c'était un peu un mot violent, mais vis-à-vis des surveillants c'était ça, on était à leur merci quoi en gros ! Parce que si on n'adhérait pas à leur fonctionnement, on avait la porte fermée pour les soins ! ». Elles savent qu'elles peuvent subir des punitions si elles ne respectent pas les règles implicites qui contrôlent l'usage de la porte et du seuil : « Après, ils peuvent nous embêter, nous laisser attendre dix minutes aux grilles » ou encore accélérer la cadence. Une psychologue raconte d'ailleurs que les surveillants l'ont laissé attendre quinze minutes derrière une grille suite à un conflit entre elle et un surveillant. Les surveillants ont un pouvoir sur le temps lorsqu'ils gèrent l'espace, ils ont le pouvoir de faire attendre quelqu'un, de ralentir, ou d'accélérer les mouvements. Le temps d'ouverture des portes contrôle le temps des personnes que ce soit celui des professionnels du soin, de la surveillance ou celui des personnes détenues. De plus, les surveillants gèrent les relations entre les différents individus lorsqu'ils ouvrent ou ferment des portes, ils ont le pouvoir de limiter, favoriser, interrompre le moment de contact entre deux personnes.

➔ L'entre deux

La porte contient différentes limites, elle est composée d'une « baie », le trou par lequel on peut passer pour la franchir et d'un « huis » qui soutient l'encadrement et en permet la fermeture. Puis au sol, une ligne discrète, en relief parfois, que l'on nomme le seuil de la porte, a particulièrement retenu mon attention. En effet, le seuil de la cellule agit comme une double frontière, ce qui rend son franchissement difficile et incertain. Sur l'encadrement de la porte, le seuil est un lieu stratégique, tantôt un espace médical, tantôt un espace pénal, tantôt un espace de la vie privée. Le seuil est un point clé des négociations entre les acteurs, il met en lumière les tensions, les incertitudes et les accords produits par le chevauchement du soin et de la peine. Le seuil des portes est analysé comme une frontière féconde pour appréhender les conflits, les enjeux de pouvoir et les limites des mondes. Dans leurs activités, les personnels de surveillance peuvent utiliser des stratégies de pouvoir lorsque les infirmières franchissent des frontières symboliques (temps d'échange trop long avec une personne détenue). Par exemple, lorsqu'une infirmière s'arrête auprès d'une personne détenue qui l'interpelle :

Carnet de terrain – quartier arrivant

L'infirmière est interpellée par un détenu lors de la distribution des traitements. C'est une élève surveillante qui lui a ouvert la porte. Le détenu attendait juste derrière la porte. Sur le seuil de la cellule, l'infirmière répond aux questions et tente de rassurer ce détenu qui n'arrive pas à dormir. Au loin, un surveillant observe la scène. Deux minutes s'écoulent et le surveillant crie « Qu'est-ce qui se passe ? » en se dirigeant vers nous. Il explique à l'élève qu'il faut se dépêcher car après c'est l'heure de la « gamelle ». L'infirmière se recule « On en reparlera.. » dit-elle au détenu pendant que l'élève surveillante referme la porte.

L'interaction entre le détenu et l'infirmière soulève des tensions vis-à-vis de l'appropriation du seuil. Si l'ouverture rapide et habituelle de la porte ne provoque pas de tensions entre soignants et surveillants, le fait de rester sur le pas de la porte pour une durée plus longue modifie les interactions. Ici, l'infirmière utilise le seuil comme un point de contact qui permet, grâce à la proximité physique, de déployer un espace d'interlocution. Parallèlement, le déplacement du surveillant rappelle la limite de l'utilisation du seuil et incite à refermer la porte de la cellule. Suite au mouvement du surveillant, l'infirmière recule et introduit une rupture dans l'espace interlocutoire. Le temps d'ouverture de la cellule et celui de la communication sont comme « suspendus ». Sur le seuil presque invisible, les frontières se multiplient, se décalent, se révèlent au fil des mouvements des uns et des autres qui en quelques minutes, dessinent des appropriations successives autour du seuil. Le seuil s'ouvre tantôt sur un espace de soin, tantôt sur un espace de surveillance, tantôt sur un espace d'habitation.

Autrement dit, le seuil est une frontière discrète qui est tantôt un espace de rencontre, tantôt un espace de séparation comme si le seuil représentait « une contradiction dynamique entre chaque délimitation et sa mobilité » (De Certeau, 1990 : 186). Même brève, l'interaction permet de modifier le sens du seuil, elle permet de constituer « une région » qui peut se définir comme un espace créé par une interaction⁴⁸ (*Ibid.* : 185). Cette « région » naît de l'interaction, en effet, elle n'est pas dessinée à l'avance comme lieu conversationnel, elle n'est

⁴⁸ Michel de Certeau reprend cette notion de « région » à Georges Miller et Philip Johnson-Laird. In : *Language and Perception*, Cambridge, Harvard University Press, 1976.

pas encerclée de murs, la porte n'est pas fermée, le lieu n'a pas *a priori* cette fonction. Contrairement à la porte qui est un lieu de transit, un peu comme une barrière que l'on lève ou que l'on ferme, le seuil est un lieu d'arrêt qui ne peut pas être déplacé. Cette ligne tracée au niveau du sol est une seconde barrière dynamique entre le dedans et le dehors qui a la capacité de produire une différence dans l'espace et de repousser les personnes dont la présence ne serait pas légitime (Razac, 2009). Grâce à l'action de résistance du seuil vis-à-vis du monde de la prison mais aussi vis-à-vis du monde du soin, la cellule peut devenir un espace privé au sein duquel un autre monde est déployé (Segaud, 2007). Néanmoins, là où la ligne du seuil découpe, freine et barre le passage, les discours traversent et il est possible sur le seuil de constituer une « région interlocutoire » comme l'exemple précédent l'illustre. C'est d'ailleurs la menace de constitution de cette région qui crée un embarras chez le surveillant qui souhaite rester maître des mouvements et maître des discussions afin de contrôler l'espace. En effet, la proximité et les discours entre le détenu et l'infirmière menacent l'ordre établi et signent un degré supplémentaire du franchissement du seuil. En effet, la formation d'une région permet de considérer celui qui est enfermé autrement que comme un détenu habituel. Cela permet finalement de restaurer quelque chose de la vie extérieure. A l'inverse comme le montre Goffman suite à ses observations en hôpital psychiatrique: « l'échec à reconnaître la frontière d'une région est souvent lié au fait d'attribuer le statut de non personne aux personnes qui sont observées sans vergogne » (Goffman, 2013 :130). La possibilité d'instaurer une relation thérapeutique construit un statut de patient. Ainsi, la fonction première du seuil serait détournée car il ne doit pas y avoir de patients au cœur de cet espace.

Le seuil renvoie au monde de la peine et ses objectifs. La peine doit être pénible, la prison doit neutraliser. Les passages quotidiens des infirmières sur le seuil de la cellule ne posent pas de problème aux surveillants tant que la cadence n'est pas interrompue et tant qu'un espace thérapeutique ne se forme pas. C'est par la possibilité de communiquer et la formation d'une relation thérapeutique qui peut se construire un statut de patient. En effet, à l'hôpital, les infirmières ne peuvent pas exercer leur activité et soigner des patients sans rentrer dans les chambres, il faut franchir le seuil des portes des chambres pour accéder à l'espace médical et pour construire l'identité de patient. Il faut rappeler que les surveillants doivent maintenir l'ordre (le calme) en détention sans établir d'échanges personnels, « en évitant toute relation autre qu'instrumentale avec les détenus » (Chauvenet, 1996 : 55) et leur réglementation interdit d'établir des contacts personnels et des échanges en dehors de la gestion des

déplacements. En refermant rapidement les portes des cellules, ils font ce qu'ils considèrent comme étant leur métier. Parfois même certaines portes restent fermées malgré les appels des détenus. Je me souviens particulièrement de l'un d'entre eux. J'accompagnais l'infirmière et la surveillante au moment de distribuer les traitements au quartier C :

Carnet de terrain :

Il est 11h45, la cadence est très rapide car l'heure de la « gamelle » est proche et les détenus vont bientôt revenir de l'atelier. Au cours de la distribution des traitements, un détenu appelle l'infirmière en tapant sur la porte de sa cellule : « hey infirmière, hey infirmière vous avez oublié un cachet ». Ce dernier ne s'est pas manifesté au moment du passage de l'infirmière quelques minutes avant. Malgré ses appels de plus en plus bruyants, l'infirmière et la surveillante continuent la distribution des traitements sans évoquer la possibilité d'ouvrir à nouveau la porte de la cellule. La surveillante regarde l'infirmière et lui dit d'un air complice : « ah les tox ! ».

Malgré la proximité géographique entre l'infirmière et le détenu qui appelle, la porte reste close. Pourtant, ce moment d'ouverture de la cellule au cours de la distribution des traitements représente une possibilité d'interaction entre la personne détenue et le personnel soignant séparés seulement par quelques mètres. Ici, le choix de ne pas ouvrir la cellule semble partagé par les deux professionnelles bien qu'elles n'appartiennent pas au même monde professionnel. La porte close permet à l'infirmière comme à la surveillante d'éviter d'être confrontées à l'individu et à ces revendications. Dans cette situation, la porte agit comme une barrière protectrice dont l'ouverture représente plus de danger que la fermeture. De plus, l'infirmière peut se « cacher » derrière le statut du surveillant car d'ordinaire, une infirmière ne passe pas sans s'arrêter et sans rien dire devant un malade qui appelle. Ainsi, la prison permet d'accomplir des actions qui en temps normal ne seraient pas toujours acceptables dans le monde du soin. Cependant, soignants comme surveillants savent que la porte peut être utilisée par la personne détenue pour atteindre des objectifs qui lui sont propres. Autrement dit, pour les détenus « chaque porte ouvre sur une opportunité » (Morelle, 2013 : 346). Taper sur la porte est une façon de revendiquer ses droits, son accès à un statut de patient. Ce geste

permet parallèlement d'instrumentaliser cet objet qui devient un médiateur au cœur du conflit entre les professionnels et la personne privée de liberté. Deux heures plus tard, un surveillant vient demander aux infirmières de faire quelque chose car le détenu continue de taper et de crier. L'agitation risque de contaminer tout le quartier. Autrement dit, le surveillant demande aux infirmières de lui donner son cachet afin de rétablir le calme. Ainsi, le traitement n'a pas uniquement une fonction thérapeutique, il participe au contrôle social. Il a la capacité d'agir sur un comportement qui dérange. Il peut mettre les symptômes en état de veille. Il peut endormir la colère ou la rage d'être enfermé.

Le seuil de la cellule reste souvent infranchissable, ce qui donne à voir « l'ambivalence, la fragilité, l'incertitude et l'importance » de cet « échafaudage symbolique » (Bonnin, 2000 : 68). Ainsi, « la proximité ne consiste pas dans le peu de distance », puisque la présence du soignant sur le seuil de la porte de la cellule ne présume en rien l'instauration d'une relation de proximité (Heidegger, 1958 : 194). Le seuil agit comme une double frontière, ce qui rend son franchissement difficile et complexe. Il met en tension des forces contraires voire contradictoires qui marquent tout d'abord une séparation entre le monde de l'enfermement et le monde libre. Il est un point « névralgique » du fait qu'il trace une frontière entre le dedans et le dehors (Deffontaines, 1972 : 62). Sur le seuil, les comportements vestimentaires et notamment les uniformes de couleur bleu marine des professionnels de l'administration pénitentiaire rappellent sans cesse le contexte de privation de liberté. Alors que les blouses blanches des infirmières symbolisent la présence de l'hôpital dans la prison et donc *in fine* le monde libre.

L'entre-deux, porté par le seuil, trace aussi une délimitation entre un espace privé et un espace public. Une infirmière m'explique : « ils sont libres dans leur cellule, c'est leur domaine, c'est pour ça que je ne rentre pas dans la cellule ». Lors de sa prise de fonction comme infirmière en prison, les surveillants lui ont conseillé de ne pas franchir le seuil, au regard des impératifs de sécurité mais aussi par rapport au caractère « intrusif » de ce geste. A l'intérieur, les détenus sont « chez eux », ils peuvent habiter, structurer l'espace et le temps à leur manière, en fonction de la liberté d'action que leur laisse l'administration pénitentiaire. La cellule contient un morceau d'habitation privée en même temps qu'elle se situe dans un espace de privation de liberté. En effet, le seuil exerce une action qui limite voire empêche l'intrusion des professionnels dans la cellule qui est le lieu de vie des détenus. Même les surveillants lorsqu'ils franchissent le seuil, le font pour des raisons précises et encadrées (vérification des

barreaux, fouille de la cellule) ou en situation d'urgence notamment médicale. Si l'on considère, comme cette infirmière, l'intérieur de la cellule comme un habitat privé, on comprend que par « tact » elle ne cherche pas à regarder, ni à dévisager. Cette attitude morale permet parallèlement de tracer une frontière qui maintient le professionnel dans son rôle. Pour exercer leur travail, les différents professionnels n'ont *a priori* pas besoin de rentrer dans la cellule et ce principe participe aussi à la définition du détenu, ce statut amène les professionnels à rester à distance.

Fermer les portes des cellules revient à freiner, voire empêcher la mise en place d'une relation de soin entre une infirmière (une femme) et un homme détenu dans un milieu où non seulement les hommes sont privés de leur liberté mais sont la plupart du temps également privés de relations intimes avec des femmes (Bessin, Lechien, 2002). Lors de la distribution des médicaments, les détenus tentent d'interpeller l'infirmière et la surveillante qui l'accompagne. « Voilà les dealeuses » dira un détenu lors de l'arrivée de l'infirmière et de la surveillante qui l'accompagne. Dans les couloirs de la prison, le rôle de l'infirmière est réduit à la distribution de médicaments puisque le soin peut difficilement exister sur le seuil de la porte des cellules. Toutefois, le seuil révèle les constructions successives de négociation, de compromis acceptable, cet objet-frontière qu'est le seuil est ainsi un « médiateur cognitif », car il constitue une zone de traduction des gestes, des mouvements des différents acteurs lorsque le rythme et les mouvements sortent de la routine et deviennent imprévisibles (Carlile, 2002).



Figure 11 : Maison d'arrêt, étage détention (Chassagne Aline, 2017)

5.2 Portes « verrouillées » et portes « déverrouillées »

5.2.1 Une double frontière au « mitard »

« L'air étincelle. Ma vitre est givrée et c'est une joie déjà de voir ce givre. Du dortoir nous ne voyons jamais un ciel nocturne. Les fenêtres nous sont interdites puisque nous occupons la nuit de petites cellules qui, sur deux rangs, se regardent, dans une grande salle. Et quelquefois, nous nous faisons punir pour descendre au mitard afin d'apercevoir la nuit, par la lucarne souvent démasquée, grand comme un œil de bœuf souvent étoilé et, plus rarement encore un morceau de lune. L'air étincelle » (Genet, 1952 : 286)

L'imaginaire poétique de Jean Genet témoigne de l'importance de pouvoir regarder l'horizon, de ne pas être privé de la vue des étoiles ou de la lune quand on est déjà privé de liberté. Sylvie aussi racontait à quel point l'horizon visuel restreint du vasistas de sa cellule marquait un degré supplémentaire à la punition. Les quartiers disciplinaires ont un emplacement qui généralement les expose à un « déficit de *lux* » (Fassin, 2015 : 208). Claude Lucas, un ancien détenu, utilise la métaphore du sous-marin pour décrire l'ambiance du quartier disciplinaire dans son ouvrage intitulé *Suerte* (Lucas, 2014). Le quartier disciplinaire (QD) de la maison d'arrêt observée se situe dans l'aile B, derrière une porte en bois. À la différence de l'UCSA ou des autres quartiers de la prison dont l'entrée se fait par de lourdes portes grillagées, la porte d'entrée du QD est de petite taille en bois, opaque, son ouverture est manuelle. On ne voit pas ce qui s'y passe depuis le rond-point. Derrière cette porte, les contraintes spatiales et temporelles sont plus imposantes que dans le reste de la prison. Pour ouvrir les portes des cellules, les surveillants doivent faire appel à un gradé qui est le seul à détenir les clefs (le gradé n'est pas toujours sur place). Ils les ouvrent au moment des activités programmées (repas, promenades, distribution des traitements) ou sur demande des surveillants ou des médecins qui doivent s'assurer que l'état de santé du détenu est compatible avec l'environnement du quartier disciplinaire.

Pour accéder aux détenus, la frontière est double puisqu'il faut ouvrir une porte pleine avec un œillette puis une porte grillagée pour entrer dans la cellule. Lors de la distribution des traitements, les infirmières ne peuvent pas toujours rencontrer les personnes détenues. Parfois,

le gradé n'est pas disponible. Quand l'ouverture de la cellule n'est pas possible, il leur arrive de déléguer cette tâche aux surveillants, en leur confiant les médicaments. Quand elles peuvent accéder au détenu, bien souvent, l'échange de médicaments se fait entre la grille et la porte, à travers les barreaux pendant quelques secondes. Le détenu comme en « cage » saisit les médicaments pendant que le surveillant reste à proximité. Selon l'une des infirmières rencontrées, « il y a souvent une notion de dangerosité, le surveillant reste à proximité, la porte est entrouverte mais il reste derrière la porte et il peut tout entendre » (infirmière). L'espace médical peut difficilement se construire sur le seuil de la porte comme nous l'avons déjà souligné.

Les médecins de l'unité sanitaire voient les personnes détenues dans ce quartier spécifique deux fois par semaine, pour une visite de contrôle. Dans ce contexte, le rôle des médecins s'apparente plus à un rôle de médecin expert devant s'assurer que les conditions spécifiques de détention liées au quartier disciplinaire n'ont pas d'impact négatif sur la santé. Si les médecins franchissent généralement les deux seuils et rentrent dans la cellule lors des consultations, la construction d'une relation thérapeutique n'est pas toujours simple et n'est souvent pas l'objectif de ces professionnels. Les consultations auxquelles j'ai assisté se sont souvent déroulées avec la porte ouverte. Quelquefois, elles pouvaient être « poussées » pour passer d'« ouvertes » à « entrouvertes ».

Carnet de terrain : consultations médicales

Arrivée. Le médecin serre la main des surveillants. Le gradé de l'administration pénitentiaire est là et explique au médecin qu'un détenu a mal au ventre « gastro ! ». « Ah merde, j'ai pas de masque ! » répond le médecin. Le gradé ouvre la porte en fer, puis la porte grillagée. Il sort et reste avec deux autres surveillants au niveau de la première porte dans le couloir. Le médecin rentre dans la cellule et dit assez fort pour que les surveillants entendent « bonjour Monsieur ». Le détenu se plaint de ne pas avoir assez à manger ici. Debout devant lui, le médecin prend sa tension et dit « c'est bon ». Puis, il me demande de pousser la porte afin de pouvoir ausculter le ventre du détenu. Le détenu s'allonge sur le lit scellé au sol, soulève son T-shirt pendant que le médecin enfle ses gants de latex pour ausculter son corps. Le médecin continue son enquête clinique par l'intermédiaire de questions : vous avez mal où ? Vous n'avez plus d'appétit ? Sur ce, le détenu répond « si c'est le contraire, j'ai faim, il ne me donne pas assez, il faut voir ce qu'on nous donne à manger ici ». Le médecin répond : « ah bon,

mais vous avez la gamelle! J'ai du mal à vous croire, c'est bizarre ». Sans commentaire, le médecin sort de la cellule. La piste de la gastro-entérite semble écartée. A sa sortie de la cellule, un surveillant l'interpelle « Alors docteur vous allez être malade ! ».

Plusieurs éléments se dégagent de cette anecdote. Tout d'abord, les soignants développent des formules de politesse auprès des personnels de surveillance (serrer la main pour les médecins, certaines infirmières font la bise aux surveillants qu'elles connaissent bien) et des détenus (dire bonjour Monsieur). Le fait de dire « bonjour Monsieur » s'oppose aux normes du monde de la peine qui nomme le détenu par son nom de famille sans employer le terme « monsieur » ou « madame ». On lit par cette attitude un renforcement des formules de politesse utilisées par le corps soignant vis-à-vis des professionnels de surveillance pour faciliter leurs déplacements et leurs accès aux espaces, et auprès des détenus pour se soustraire aux normes et valeurs de l'univers carcéral et s'en distinguer comme l'avait bien remarqué Bruno Milly (2001 : 138). Ensuite, le médecin (femme en l'occurrence) semble avoir des privilèges concernant ses déplacements et son accès aux détenus placés au quartier disciplinaire. Il bénéficie d'un pouvoir vis-à-vis de la porte qu'il a pu repousser. Les médecins ont un pouvoir sur l'ouverture et la fermeture des portes dont les infirmières ne bénéficient pas. Même si elles exercent sous l'autorité du médecin, elles n'ont pas le même statut que ce dernier ni le même pouvoir sur l'ouverture et la fermeture des portes pour accéder aux détenus. Toutefois, même si les médecins franchissent le seuil de la porte et consultent en cellule, la relation thérapeutique n'est pas simple à établir comme nous venons de l'écrire. Le médecin met en doute les propos du malade. Ces quelques mots « j'ai du mal à vous croire ...c'est bizarre » parlent d'eux-mêmes. Ils illustrent les doutes du médecin vis-à-vis de l'authenticité des manifestations corporelles du malade, ce qui va jouer sur la possibilité de constituer un espace médical. De plus, le personnel de surveillance fixé derrière la porte tente d'en savoir plus à la fin de la consultation. Lors de la suspicion de maladies contagieuses, les personnels de surveillance sont inquiets et souhaitent être informés en cas de maladies comme la gastro-entérite mais aussi la gale ou le sida afin de prendre des précautions particulières. Ils estiment souvent très injuste le fait d'être écartés des informations médicales dès lors que leur propre santé est en danger. Le secret du diagnostic est parfois difficile à tenir lorsque les symptômes sont très visibles ou lorsqu'une procédure doit être faite (désinfection d'un matelas et changement de draps en cas de gale).

Pour finir, cette ouverture de la cellule peut être interprétée comme une stratégie de la part des personnes détenues. La présence du médecin permet de couper la longue et difficile journée vécue par les personnes détenues au quartier disciplinaire. La présence de cette double frontière, les prive de nombreuses interactions par rapport aux autres quartiers de la prison. Dans cette cellule, un mobilier très sommaire meuble l'espace : lit scellé, tablette accrochée au mur, latrines métalliques sans lunettes. La pièce est éclairée par un vasistas. Les temps de promenade d'une heure par jour sont réalisés seul dans une cour de promenade spécifique en forme de triangle et grillagée. Dans cette cellule, les détenus n'ont pas de télévision, ils ne peuvent pas accéder aux activités proposées habituellement aux détenus. Alors que celles-ci permettent de réguler et d'occuper la durée de la journée et d'entretenir un rapport avec le monde libre (télévision). Ainsi, la punition consiste en une privation d'espace et de temps. En d'autres termes, les limitations de mouvements, la perte de repère vis-à-vis de la durée qui passe, le déficit de lumière forment la punition. Dans ce sens, le « mitard » c'est la « clef de voûte de l'édifice disciplinaire » comme l'explique Gérard Lambert (2015).

Ainsi, les possibilités d'interactions avec les professionnels de la santé peuvent être utilisées par les détenus pour partager leurs conditions de vie difficiles. Ainsi, les demandes des détenus vis-à-vis des soignants peuvent être instrumentalisées pour lever un instant les contraintes de l'espace et du temps qui sont plus nombreuses que dans le reste de la prison. Par cette ouverture de porte, les détenus peuvent émettre un appel à l'aide aux soignants et dénoncer des situations abusives qu'ils ressentent dans ce « trou ». Toutefois, la possibilité d'accéder à un autre statut, d'être entendu et d'être reconnu comme un détenu-patient est encore plus difficile au mitard qu'en détention classique. Les frontières spatiales et temporelles emportent toute possibilité de modifier son statut.

5.2.2 La porte « ouverte » de la chambre à l'hôpital : un enjeu professionnel

À l'UHSI, les ouvertures-fermetures des portes des chambres sont aussi soumises à des règles : il n'est pas possible en général d'ouvrir plus de deux portes en même temps dans le service, parfois une seule porte peut être ouverte quand l'effectif de surveillants est réduit (le temps de midi ou la nuit). Comme en prison, les surveillants ont le pouvoir d'ouvrir et de fermer les portes dont ils détiennent les clés. Ce fonctionnement a des conséquences sur l'activité des soignants : « nous sommes limités dans les ouvertures de porte puisque c'est l'administration pénitentiaire qui nous ouvre les portes, donc ça, ça limite le soin et ça limite surtout l'accès aux patients. » raconte un cadre de santé (UHSI 2). Même si les médecins affirment que les personnes détenues bénéficient d'une prise en charge « classique comme dans les autres secteurs de soins » (médecin, UHSI 3), l'accès aux patients-détenus est plus complexe que dans un service hospitalier habituel. Ceci étant, de nombreux soignants ont intégré la présence des personnels de surveillance à proximité des portes : « Moi personnellement je n'ai aucun souci avec ça, au début quand on arrive dans ce service on a l'impression qu'ils nous attendent tout le temps (les surveillants), en fait au bout d'un moment on s'aperçoit que c'est leur boulot » (infirmière, 3ans, UHSI 2).

A l'hôpital, la temporalité est imposée en partie par les soignants. En effet, le tempo des ouvertures des portes des chambres dépend en grande partie de l'organisation des professionnels de santé, contrairement au fonctionnement des ouvertures de porte en prison qui sont principalement réalisées en fonction de l'activité de surveillance. Les professionnels de surveillance suivent l'activité des professionnels de santé, ils ouvrent et ferment les portes au fil des activités programmées (tour médical, soins de nursing, traitements) et des demandes des patients-détenus. Toutefois, chacun est dans l'attente de l'autre pour effectuer son travail comme le souligne Sandrine Chenivresse dans son travail sur les professionnels de l'UHSI « chacun se sent comme *incarcéré* dans la culture professionnelle de l'autre » (2012 : 74) ; Le fait d'être empêché donne la sensation d'être ralenti par l'autre monde. A l'UHSI comme en prison, les soignants sont ambivalents à l'égard de la présence du personnel de surveillance derrière la porte de la chambre et ne la repoussent pas systématiquement. Les médecins qui consultent dans les mêmes chambres prennent soin de repousser la porte au maximum sans la fermer complètement pour éviter d'être enfermés (la porte ne peut pas s'ouvrir de l'intérieur).

Si les personnels de surveillance ont bien intégré que les soignants avaient besoin d'accéder à l'espace de la chambre pour exercer leur activité, ils défendent leur place sur le seuil de la porte :

Et souvent il y a un geste qui me choque un petit peu entre guillemets c'est que le personnel soignant sort et repousse la porte. Et là vous avez une grande porte blanche qui est devant vous. Et je dis « mais non ! Excuse- moi, les portes je le fais. On va faire un contrat je fais pas les piqûres et tu fermes pas les portes ». Moi souvent je dis « bonsoir Messieurs ».....C'est pas dénué d'intérêt ça...Je pense, [attention sans figer un cliché], je pense qu'il faut que le détenu-patient il ait un référent quant à l'équipe de soin, c'est-à-dire des gens identifiés par leur blouse qui sont là pour essayer de résoudre ce problème de souffrance, de maladie, de pathologie. Il faut aussi qu'il y ait un rappel quelque part à la République, à la loi, et à l'ordre pénitentiaire.

Pourquoi ? parce que alors, attention ça peut vite être interprété comme quelque chose de coercitif mais, simplement pour donner les points de repères nécessaires pour rappeler au type que non il est pas seul, il a quand même été placé en détention que pour autant on n'a pas une attitude belliqueuse mais il peut aussi avoir un problème ... de parler, que à la limite, il l'évoque avec le personnel médical, mais qu'il peut l'évoquer avec nous, parce qu'on a les réponses ». (Gradé de l'administration, depuis trois ans en UHSI)

Ce gradé de l'administration pénitentiaire donne un autre sens à ces ouvertures/fermetures de porte. Pour lui, elles ne permettent pas uniquement de déployer un espace médical. Par sa présence, sur le seuil de la porte, en uniforme bleu, il rappelle au-delà du monde de la peine, celui de la justice. Il rappelle le double statut des personnes malades : détenu et patient. Malgré le changement de lieu et le passage de la prison à l'hôpital, le discours de ce « gradé » rappelle que le quantum de peine court toujours. Peu importe le lieu, la peine est présente et sa durée se maintient. Ainsi, il ne se considère pas uniquement comme « le gardien de la porte », il incarne en quelque sorte la justice (la loi, la République), qu'il replace vis-à-vis du statut de la personne détenue sur le seuil de la porte. De plus, il réduit le travail de l'infirmier à un rôle de « technicien » en parlant des « piqûres » pendant qu'il met en avant les compétences relationnelles des personnels de surveillance. Confrontés à une population particulièrement vulnérable et malade, les surveillants ont développé en prison une expérience à l'égard de la souffrance et des maladies des détenus (Froment, 2003). Les surveillants ont été encouragés par le biais de leur formation à développer des compétences en matière de santé afin

d'évaluer, de réagir et de solliciter les professionnels de santé à bonne escient. Leur plan de formation intègre depuis quelques décennies de nouvelles thématiques comme le décrit Jean-Charles Froment (2003). Par exemple, au cours de leurs cycles d'enseignements, des cours relatifs au dispositif sanitaire, à l'éducation à la santé, à la dangerosité et à la prévention du suicide sont dispensés. Malgré cela, les professionnels de santé déplorent leurs difficultés à orienter les personnes détenues auprès d'eux « pour les bonnes raisons et au bon moment » (infirmier, MA). Toutefois, la position de proximité des surveillants auprès des personnes détenues, leur confère une responsabilité, et les place en premier maillon de la chaîne d'accès aux soins. Pourtant un surveillant ne peut pas avoir le même regard qu'un soignant. Telle est la frontière entre le soignant et le surveillant car si le surveillant en sait trop, il empiète sur le territoire soignant.

D'ailleurs, une infirmière exerçant en UHSI me confie : « les surveillants parfois ils sont un peu comme des soignants ». Toutefois, les surveillants sont satisfaits de pouvoir déléguer cette partie de leur travail aux soignants car en prison, la gestion de la souffrance et des problèmes de santé est chronophage en déplacements et en ouvertures de portes. Les surveillants soulignent les avantages du travail en UHSI qui sont principalement la « tranquillité », « le calme » qu'ils opposent à la violence, au bruit et à la charge de travail en prison : « C'est moins difficile qu'à X (nom de maison d'arrêt), ici c'est 2-3 surveillants pour 24 voyous alors que là-bas, c'est un pour 60-70 voyous ». Il est à noter que quel que soit le lieu et l'environnement, le détenu reste un « voyou », il n'est pas un malade mais un délinquant du point de vue des professionnels de la surveillance. Ainsi, ce lieu est un lieu valorisé par les surveillants car l'organisation du travail est moins laborieuse qu'en prison, les négociations avec les détenus moins nombreuses, les conflits plutôt rares. D'ailleurs, le gradé rencontré souligne qu'il n'y a quasiment jamais de conseil de discipline à l'UHSI. Ce lieu est un lieu à part dans le monde de la peine et un lieu d'activité qui apporte une distinction au travail de surveillance par rapport aux représentations négatives associées à cette activité. En effet, les surveillants soulignent qu'ils sont sélectionnés pour travailler en UHSI : « on est trié sur le volet, sur 20 postulants, 6 ont été retenus » me dit un surveillant. Un autre surveillant souligne la nécessité d'avoir des aptitudes « psy » pour être recruté et travailler dans cette unité qui gère des maladies somatiques : « il faut avoir des attitudes psy, tout le monde ne peut pas bosser ici, c'est normal, on a des armes » (il fait référence aux activités à l'extérieur de l'UHSI lors des escortes). Ce qui apporte une distinction aux surveillants et les valorise

c'est surtout le fait de porter une arme, alors que l'aspect des soins et de la maladie n'est pas mis en avant dans le discours.

Au regard de leur perception de la personne détenue, on comprend mieux que la question de la dangerosité potentielle des détenus soit au cœur du discours des personnels pénitentiaires. De plus, à l'UHSI les surveillants doivent maintenir l'ordre mais aussi assurer la sécurité des soignants alors que ces derniers n'ont pas la même définition des risques et du danger. Ainsi, un surveillant nous indiquait que les soignants ne tenaient pas assez compte de la personnalité des détenus lors de leur présence en chambre : « On voit parfois une infirmière moi je l'ai vu, à genoux aux pieds du détenu en train de lui caresser la main pis discuter et quelque part ben on a des gens qui sont parfois un peu pervers, par pervers j'entends qu'ils tenteraient bien d'exploiter une situation d'infériorité ou bien un ascendant qu'ils auraient pu construire au fil de la relation » (surveillant 1, UHSI 1)

Les surveillants restent à proximité des soignants. Pour eux chaque porte ouverte peut être considérée comme un danger et ils estiment que les soignants ne se méfient pas assez. Voici les propos d'un autre surveillant exerçant en UHSI : « Le médical ils ont tendance des fois à ne pas voir le danger, [...] donc parfois on leur demande d'écourter, de faire au plus court... » (Surveillant UHSI). En écourtant le temps passé dans une chambre, les contacts entre les personnes détenues et les soignants sont limités. En refermant rapidement les portes des chambres, les surveillants font ce qu'ils considèrent être leur travail comme en prison. Comme le soulignent Georges Benguigui et ses collègues, les surveillants doivent maintenir l'ordre et le calme en détention à partir d'un ensemble de règles et de lois formelles. Or, les surveillants « ne sont jamais uniquement de purs instruments appliquant mécaniquement des lois, des règles et des consignes bureaucratiques » (Benguigui *et al.*, 1994 : 280). En effet, leur implication relationnelle auprès des détenus et la production de règles informelles contribuent en grande partie à maintenir le calme. En prison, le surveillant est l'interlocuteur principal des détenus, alors qu'à l'UHSI, leur rôle de proximité et d'écoute est partagé avec les soignants. Les soignants et les surveillants se retrouvent dans une situation où chacun considère que la présence de l'autre limite les interactions avec le patient-détenu. Cependant, les deux corps de métier n'ont pas le même pouvoir sur les interactions. En effet, un gradé exerçant à l'UHSI explique son sentiment d'être dépossédé de son rôle d'écoute. Pourtant, le plus souvent, les surveillants rencontrés étaient satisfaits de déléguer cette tâche relationnelle au corps soignant. Bien sûr, les surveillants n'entretiennent pas tous les mêmes types de

relations avec les détenus, ni avec les professionnels. Corinne Rostaing décrit les différents types de surveillants ainsi que les différentes relations qui en découlent. Selon elle, deux grands types de surveillants, les premiers qualifiés de « statutaire » coïncident avec les activités de garde et les seconds de « missionnaire » correspondent à un travail orienté sur l'aide aux détenus (Rostaing, 1997 : 177). Il semblerait qu'à l'UHSI, les surveillants soient renvoyés à leur travail « statutaire ». Au final, l'organisation temporelle et spatiale enferme les deux mondes (soin et surveillance) et renforce l'isolement du patient-détenu : pas de codétenu à qui parler, des surveillants qui ont une fonction de gardien de la porte et avec lesquels ils ont peu d'interactions, et des soignants qui intériorisent le fait qu'ils ne doivent demander une ouverture de porte que pour des actes techniques. D'ailleurs, la contrainte semble être intériorisée par les soignants car ils expliquent leurs hésitations à appeler les surveillants pour « discuter » avec un patient comme l'explique une cadre de santé :

Les infirmiers ne vont pas s'autoriser à demander l'ouverture de porte pour aller voir monsieur X pour proposer un entretien d'aide, parce que du point de vue de l'administration pénitentiaire, faire un entretien d'aide ce n'est pas faire du soin... Voilà, on n'entre pas dans la chambre avec du matériel, une seringue, un traitement à donner au patient, pour eux c'est discuter avec le détenu donc ce n'est pas considéré comme du soin, et je pense que beaucoup de soignants présents dans l'équipe ne s'autorisent pas ce temps là... (Cadre de santé, UHSI 2)

Pour qu'un surveillant ouvre une porte, il faut une raison qui semble d'autant plus légitime qu'elle est liée à un acte technique. Autant les soins en lien avec un traitement représentent des soins légitimes, autant le soin relationnel basé sur l'écoute de la souffrance et sur la communication peut apparaître moins légitime et contradictoire avec les missions de l'administration pénitentiaire. L'UHSI est un lieu où on soigne des corps et ça passe par la technique. Comme l'indique la citation proposée ci-dessus, le surveillant qui agit comme un média entre le soignant et le soigné, peut diminuer les possibilités d'interactions entre ces derniers. Même si les soignants affirment que les personnes détenues bénéficient d'une prise en charge « classique comme dans les autres secteurs de soins » (médecin, UHSI 3), ils estiment parallèlement que la présence des surveillants à proximité de la porte de la chambre contrarie la relation thérapeutique. En effet, les soignants s'ajustent et s'adaptent aux contraintes liées à l'organisation du monde de la peine et tentent de se faire une place.

Comment bien faire son travail dans un monde qui pose des contraintes supplémentaires et notamment des frontières spatio-temporelles ? Les professionnels de santé sont pris dans des contradictions professionnelles, ce qui peut donner naissance à des « formes de souffrances éthiques » si l'on suit le travail réalisé par François Aubry et Yves Couturier auprès de soignants exerçant en service de gériatrie au Québec (Aubry et Couturier, 2014). Cette tension éthique est étroitement liée au fait que la définition du soin est ici remise en question et la définition du statut de patient également. Le « patient-détenu » n'est pas un patient comme les autres, il n'a pas les mêmes droits ni les mêmes devoirs.

Le fonctionnement des portes peut « parasiter » la relation soignant-soigné, notamment leur travail relationnel : « on est parasité par le fait que ce soit des chambres fermées et par le fait qu'il y ait des surveillants derrière la porte » (infirmier, UHSI 2). Cet infirmier ajoutera que ce fonctionnement arrange la plupart de ses collègues. De fait cette attitude renvoie à une stratégie développée par un groupe professionnel afin de continuer à exercer leur activité sans trop souffrir. Lors d'un entretien avec une infirmière, elle me raconte qu'elle ne souhaite pas toujours établir un lien avec les patients détenus. Ce fut le cas avec Jean-Michel dont nous avons déjà parlé, elle me dit : « C'est quelqu'un avec qui je n'avais pas envie de discuter...je ne me suis pas investie, je faisais juste les soins, je restais pas trois heures dans la chambre ». Plusieurs soignantes avaient même demandé la présence de surveillant à côté de la vitre lors des soins afin de dissuader Jean-Michel de « faire des remarques désobligeantes ». Ainsi, la possibilité d'être accompagnés par les personnels de surveillance devant la porte de la chambre, a une fonction de réassurance pour certains soignants. Dans ce cas, soignants et surveillants font « œuvre commune » et renforcent la stigmatisation de certains détenus lorsqu'ils proposent une « définition de la situation » relativement proche et notamment dans les situations où la personne est perçue par tous comme un criminel.

Parfois, les soignants demandent à l'inverse plus d'autonomie pour accéder aux malades, généralement quand les soins sont très fréquents ou qu'ils se situent sur une partie intime du corps. Ils demandent des « portes déverrouillées » afin de pouvoir aller dans les chambres sans solliciter les personnels de surveillance. Les travaux d'Anselm Strauss montrent la production de règles informelles par la négociation permanente à l'hôpital qui est un espace relationnel, un espace négocié qui s'ajuste au fil des événements (Strauss, 1992). Ainsi, lorsque les malades requièrent des soins réguliers, les soignants négocient une porte « ouverte ou déverrouillée », obtenue suite à la rédaction d'un certificat médical et suite à l'accord du

capitaine des lieux. Comme le soulignent Valérie Kanoui-Mebazaa et Marc-Antoine Valantin, la prison est friande de certificats médicaux « dont le seul lien avec la médecine est qu'il est réalisé par un médecin » (2007 : 101). Le discours suivant montre de quelle façon, le certificat médical est, selon un médecin exerçant en UHSI, instrumentalisé par l'administration pénitentiaire :

En pratique, pour que la porte reste ouverte dans ce service là et c'est regrettable, il faut qu'il y ait un médecin qui fasse un certificat médical levant une mesure de sécurité. Le certificat c'est « je soussigné certifie que l'état de santé de Mr machin justifie que sa porte soit ouverte ». En pratique, en tant que médecin, je n'ai pas la compétence pour décider de lever une mesure de sécurité. Par contre j'ai besoin d'aller voir mon malade régulièrement parce qu'il ne va pas bien. Le jour où on aura un patient-détenu, avec disons une étiquette DPS (Détenu Particulièrement à Surveiller), et que en face j'ai un état de santé qui justifie que j'aille le voir toutes les 2 heures ; je n'aurai pas ma porte ouverte donc mon ordonnance ne servira à rien, elle sera contestée. Ce qui n'est pas possible ! Donc c'est vrai que je refuse de faire des ordonnances de mesure de sécurité. Mes internes les font malheureusement. (Silence)

Pourquoi ils les font ?

Ils les font parce que c'est ce qui fait que le fonctionnement est possible. S'ils ne les faisaient pas, les infirmiers viendraient les voir, les harçèleraient pour avoir cette ordonnance porte ouverte et effectivement l'administration pénitentiaire ne répondrait pas en urgence justement pour insister, pour que le médecin lève la mesure de sécurité. On est sur une... (Silence) un risque, le fait...la demande médicale correspond à ... se traduit par un risque au niveau pénitencier et eux s'ils prennent un risque ont besoin d'un papier le justifiant. (Médecin de Robert, UHSI)

Les professionnels de santé à l'hôpital ont plus de pouvoir sur l'ouverture et la fermeture des portes des chambres par rapport aux portes de la prison. Ceci dit toute cette procédure met en lumière les tensions entre le monde du soin et celui de la peine, induites par l'ouverture d'une porte. En fonction des médecins, les réactions ne sont pas identiques et certains médecins rédigent des certificats alors que d'autres refusent. Notons également que quelques gradés de l'administration pénitentiaire, n'exigent pas de certificat pour laisser la porte déverrouillée. En effet, il y a plusieurs types de professionnels de la surveillance et plusieurs catégories de

médecins. Le médecin cité plus haut pourrait être qualifié de « puriste » si l'on suit la typologie proposée par Bruno Milly dans son analyse des professionnels de santé exerçant en prison, car les « puristes » font du « respect de la déontologie l'alpha et l'oméga de l'activité » et ils résistent à la procédure ⁴⁹. En résistant, à la procédure, il affirme ne pas vouloir être instrumentalisé. Il montre son pouvoir vis-à-vis de la demande de « protection » que lui assigne l'administration pénitentiaire. De plus, rédiger un certificat renvoie au rôle d'expertise que peuvent avoir les médecins par ailleurs dans le monde de la peine. Ainsi, le certificat permet de partager les responsabilités et les risques. Or, le médecin pris en exemple, ne veut pas agir de concert avec cette administration, il veut maintenir son autonomie professionnelle. En cela, il s'oppose à un autre modèle développé par Bruno Milly, celui des « consensuels ». Si ce médecin refuse de rédiger ce type de certificat, il a toutefois conscience que la porte « déverrouillée » facilite le travail des infirmiers et favorise l'accès aux patients, pour réaliser des soins et assurer une surveillance de patients-détenus gravement malades. Ce médecin souhaite aller plus loin. Mon interprétation est qu'il souhaiterait que les portes des chambres soient ouvertes comme à l'hôpital sans avoir besoin de justifier cette ouverture par une ordonnance, ainsi il tente de faire valoir les droits liés au statut de patient sans prendre en considération celui de détenu.

L'ouverture de la porte permet finalement d'atténuer les contraintes relatives au travail de surveillance et de redéfinir le statut des personnes détenues qui peuvent alors être considérées comme des patients-détenus ? Des patients ? En effet, cette porte « ouverte » permet aux soignants d'accéder au patient de façon autonome mais ces accords restent fragiles puisque la porte est parfois refermée ce qui est générateur de conflits : « ils ont encore refermé la porte, j'en ai marre !! » (Infirmier n°2, UHSI 1). Le certificat joue ici un rôle proche de celui d'une porte, voire d'une clef. En effet, le certificat est également un médiateur qui permet d'instaurer un dialogue quand les autres moyens de communication ne sont plus possibles. Quand les intérêts des différents mondes divergent, le certificat peut agir comme un médiateur qui permet d'établir pendant un temps de nouvelles règles vis-à-vis de la porte-

⁴⁹ Bruno Milly définit quatre catégories de médecins. Les « puristes » font du « respect de la déontologie l'alpha et l'oméga de l'activité » et ils résistent à la procédure. Les consensuels sont ceux qui cherchent avant tout à éviter les conflits avec l'administration pénitentiaire. « Les « organicistes », les plus nombreux qui centrent leur activité autour de l'acte technique de soin. Les « spécialistes pénitentiaires » sont ceux qui entendent faire reconnaître une forme de spécificité de l'exercice des métiers de santé en prison. », 2000, p. 337.

frontière, le rôle habituel attribué à la porte est transformé. Ainsi, le certificat médical agit comme un média à partir duquel, un compromis spatial est trouvé.

5.3 Des portes et des seuils pluriels

La difficulté d'ouvrir ou de fermer certaines portes matérialise des frontières à partir desquelles chaque monde tente de constituer un espace de visibilité selon ses propres valeurs. Les portes de la prison et celles de l'hôpital viennent cristalliser les tensions entre les professionnels du soin, de la surveillance et les personnes détenues. A partir des portes, les professionnels et les personnes détenues redessinent leurs territoires, au fil du temps en marquant des frontières matérielles et symboliques plus ou moins floues, poreuses et instables qui montrent, à partir d'une analyse de l'espace, toute l'ambiguïté et l'ambivalence des relations entre les mondes.

Les professionnels et les personnes détenues s'engagent dans des ajustements permanents avec les portes. Ces « objets-frontières » permettent à la fois à chaque monde de maintenir une partie de son autonomie, de défendre ses normes mais aussi de créer des séparations, des ruptures avec les autres mondes. A l'intérieur de l'unité sanitaire, l'usage habituel des portes de la prison est détourné, permettant ainsi de créer des espaces médicaux qui favorisent l'accès aux soins. Des stratégies sont déployées par les soignants, l'exemple du papier scotché sur la vitre en est une belle illustration. Cette stratégie permet de saisir la créativité des acteurs, leur inventivité pour faire face aux problèmes et conflits rencontrés et trouver des solutions qui permettent de conserver leurs valeurs. A l'extérieur de l'unité, en détention, la juxtaposition de plusieurs mondes rend le passage du monde de la prison au monde du soin plus incertain. Le rythme du travail des surveillants a des répercussions sur le rythme du travail des soignants qui sont non seulement enfermés dans une spatialité délimitée mais aussi enfermés dans une temporalité contrôlée. Dans les couloirs de la prison, le rôle de l'infirmière est réduit à la distribution de médicaments. En effet, les infirmières sont confrontées à une double contrainte, celle produite par le monde de la surveillance et celle produite par le monde de l'environnement personnel du détenu. D'ailleurs, ces soignantes regrettent de ne pas « avoir plus accès aux détenus », ce qui rend le « care » impossible selon leur perception professionnelle idéale. Les barrières auxquelles elles sont confrontées les obligent à un travail de redéfinition du soin et de leur travail de soignant. Face à leurs difficultés à trouver une

place, certaines stratégies sont déployées pour tenter de bien faire leur activité malgré de fortes contraintes temporelles et spatiales et afin de limiter les tensions éthiques. Les tactiques à l'égard des portes des chambres de l'UHSI, comme l'utilisation de la « porte déverrouillée », sont aussi à l'œuvre pour ajuster les déplacements et produire de la proximité entre soignants et soignés. Ainsi, l'usage des portes agit sur la possibilité de mettre en place une relation thérapeutique comme nous l'avons démontré à partir de plusieurs exemples issus du terrain.

Le seuil de la porte est le « point névralgique » qui permet l'accès à d'autres mondes. Tout comme la porte, le seuil représente une « barrière de communication », si l'on reprend l'expression Goffmanienne (2013 :129). Sur le seuil de multiples frontières se décalent, puis s'effacent selon les événements et les acteurs en présence. La porte et son seuil fonctionnent comme un opérateur de changement de sens qui, parce qu'ils construisent au fil des activités de la distance ou de la proximité entre les personnes, produisent un autre rapport social et attribuent aux espaces des caractéristiques singulières. A partir de l'utilisation des portes, on visualise les tensions et parfois les contradictions entre trois spatialités, celles du soin et de la surveillance et celle de l'environnement de la personne détenue, qui se juxtaposent. Le déploiement de l'activité de surveillance impose aux soignants « des distances non choisies » au regard des valeurs qu'ils souhaiteraient incarner auprès des personnes détenues malades (Milhaud, 2009). Alors que le soin et la construction d'une relation thérapeutique qui sont au fondement de leur culture de métier et du « prendre soin » (Hesbeen, 1997) supposent la mise en place d'une proximité choisie dans un monde où « importe au plus haut point la notion de présence (Pouchelle, 1998 : 545). Les contraintes spatiales et temporelles du travail de surveillance dans les quartiers de la détention privent les détenus du soin et des valeurs d'humanité que souhaitent incarner les soignants.

Toutefois, malgré leur possibilité d'accéder aux détenus malades, les professionnels de santé installent parfois de la distance. Même s'ils soulignent leur volonté de promouvoir la santé en prison, ces professionnels du soin catégorisent ce qui peut relever de leur définition du soin et ce qui n'en relève pas. Ainsi, les portes de la prison peuvent aussi être utilisées pour éviter, différer, les relations entre soignants et soignés. Cette séparation peut être le fruit d'une stratégie professionnelle collective à des fins de protection. Les portes sont instrumentalisées par tous, elles peuvent protéger, exclure, éviter, rapprocher. Certaines portes gardent le secret, d'autres vous exposent, vous fragilisent raconte Pascal Dibie dans son ethnographie des

portes. La porte est « inexorable », elle est « frontière entre le connu et l'inconnu, l'incertain et l'attrayant, le douteux et le séduisant, le surprenant et l'intolérable, le pire et le merveilleux » toujours selon Dibia (2012 : 399).

La porte de prison c'est aussi l'attente, l'ennui, l'espoir d'une ouverture sur le monde, le lieu de stratégies plurielles. Au regard de mon travail, la porte et le seuil sont des lieux où se révèlent les mondes, où ils se diffusent, se rétractent, se multiplient et s'annulent... Aussi, cet objet frontière révèle trois types d'activités qui viennent se cristalliser sur les frontières selon Paul Carlile qui a retravaillé la notion d'objet-frontière dans le cadre de la théorie de l'organisation (2002 ; 2004). L'objet-frontière révèle une activité de « transfert » où la relation est stable avec un répertoire commun, le langage des grilles et des portes activées par le monde de la peine a été généralement intégré par les professionnels de santé et les personnes détenues, chacun sait que les professionnels de la surveillance gèrent les ouvertures et les fermetures à partir de règles (par exemple à l'UHSI, ne pas ouvrir plus de deux portes à la fois). La porte comme objet-frontière peut aussi être un espace de traduction face aux situations imprévisibles ou lors d'un changement. Il y a traduction d'un monde à l'autre comme l'exemple de l'infirmière sur le seuil de la porte le montre. Chaque monde est en train de confronter son langage et ses points de vue. L'issue de l'action mène à un compromis acceptable, dans l'exemple donné, la porte est refermée. Dans ce cas, l'objet-frontière constitue une « zone de transaction des perspectives en présence » (Trompette et Vinck, 2009 :13). La porte devient alors un « médiateur cognitif ». L'objet-frontière peut avoir un troisième usage et devenir un espace de transformation quand les intérêts des différents mondes sont opposés, la porte devient un « médiateur social » où il est question « de pouvoir et d'alliance, d'échanges de don et d'identité » (*Ibid.*). C'est ici l'exemple de la porte d'entrée de l'unité sanitaire et du psychiatre qui redéfinit la porte comme une frontière professionnelle qui a le pouvoir d'agir sur l'identité des détenus malades. On peut également reprendre l'exemple des portes « déverrouillées » qui sont le résultat d'un travail de traduction et de négociation afin de parvenir à une situation « acceptable » pour les deux mondes (le soin et la peine).

Au-delà des enjeux matériels et professionnels, l'analyse de la porte et de ses usages en prison permet d'interroger les représentations de l'enfermement. En effet, ces « objets de dispute » cristallisent les tensions entre les professionnels et permettent de questionner l'enfermement : « comme si chaque objet possédait en petit, sous des formes chaque fois différentes, tous les

ingrédients que l'institution politique recueillait en bloc » (Latour, 2011 :78). En ce sens, la porte est un dispositif déployé par le monde de la peine dans la cellule, entre les différents mondes, entre l'enfermement et la liberté. La porte est un dispositif à partir duquel on saisit les enjeux de pouvoir, les paradoxes qui font fonctionner la prison. On peut faire un parallèle avec le lit en psychiatrie tel que Jean-François Laé en parle : dans *L'asile aux fous : un lieu d'oubli* ». La porte du détenu et le lit du fou sont deux dispositifs (Laé, 2009). Si l'on suit la définition proposée par Giorgio Agamben d'un dispositif: « tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants » (Agamben, 2007 : 31), force est de constater que l'analyse de la peine sous le prisme du soin permet de nuancer cette proposition. Plus encore, l'analyse de la porte comme un objet-frontière montre toutes les stratégies et les résistances à l'œuvre vis-à-vis de l'ordre carcéral déployé dans et par les portes. Ce dispositif met en lumière la présence d'un pouvoir diffus, où chacun incorpore des normes à l'égard du fonctionnement de l'espace carcéral (Morelle, 2013).

La dialectique ouverture/fermeture de la porte permet de comprendre le déploiement d'autres mondes et de dessiner un ensemble de seuils qui révèlent le caractère non homogène du monde de la peine. Les franchissements de ces différentes frontières et de ces seuils ont le pouvoir de transformer les espaces et de modifier les statuts des personnes (patient-détenu). Un même espace peut se voir attribuer différents sens en fonction des jeux d'appropriation qu'en font les acteurs : une cellule, une chambre ou une habitation. La fermeture et l'ouverture de la porte participe aussi au travail de définition de la personne, un détenu ? Un détenu-patient ? Un patient-détenu ? Une même personne pourra être considérée comme un patient ou un détenu en fonction des interactions entre les acteurs et les espaces. Le fonctionnement de la porte de la chambre ou de la cellule agit comme un médiateur des tensions spatiales, qui rendent visibles des tensions professionnelles et éthiques entre les différents mondes. Au final, l'espace en prison ne représente pas uniquement une forme de pouvoir coercitif, au contraire, la façon dont il est sollicité permet de transfigurer le statut des personnes et le sens des lieux.



Figure 12 : Deux portes de cellules d'une maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)

Chapitre 6

Signifier : entre détenu et patient

Les personnes détenues malades que j'ai rencontrées au cours des temps d'observation et des entretiens « purgeaient » leurs peines tout en étant soignées. La plupart d'entre elles ont découvert leur maladie en prison, ce fut le cas pour 2/3 des détenus rencontrés. La prison est même perçue par certains comme le lieu qui a déclenché leur maladie. Céline met en corrélation le début de ses troubles cardio-vasculaires et son arrivée dans le monde de la peine, Jean-Michel décrit un long voyage pénitentiaire avant d'arriver dans une prison où il a fait un « AVC ». Kévin imagine que la « saleté » de la prison serait à l'origine de sa leucémie « je l'ai attrapé là-bas, avant j'allais bien ». Plusieurs détenus rencontrés associent le fait d'avoir développé une maladie grave au fait d'être enfermé. Ainsi, la prison apparaît dans les discours des personnes détenues malades comme un lieu de contamination. Outre les questionnements relatifs à la responsabilité de la prison vis-à-vis de l'origine de leur maladie, les trajectoires de soin décrites par les malades et les professionnels sont complexes. En effet, les contraintes liées à l'espace peuvent ralentir le processus d'accès aux soins. C'est à partir de la compréhension de l'espace de la peine et de l'espace du soin mais aussi de leurs contraintes temporelles qu'on peut saisir comment se construit la relation thérapeutique entre les professionnels de santé et les personnes détenues malades. A travers cette analyse, on comprend mieux l'impression d'un accès aux soins « tardif » et d'un accès différé aux traitements antalgiques, signalés par la plupart des détenus malades rencontrés qui s'interrogent sur les compétences professionnelles des médecins en détention au regard de l'histoire et de l'évolution de leur maladie.

6.1 Une relation soignant-soigné « traversée par le soupçon »

Malgré les contraintes liées à l'utilisation de l'espace et du temps en prison, les professionnels de santé répètent qu'ils soignent leurs « patients » comme des patients « *lambda* ». Cependant, l'analyse de l'usage des portes et de l'architecture des espaces médicaux met en lumière les difficultés à établir une relation de confiance et la construction d'un statut spécifique de détenu-patient. Dans ce contexte, les interactions entre les soignants et les soignés sont bien souvent « traversées par le soupçon » pour reprendre l'expression utilisée par Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien dans leurs travaux sur le *Soin incarcéré* (2000). D'autres analyses sur le soin en prison ont également mis en évidence la méfiance entre les détenus et les soignants, comme ceux de Bruno Milly (2001) et de Fabrice Fernandez (2010).

6.1.1 Une prise en charge tardive

Les personnes détenues rencontrées font part de leur sentiment d'avoir attendu longtemps avant d'accéder aux soins en prison. Dans leurs discours, un décalage apparaît entre le moment où ils ont perçu les premiers symptômes et le moment où un nom de maladie leur a été annoncé. Autrement dit, un temps long s'est écoulé entre leur première demande de consultation et leur accès réel aux soins. Selon un CPIP exerçant en UHSI, de nombreux détenus disent que « très souvent ils patientent très longtemps avant d'être vu par un médecin en détention » et d'après lui « ils arrivent souvent avec des stades avancés de leur maladie, en particulier pour les cancers », cela rejoint les résultats d'études épidémiologiques menées auprès de la population détenue (cf. partie I, chapitre 2 : 41-42). La plupart des patients-détenus rencontrés ont signalé leur sentiment de ne pas avoir bénéficié dès le départ d'une prise en charge adaptée. Si ce temps d'accès aux soins et au diagnostic peut aussi apparaître long à tout malade en dehors d'un milieu contraint, les personnes détenues imaginent que l'attente a pu aggraver leur situation médicale. Par exemple, Marcel estime qu'il n'a pas pu bénéficier des soins dont il avait besoin au moment où il fallait les réaliser : « Ils m'ont laissé

traîner quatre mois avec mon pied qui commençait à noircir... Ils ne se sont pas inquiétés ! Et ça [son amputation] n'aurait pas dû arriver. » (Marcel).

Ce que confirme le médecin de l'UHSI où il a été finalement hospitalisé, après plusieurs séjours en hôpital de proximité : « Dans sa prise en charge, on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup de choses qui n'avaient pas été forcément suivies ou gérées en détention. » (Médecin de Marcel, exerçant en UHSI). Bernard aussi explique : « Au bout de quatre mois, j'ai dit écoutez là, là je ne veux plus. ». En centre de détention depuis cinq ans, il explique qu'il sentait que son corps avait un problème, mais ses douleurs et ses difficultés à respirer n'étaient pas prises en compte comme il l'aurait souhaité. Au bout de plusieurs consultations médicales, il demande au médecin généraliste une hospitalisation. Cette demande a eu pour réponse : « Là pour le moment vous allez bien encore, et puis on rentre pas à l'hôpital comme ça ! » (Médecin cité par Bernard). Le médecin qui le suivait en prison souligne que l'investigation clinique prend du temps. En effet, elle nécessitait de solliciter des spécialistes et d'organiser des examens qui ne sont pas toujours possibles en prison. Après avoir réalisé une radio pulmonaire dont l'interprétation a révélé un fin voile blanc suspect, une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) a été programmée après une consultation avec un pneumologue en prison. Finalement, il s'est passé six mois entre sa première consultation à l'unité sanitaire et son hospitalisation à l'UHSI où fut diagnostiqué son cancer du poumon qui présentait un stade très avancé d'après les cancérologues de l'hôpital. Six mois d'attente alors que l'UHSI se situe à dix minutes de la prison où était incarcéré cet homme. Certes, l'investigation diagnostique prend du temps en prison comme à l'extérieur et, comme nous l'avons déjà signalé les extractions médicales sont soumises à une organisation complexe et une adaptation du temps médical au temps pénitentiaire, ce qui retarde bien souvent le départ social de la maladie (Goffman, 1968).

Ce temps d'attente peut être interprété comme un « abandon » explique Mohamed : « En prison ils m'ont laissé à l'abandon dans ma maladie, ils me disaient que c'était la piqûre qui faisait ça... J'avais des bleus, je tombais dans les pommes. Il y avait plusieurs trucs qui disaient que j'étais malade. Mais ils ne voulaient pas me soigner. J'avais la leucémie... Et ils ne voulaient pas me soigner... Ils me disaient ce n'est pas grave, ils me donnaient du Doliprane... Ils ne voulaient pas me recevoir. » (Mohamed). Mohamed évoque ses difficultés d'accéder à l'espace médical. L'entrée dans l'UCSA de la maison d'arrêt où j'ai mené une démarche ethnographique lui a d'ailleurs été momentanément refusée. Souvenez-vous de

l'homme dont le psychiatre avait interdit l'entrée dans l'unité sanitaire évoquée pour exposer la fonction « symbolique de la porte d'entrée ». Cette porte est parfois restée close pour Mohamed qui finalement a été hospitalisé en urgence. La gravité de sa situation médicale a été décelée par un médecin qui travaillait occasionnellement en prison. Entre la vie et la mort, Mohamed a été escorté aux urgences de l'hôpital de proximité, puis il fut hospitalisé en soins intensifs d'hématologie. Pour les médecins de l'hôpital qui conviennent que le diagnostic n'était pas facile à poser, la temporalité de la prise en charge sanitaire en prison leur pose tout de même question. Mais pour l'un des médecins qui l'avait rencontré régulièrement en prison, aucun signe ne permettait de prévoir qu'il était atteint d'une grave leucémie : « Pour nous d'un point de vue somatique, une fois il avait mal aux dents, il a été vu une fois parce qu'il voulait arrêter de fumer, une autre fois il avait une infection à l'œil. Moi je l'ai vu une fois parce qu'il avait des douleurs musculaires. » (Médecin de Mohamed en unité sanitaire).

Le discours du malade et de son médecin se contredisent. Mohamed insiste sur le temps d'attente en prison et son manque de reconnaissance en tant que malade alors que le médecin rappelle que rien ne laissait présager une telle pathologie. Si l'on suit l'analyse proposée au regard des portes (chapitre 5), on comprend que Mohamed n'accédait pas au statut de patient, il était perçu comme un détenu ou comme un déviant, un anormal par les différents mondes. On peut se demander dans quelle mesure cet « étiquetage » au sens développé par Howard S. Becker a pu jouer dans ses possibilités d'accéder aux soins (1963). Décrit comme quelqu'un « d'impressionnant », Mohamed est caractérisé par ses « 17 ans de prison » par les professionnels de santé en prison (ce qui n'est pas du tout exact au regard de son dossier judiciaire) et par une longue hospitalisation en unité pour malades difficiles. Les soignants évoquent son trait de personnalité « psychopathique » et le qualifie tantôt de « parano », « psychotique », de personnage « dangereux » ou « difficile ». Quand je rencontre Mohamed, il est hospitalisé en unité de soins palliatifs. Avant d'entrer dans la chambre, le médecin me prévient de la carrure impressionnante de cet homme (1m90) qui est néanmoins très amaigri et affaibli par sa maladie. Après nous avoir présentés, le médecin reste quelques minutes derrière la porte entrouverte puis la referme. Au cours de notre rencontre, Mohamed reconnaît avoir eu des moments très difficiles en prison, des « passages » où il était devenu parano, qu'il associe notamment aux relations difficiles avec les différents professionnels et à son exclusion physique des espaces médicaux. Parallèlement, Mohamed décrit les bleus qui se formaient sur son corps qui soulignaient selon lui la présence d'une grave maladie. Le sentiment d'abandon

ressenti par cet homme est aussi lié à son cheminement face à la maladie grave et face à la mort qui entraîne souvent une « solitude existentielle » chez les malades qu'ils soient enfermés ou en liberté (Pouchelle, 2003). Face à ces inquiétudes, les soignants estimaient que Mohamed était toujours en train de se plaindre. De fait, c'est l'authenticité de sa demande de soin et de ses troubles qui est questionnée par le corps médical comme nous l'avons vu aussi à partir des histoires de Bernard et de Marcel. On voit que la prise en compte du ressenti et des intuitions du malade n'est pas qu'une affaire d'humanité. Les soignants et les soignés sont pris dans des logiques parfois antinomiques et souvent malgré eux. Cependant, en prison, contrairement à la vie « libre », choisir son médecin ou son soignant n'est pas possible au regard de l'organisation hospitalière mise en place. Parfois, la mauvaise entente entre le professionnel de santé et le malade aura des répercussions sur l'accès aux soins de manière générale comme Mohamed l'explique : « Les surveillants ils voulaient m'emmener à l'infirmerie. Le psychiatre, il dirige la prison. Le psychiatre je ne m'entendais pas avec lui. Ce qui fait que les médecins ils étaient solidaires avec les psychiatres. ».

Émir souligne également ses multiples plaintes à l'égard des professionnels de santé qui ne semblent pas avoir été entendues : « Je me suis plaint pendant trois mois ici ! J'ai vu des docteurs, "Oh ! Ce n'est rien !" On m'a dit "c'est peut-être une appendicite", mais j'ai, pendant trois mois j'ai eu des douleurs. Alors on me faisait, pendant une semaine on me faisait des piqûres de Spasfon, ça me soulageait pas. Un jour j'ai pris la crise ici ! On m'a emmené en urgence à l'hôpital de T. [Ville]. Et à l'hôpital de T. [Ville] on m'a annoncé que j'avais un cancer ! Subitement d'urgence on m'a pris... Et on m'a opéré. » (Émir). De nombreux malades rencontrés évoquent dans leur parcours de soin, une dégradation de leur état de santé sur plusieurs mois, ce qui aboutit à une situation d'urgence sur le plan médical. Cependant, cela ne concerne pas uniquement le milieu carcéral, les personnes détenues sont souvent issues des segments les plus pauvres de la population qui consultent en général assez tardivement et notamment en urgence (Bihr et Pfefferkorn, 2008). Par ailleurs, la prison permet aussi à cette population défavorisée d'accéder aux soins comme nous l'avons souligné en introduction. Comme le rappelle une infirmière : « Les détenus sont parfois mieux lotis que la population générale par rapport aux consultations ophtalmo et au rendez-vous auprès du dentiste. ». Ceci étant, la durée en milieu contraint, se forme de périodes d'attentes multiples qui tendent finalement à retarder plutôt qu'à accélérer l'accès aux soins. À cela s'ajoute leur impossibilité de choisir leur médecin. Ces éléments viennent contrarier la relation

thérapeutique comme l'histoire de Mohamed le prouve. On comprend bien que la relation de confiance avec les professionnels de la santé est difficile à mettre en place. Pour Miguel, Mohamed, Bernard, Pierre, Sylvie et les autres personnes détenues malades rencontrées, cette relation était caractérisée par des doutes quant à la prise en charge de leur maladie puisque tous se plaignaient de ne pas avoir été entendus lorsqu'ils énonçaient leurs problèmes de santé, et particulièrement leurs douleurs. Pourtant, leurs révoltes ont rarement éclaté au grand jour, à l'exception de Sylvie qui a sollicité le contrôleur des lieux de privation de liberté au moment où son équipe enquêtait dans la maison d'arrêt où elle était incarcérée, les difficultés des autres détenus rencontrés n'ont pas été relayées à ma connaissance.

D'ailleurs, le sentiment d'attente d'un diagnostic et la sensation d'une « prise en charge tardive » que décrivent de nombreux malades posent question, notamment car le délai n'est pas forcément plus long qu'à l'extérieur de la prison. Cependant, au regard des inquiétudes du malade et de l'incertitude quant à la date de consultation auprès du médecin, cette attente peut sembler longue, révélant sans doute la peur de ce qui allait leur être annoncé et amenant avec elle la question de la mort. Dans ces conditions, la durée estimée par le malade excède sans doute la durée réelle. Même quelques mois après, lors de notre rencontre, cette durée ne semble pas s'être rétrécie, ce qui représente le signe du traumatisme lié à l'annonce d'une maladie grave et aux douleurs associées à leur état. Si la prise en charge « tardive » apparaît comme un facteur d'explication dans la difficulté à établir une relation thérapeutique, l'attente de l'introduction d'un traitement antalgique est aussi une source de questionnements à l'encontre des médecins ce qui vient à nouveau questionner leurs compétences professionnelles.

6.1.2 L'attente dans la douleur

Avant d'être soignés, les détenus gravement malades que j'ai rencontrés décrivent une période plus ou moins longue en prison où ils se souviennent de fortes douleurs. Par exemple, Marcel, un homme détenu rencontré dit : « Moi je ne tenais plus tellement j'avais des douleurs. ». Bernard aussi raconte : « J'ai souffert, j'avais mal partout, quand je n'avais pas de médicaments j'ai souffert. ». Tous les malades rencontrés ont fait part de leur douleur physique qui n'était pas toujours soulagée ou traitée de façon efficace. Ils estiment que les

traitements antalgiques proposés (du « Doliprane » ou du « Spasfon » comme l'évoquait Émir juste avant) n'ont pas calmé leurs douleurs. Parallèlement, les médecins déclarent être réticents à mettre en place des traitements à base de morphine en prison. À partir des inquiétudes évoquées par les professionnels de la santé lors de la prescription de certains traitements, on comprend mieux les difficultés à accéder à un traitement antalgique. Ils trouvent parfois des stratagèmes pour éviter les utilisations détournées des médicaments morphiniques. Dans une maison d'arrêt, un protocole a été posé par les professionnels de santé pour prescrire des patchs afin de traiter des douleurs qui nécessitent un médicament à base de morphine (palier 3, opioïdes) : « Et bien le bémol en fait de l'incarcération c'est la morphine en gélule. Mais on l'utilise en patch, [...] Et donc on augmente les doses s'il me semble, je l'ai vu la dernière fois, on avait augmenté le patch [...] parce qu'on essaie d'éviter les gélules de morphine et leur trafic... L'intérêt c'est qu'elle ne peut pas en faire une autre, une autre utilisation que celle qu'on avait décidé. » (Médecin de Sylvie).

Ce médecin montre l'importance de contrôler l'utilisation des traitements et une infirmière du service précise : « c'est un problème... de trafic et de mauvaises observances, là, c'est-à-dire que le patch il n'y a pas de souci ». Selon, les soignants, cela ne pose pas de problème pour traiter les syndromes douloureux de Sylvie. Pourtant, cette dernière a encore mal, en milieu hospitalier elle aurait sans doute accédé à un traitement par voie intra veineuse. Sylvie ne partage pas réellement le point de vue du monde du soin :

J'arrive ici au bout de trois mois j'ai de plus en plus mal, je suis sous morphine, sous Doliprane, mon dos me fait super mal la nuit c'est une horreur, je suis réveillée par des douleurs là (montre les coudes), les genoux, j'avais lu sur internet que le cancer des os c'était la nuit qu'il était douloureux moi j'ai un matelas à la maison, j'avais un matelas hyper confort, ici c'est des matelas c'est une horreur, je suis réveillée toute la nuit, parce que j'ai mal là, parce que j'ai mal là de toute façon je sens que mes mains me brûlent, ça uniquement la nuit, je pense que c'est quand la circulation, quand je suis allongée j'ai la main droite en feu, des fourmillements c'est comparable à une brûlure. (Sylvie)

De fait, ses douleurs n'ont pas disparues, elles rythment les longues nuits de Sylvie. Comme nous l'avons déjà évoqué, les soignants se méfient de l'usage des traitements antalgiques car

ils sont confrontés à des trafics divers, notamment par les personnes détenues toxicomanes qui représentent une grande partie de la population carcérale (cf page 35). D'après Miguel, le trafic de médicaments est une activité répandue en prison : « On va dire que quand j'ai besoin de somnifère on me les donne à la demande. Et bon ce n'est pas les médicaments qui manquent en prison, si j'ai besoin d'un somnifère je vais taper à la porte à côté on me dépannera un somnifère oui ». Selon Fabrice Fernandez, les médecins se méfient de certaines catégories de traitement (traitement de substitution) car parfois : « certains tox s'en remettent à des actions désespérées, ainsi l'institution médicale malgré elle peut entraîner le détenu vers un détournement, de la manipulation vis-à-vis du monde du soin et du marché noir » (Fernandez, 2004 : 210). Les médecins réajustent donc leurs pratiques au regard des risques liés à une population avec qui la confiance n'est pas à la base de la relation.

L'attente d'un traitement qui apaise les douleurs peut sembler longue même si elle correspond à plusieurs jours, une semaine ou plusieurs mois parfois. Pierre est resté alité une semaine et demie, bloqué par ses douleurs au dos avant de pouvoir consulter l'équipe médicale de la prison : « Ça faisait un moment que je travaillais là-bas aux ateliers, et je me plaignais d'avoir mal au dos... Et les mois ont passé et ça s'est aggravé... Le seul reproche que j'ai à leur faire, c'est d'avoir attendu une semaine, une semaine et demie [où il était allongé sans pouvoir bouger du fait de la douleur] comme ça comme un... Je ne dirais pas comme une bête mais pas loin ! » (Pierre). La comparaison opérée par Pierre avec une « bête » s'oppose à la possibilité d'être considéré comme un être humain et montre de quelle façon son rapport à l'humanité est modifié (Bessin et Lechien, 2000). Sylvie aussi a la sensation de ne pas être reconnue en tant qu'être humain. Elle a la crainte de ne pas accéder aux traitements proposés habituellement aux autres malades atteints de sa pathologie. Pour finir, elle se demande si elle n'est pas un cobaye pour la médecine : « J'en suis presque à me demander si on en n'est pas encore à tester des médicaments sur les détenus... [Pleure] J'ai du mal... ... ». L'extrait d'entretien réalisé avec Sylvie souligne les inquiétudes que les personnes gravement malades peuvent ressentir en prison et la violence qu'ils ressentent face à cette crainte de ne pas accéder aux traitements « normaux ». De plus, Sylvie est agitée souvent la nuit car elle est réveillée par des sensations de chaleur dans son corps et des douleurs qu'elle compare à des décharges électriques. La situation de Sylvie rappelle que la maladie est présente de jour comme de nuit alors que l'accès aux soins est proposé de manière discontinue en prison (horaires de jour et jours ouvrés). L'absence de continuité des soins, et l'impossibilité de

rencontrer un professionnel de santé la nuit ou sur les temps de week-end montrent les limites du dispositif sanitaire en prison. En d'autres termes, l'organisation des soins telle qu'elle a été pensée pour une population jeune et relativement autonome apparaît limitée dans ces situations.

Ce sentiment de ne pas être un « patient » légitime agit dans la relation thérapeutique. La plupart des personnes détenues rencontrées en entretien ont une représentation négative de la médecine en milieu carcéral et des médecins en prison. Un questionnement vis-à-vis des compétences des médecins exerçant en prison est souvent présent dans les discours des détenus comme si leur illégitimité à être considérés comme des « patients » entraînait en miroir un sentiment d'illégitimité du travail des médecins. Ce qui rend difficile la mise en place d'une relation de confiance comme le souligne Émir : « Il y a beaucoup de charlatans comme docteur en prison... Comment vous voulez que j'aie confiance aux médecins d'ici qui m'ont laissé plusieurs mois avec la douleur au foie sans pouvoir diagnostiquer quoique ce soit. Qu'on me fasse des piqûres de Spasfon tous les jours sans aucun résultat ! Après vous savez là dernièrement j'ai été soigné pour la grippe alors que j'avais la légionellose... » (Émir)

Dans ce contexte, les compétences des médecins exerçant en prison sont remises en question par les personnes détenues au moment des différentes étapes de la trajectoire de soin (symptômes, diagnostic, thérapeutiques). Rappelez-vous, Sylvie parlait aussi de « médecine de seconde zone » lors de notre entretien. Cette « méfiance réciproque » entre les personnes détenues et les professionnels de santé influence la relation entre le médecin et son patient-détenu (Milly, 2000). Si les études de Sylvie Fainzang ont montré que la consultation était avant tout un lieu de mensonges réciproques, la confiance est avancée comme un facteur important dans la prise en charge (2006). En effet, la relation entre un médecin et son patient telle qu'elle est présentée à travers la déontologie médicale se fonde sur la confiance mutuelle : confiance du patient dans les « savoirs » du médecin, confiance du médecin dans les « dires » de son patient. Cependant dans la relation patient-détenu / soignant il semble que personne ne fasse confiance à l'autre : le patient ayant le sentiment d'avoir une médecine différente de celle pratiquée à l'extérieur de la prison et le médecin redoutant les détournements de l'usage médical du médicament. Cela pose la question de la reconnaissance de la parole du patient et du déploiement d'un contrôle de la part du médecin. Par conséquent le malade peut difficilement accéder, dans ces circonstances, à un statut de patient. Ainsi,

malgré l'introduction d'un dispositif de soin basé sur le principe d'indépendance des professionnels de santé à l'égard de l'administration pénitentiaire et sur un principe d'égalité des chances dans l'accès aux soins des personnes détenues, le monde du soin est en quelque sorte enfermé et parfois contaminé par le monde de la peine.

6.1.3 Un monde « hostile »

Au-delà de leur difficulté à accéder aux services médicaux d'une part et à un statut de patient d'autre part, c'est dans les difficultés de la vie quotidienne et l'aménagement de l'espace de la cellule que l'on peut mesurer les contraintes vécues par les détenus malades. Les conditions de vie sont difficiles en prison, en particulier pour des personnes gravement malades : « Ce n'est pas un, un endroit pour recevoir un malade qui a, qui vient de faire une greffe, parce qu'il faut le minimum de poussière ! Pas de bactéries ! Rien. Que le contraire de X. [CD], il y a des cafards, des blattes, de la poussière, et il y a de la peinture qui tombe des plafonds, tout est, il y a l'humidité... » (Miguel, 64 ans, détenu depuis 7 ans et demi, longues hospitalisations en UHSI). En opposition avec le monde perçu comme propre, aseptisé et confortable de l'hôpital, la prison apparaît comme le lieu du « sale » et de l'inconfort. Kevin parle aussi de cette « saleté », « Il n'y a pas d'hygiène là-dedans ! » dit-il, voilà pourquoi il ne souhaite pas retourner en prison alors qu'il est en UHSI. Cependant, la durée d'hospitalisation est souvent ponctuée par des allers retours entre la prison et l'hôpital puisque l'UHSI est définie comme une unité de « court séjour ». Lors de leur retour en cellule, les détenus malades soulignent les aléas de leur quotidien. La prison est décrite comme un lieu où l'accès au confort est laborieux. Sylvie, par exemple avait fait une demande pour changer de matelas. Selon elle, l'état sommaire de la literie renforçait ses douleurs. Malgré sa requête, il fut impossible d'obtenir un autre matelas ni même d'en acheter un par ses propres moyens. Un autre détenu, Pierre, également atteint de métastases osseuses exprimait son souhait d'avoir un autre lit. Bernard, quant à lui regrettait les oreillers de l'hôpital, car celui de la prison lui provoquait des douleurs aux cervicales qui s'estompaient lors de ses hospitalisations. Jean-Michel quant à lui a attendu plusieurs mois avant d'obtenir un lit médicalisé et tout le matériel nécessaire pour traiter son insuffisance respiratoire.

Obtenir ces équipements est souvent décrit comme une procédure complexe par les professionnels de la santé étant donné qu'il s'agit d'introduire du matériel venant de l'extérieur de la prison à l'intérieur d'une cellule⁵⁰. Ainsi, les médecins n'ont pas forcément de pouvoir sur ces éléments qui conditionnent toutefois le bien-être des détenus malades et vieillissants malgré le fait qu'ils prescrivent des ordonnances pour du matériel. La valeur de l'ordonnance en prison se différencie de celle attribuée à l'extérieur de la prison. On le voit aussi par rapport aux régimes alimentaires, les certificats médicaux rédigés par les médecins ne sont pas toujours respectés. Michel a des difficultés de déglutition suite à une radiothérapie et n'arrive pas à obtenir des repas mixés et variés malgré l'ordonnance du médecin. Michel conclut en disant : « ça doit faire quatre ans que je mange de la purée en permanence midi et soir » qu'il se prépare lui-même⁵¹. Un autre homme détenu ayant un régime spécifique dit : « ça ne suit pas en cuisine » et « on mange mal »⁵², ce qui impose de « cantiner »⁵³ pour acheter sa propre nourriture. Ce qui inquiète le plus Bernard au moment où je le rencontre, c'est le fait qu'il n'y ait pas d'interphone dans les cellules. Pour lui, le manque d'interphone c'est-à-dire l'impossibilité d'alerter quelqu'un rapidement en cas de problème restait incompréhensible. Surtout la nuit, Bernard avait peur de mourir seul dans sa cellule. A son retour de l'hôpital, les surveillants ont augmenté leur nombre de ronde la nuit. Bernard sait qu'ils passent la nuit, toutes les heures l'un d'entre eux pose son regard par l'œilleton, alors qu'avant ils ne passaient qu'une fois dans la nuit. Malgré ces passages fréquents, sa hantise de mourir en prison ne s'estompe pas. En prison, des rumeurs circulent sur la mort, il y aurait des quartiers spécifiques un peu comme des « mouiroirs » selon Miguel qui m'explique qu'un quartier spécifique de la prison servirait de mouiroir : « Pendant les années de prison, plus ou moins, il y en a déjà qui sont plus costauds que d'autres et... Il y en a beaucoup qui partent !

⁵⁰ Dans certains établissements pénitentiaires, certains appareillages sont tout simplement interdits par la direction, ce qui est en particulier le cas de l'oxygène, parfois les béquilles (qui pourraient avoir un usage d'arme). Dans d'autres prisons, l'absence de cellule adaptée pour « handicapé » ou leur nombre restreint empêche la mise en place d'un lit médicalisé dans une cellule « classique ».

⁵¹ Ceci étant ces arrangements sont possibles en établissement pour peines où les détenus disposent souvent de plaques électriques en cellule. En maison d'arrêt, il est impossible de chauffer un repas dans la cellule. Soulignons que cette impossibilité légale est contournée par nombres de détenus qui « fabriquent » des réchauds de fortunes sommaires permettant difficilement de cuisiner et qui plus est dangereux.

⁵² Les difficultés liées au mode d'alimentation ne sont pas propres au milieu carcéral puisque les patients à l'hôpital peuvent avoir un même discours et également présenter une perte de poids. Toutefois, les difficultés pour obtenir des régimes adaptés semblent plus spécifiques au milieu carcéral.

⁵³ Dans les prisons françaises, la cantine désigne la possibilité pour un détenu d'acheter des produits de la vie courante tels que de la nourriture, des cigarettes, des timbres et des enveloppes pour écrire, des produits d'hygiène ou d'entretien, des journaux, etc. Les produits de cantine doivent être distingués des services fournis gratuitement par l'administration pénitentiaire. Par exemple : si le détenu peut cantiner de la nourriture, ces produits de cantine viennent en supplément des repas qui lui sont quotidiennement fournis par la prison.

Qui ne sortent pas ! Qui sortent avec les pieds devant ! Il y a beaucoup de malades à X. [CD] qui sortent, qui, qui, qui meurent à, qui décèdent à X. [CD] ! De toute façon il y a un bâtiment, il y a un bâtiment euh, que les gens qui arrivent à un certain niveau de santé ils les mettent dans ce bâtiment-là. C'est-à-dire ils n'en ont pas pour longtemps à vivre... Moi je les vois... ». Ces attitudes de méfiance retrouvées chez d'autres détenus renforcent l'idée que l'imaginaire de la mort en prison produit des « rumeurs » qui entretiennent « l'imaginaire de la violence carcérale » (Chauvenet, Rostaing, Orlic, 2008 : 13). De fait, ces rumeurs se forment dans un monde où les détenus ne maîtrisent ni l'espace ni le temps. Ainsi, être dépossédé en grande partie de ses possibilités de mouvement et de la gestion de son temps, donne naissance à des hantises, notamment en lien avec les idées de contagion et de mort. Ce qui rejoint l'association entre l'espace de la prison et le fait de développer une maladie, idée développée par de nombreux détenus rencontrés. Sylvie désigne la prison comme un lieu « iatrogène ».

Pour la plupart des personnes détenues gravement malades, la prison n'est pas un lieu « adapté » par rapport au besoin d'intimité, au besoin d'hygiène, au besoin de se nourrir, de se mouvoir ou encore de se reposer. L'architecture carcérale, le rythme de la vie quotidienne (travail, promenade) et les conditions de vie de la prison ont été pensés pour une population jeune et relativement autonome. Ainsi, l'organisation du travail de surveillance mais aussi celle des soins apparaissent limitées pour une population vieillissante, dépendante et malade. Cependant, des adaptations permettent de transformer la cellule qui pour un temps donné prend l'allure d'une chambre. L'espace de la cellule se modifie au fil des contraintes imposées par l'état de santé et des besoins en équipements médicaux des détenus malades et parfois dépendants. Ainsi, peuvent être introduits des objets propres au monde du soin dans la prison tels que des lits médicalisés, des fauteuils roulants, des adaptables.

6.2 La transformation des lieux

6.2.1 Entrées dans les cellules

Lorsque les détenus perdent en partie leur autonomie, notamment lorsqu'ils ont des difficultés à se déplacer, le personnel de l'unité sanitaire consulte dans la cellule. Cet espace est plus qu'un simple lieu d'exécution de peine, elle devient le lieu des soins, elle devient le lieu de la souffrance, de l'immobilisation parfois même celui de l'urgence médicale. Il est important de rappeler que les soignants rencontrés définissent et situent leur travail en prison dans l'espace de l'UCSA, notamment en salle de soin (à l'exception de la distribution des traitements) car leur mission n'étant pas d'aller à la rencontre des malades en dehors de cette unité mais plutôt de les recevoir en salle de soin, puis de les orienter auprès des services et des professionnels compétents.

Louis est âgé de 68 ans, il est alité. Il ne peut pas se déplacer et nécessite une surveillance médicale particulière que l'équipe de l'UCSA n'a pas l'habitude d'effectuer. A tel point qu'obtenir le matériel médical nécessaire fut selon le médecin « un parcours du combattant » ce qui a beaucoup inquiété son « patient ». Aussi, les professionnels de la santé mettent en place une surveillance médicale spécifique par rapport à cette population fragile : « Les soins locaux c'est les changements de poche, s'inquiéter que ça ne s'infecte pas, s'inquiéter qu'il ne fasse pas d'escarre parce qu'il ne bouge pas beaucoup, enfin s'inquiéter pour toutes les pathologies inhérentes à quelqu'un qui ne bouge pas beaucoup. C'est une personne âgée Mr X, c'est quelqu'un qui est isolé, qui est enfermé entre quatre murs, parce qu'il ne sort pas en promenade, il ne peut pas se déplacer. » (Médecin parlant de Louis, 68 ans).

Du point de vue du médecin, l'enfermement n'est plus lié à son statut de détenu mais à son statut de malade et à son vieillissement. Les personnes détenues qui sont limitées dans leurs déplacements sont très isolées. Comme nous le comprenons à partir de cette situation, certains détenus n'ont pas de possibilité de sortir de leur cellule et ne rencontrent que ceux qui viennent à eux. Certains sont d'autant plus isolés quand ils n'ont aucune visite. Louis ne reçoit pas de visite, il dit qu'il n'a personne. D'ailleurs, il imagine que la prison sera son dernier lieu de vie. Outre la présence régulière des soignants et du médecin, un système d'aide a été mis

en place avec le passage d'auxiliaires de vie dans sa cellule chaque jour. Quand la perte d'autonomie est trop importante plusieurs ajustements de l'organisation sont possibles à l'aide de personnes situées à l'intérieur de la prison (détenus et soignants) ou grâce à des auxiliaires de vie venant de l'extérieur⁵⁴. Souvent, dans un premier temps d'autres détenus sont sollicités, soit des codétenus qui partagent la même cellule soit d'autres détenus comme l'auxiliaire pénitentiaire nommé « auxi »⁵⁵. Ainsi, l'administration pénitentiaire ajuste son organisation au regard des difficultés et des limites du fonctionnement carcéral. Parfois le directeur de la prison sollicite des détenus « volontaires » pour venir en aide à un détenu malade⁵⁶. Par exemple Sylvie a bénéficié de l'aide de ces codétenues pour les actes de la vie quotidienne :

Le directeur avait demandé donc à des prévenues si elles étaient d'accord de s'occuper de moi, et parce que on, la cellule on est par deux, c'est des lits en métal superposés, donc même n'imaginez pas, d'après ce qu'on lui avait dit, que je puisse, je n'aurais pas pu même me mettre sur le lit d'en bas, donc il avait fait mettre par terre trois matelas superposés, et les deux prévenues étaient d'accord de vider mon bassin. Donc je suis revenue des urgences sur ces trois matelas, avec un bassin et des prévenues qui doivent vider mon bassin. [...] Par contre moi je ne pouvais pas, ça me bloquait, moi je ne pouvais pas faire dans un bassin avec E. (codétenue). Donc elle m'a vidé le bassin deux fois, mais j'étais constipé pendant presque huit jours ! (Sylvie)

Sylvie était mal à l'aise qu'une autre détenue l'accompagne dans des actes de la vie intime. Ainsi, la construction d'un système d'aidant à l'intérieur de la cellule modifie les relations entre ses habitants qui bien souvent se connaissent très peu en maison d'arrêt. Cette situation donne une forme de pouvoir aux « aidants » qui accèdent à une part de la vie intime de la personne et visualise le corps du malade. L'espace de l'intime, du privé est alors franchit ce qui peut entraîner des formes de domination et de soumission entre ces femmes qui partagent un espace de 9m² pendant 22 heures chaque jour. Cette situation est oppressante pour Sylvie

⁵⁴ Parfois, une convention signée entre la prison et une association permet d'organiser une aide pour les activités de la vie quotidienne (aide à la toilette) avec des auxiliaires de vie. Mais ce genre de convention se heurte aux difficultés inhérentes au milieu de l'enfermement. En effet, des établissements signalaient ne pas avoir d'aide à domicile malgré la convention car les personnels sont payés au temps d'intervention auprès du patient et que les temps d'attente devant les portes pour accéder au patient ne sont pas rémunérés (alors qu'ils peuvent facilement cumuler trente minutes par passage auprès du patient). Les auxiliaires ont obtenu une dérogation de la part de l'administration pénitentiaire pour venir le week-end.

⁵⁵ L'auxiliaire appelé communément « auxi » est un détenu qui travaille au service de l'administration pénitentiaire. Il est rémunéré et peut bénéficier de certains avantages (porte de la cellule ouverte en journée).

⁵⁶ Cette stratégie est souvent utilisée pour les personnes détenues « suicidaires », mais aussi pour les détenus malades ou vieillissants en perte d'autonomie.

car elle entrave sa reconnaissance en tant que personne et ses droits à bénéficier de soins. Suite à ses demandes répétées, elle obtient deux semaines plus tard une cellule individuelle. Ce changement produit de nouvelles relations avec les soignants de la maison d'arrêt qui organisent leurs passages à l'intérieur de la cellule alors qu'elles n'apportaient pas d'aide à Sylvie quand elle partageait son espace avec deux autres femmes. Généralement, les personnes les plus dépendantes d'un point de vue physique que j'ai rencontrées étaient en cellule individuelle et dans ces conditions, les soignants franchissaient plus facilement le seuil. Parfois des professionnels de l'extérieur y entrent pour aider les détenus en perte d'autonomie comme pour Louis (aide à la toilette principalement). La cellule prend sans doute une autre fonction quand elle est individuelle. En effet, être plusieurs dans un espace, limite les possibilités de s'approprier l'espace et de déployer des interactions mais aussi de conserver le secret médical.

Jean-Michel a été installé dans une cellule réservée aux personnes handicapées. À l'intérieur de cet espace plus spacieux qu'une cellule classique se trouvent : un lit médical, un fauteuil roulant replié et un adaptable (une petite table sur roulettes pour se rapprocher au plus près du patient quand il est alité) sur lequel est posé un verre avec une paille. Jean-Michel est seul, il a refusé la présence d'un autre détenu malgré la demande du directeur de la prison qui souhaitait placer un autre détenu afin d'assurer une présence continue auprès de lui. Cet homme de 80 ans est constamment alité. Dans sa cellule, Jean-Michel n'a pas exposé d'objet personnel, ni photo, ni souvenir. Une petite étagère clouée au mur expose du matériel médical, lunettes à oxygène pour traiter son insuffisance respiratoire, masque et machine pour ses apnées du sommeil. Les infirmières passent tous les jours déposer ses traitements et une fois par semaine, en général le mercredi, pour vérifier son matériel et prendre sa saturation (taux d'oxygène dans le sang). Selon elles, Jean-Michel ne met pas suffisamment ses appareils en journée ni son masque la nuit. Bien qu'il ne soit pas très « observant » vis-à-vis de son traitement, les infirmières ont espacé leurs déplacements et réduit la durée de leurs visites depuis que des auxiliaires de vie viennent tous les jours.

La description de sa cellule ressemble étrangement à l'espace formé par une chambre d'hôpital ou plutôt à la chambre d'un EHPAD. Une chambre, « c'est une pièce dans laquelle il y a un lit » (Pérec, 1974 : 41), celle de Jean-Michel prend d'autres fonctions que celle du repos, elle est remplie d'objets : un adaptable, un lit médicalisé, un matelas anti-escarre, une

potence, une bouteille d'oxygène, un fauteuil roulant adapté à sa taille et son poids, des protections et des alaises. Selon son médecin, obtenir ces équipements et le matériel pour traiter son insuffisance respiratoire a été chronophage. C'est une procédure complexe étant donné qu'il s'agit d'introduire du matériel venant de l'extérieur de la prison à l'intérieur d'une cellule sans oublier que l'architecture des anciens bâtis de la prison n'est pas toujours adaptée pour accueillir ce mobilier qui conditionne pourtant le bien-être et parfois la sécurité des détenus malades et vieillissants. Avant d'avoir pu obtenir un lit médicalisé avec des barrières, Jean-Michel chutait régulièrement, ce qui était un problème pour les surveillants qui faisaient appel aux pompiers (qui venaient de l'extérieur et devaient rentrer en prison) pour l'installer dans son lit, estimant qu'ils n'étaient pas formés ni habilités à faire ces gestes. Ceci étant, les surveillants restent vigilants, notamment la nuit où ils effectuent une ronde supplémentaire (deux au lieu de une). Un surveillant gradé me décrit la scène : « Un surveillant regarde par l'œilleton, il s'assure que le détenu est présent et vivant dans sa cellule [...] on n'est pas des croque-morts ! » ajoute -t-il. Si un problème survenait la nuit, confie ce gradé, Jean-Michel n'aurait pas de moyen pour prévenir les surveillants, car il n'a pas de « bouton d'alerte ».

Toute la journée, la prison vit au rythme des bruits de portes qui accompagnent les mouvements des détenus qui partent pour : l'infirmerie, l'atelier, la promenade, le sport, les parloirs, l'école. Pendant toute cette agitation, Jean-Michel n'a pas bougé de sa cellule ni même de son lit, de jour comme de nuit, il reste au même endroit. Quelques passages animent sa journée : ceux des surveillants - ceux de l'auxiliaire de vie - celui de l'infirmière qui dépose son traitement - et ceux des détenus. Grâce à sa porte ouverte en journée, il maintient une forme de maillage social. De son lit, il interpelle les détenus qui passent dans le couloir pour « cantiner » d'autres produits que ceux proposés lors des repas : « du coca, des gâteaux » en échange d'argent selon l'infirmière, ce qui est possible car ce détenu a une « bonne retraite ».

Le fait de ne plus pouvoir se déplacer limite toutefois ses interactions sociales bien qu'il déploie des stratégies pour amoindrir les pertes liées à son immobilisation. Au cours de toutes ses années passées en prison (14 années), il a vieilli et son mode de vie est désormais en décalage avec le rythme de la vie en prison donné en grande partie par les activités et le travail, auxquels il ne peut plus participer. Son état sanitaire a entraîné un assouplissement des contraintes du monde de la prison en termes d'espace et de temps. Autrement dit, l'ordre carcéral a été bousculé, notamment par le passage des infirmières dans sa cellule une fois par semaine et les passages quotidiens des auxiliaires de vie qui apportent une aide pour les soins

de nursing (toilette et change). En effet, l'établissement qui était habituellement fermé aux personnes extérieures le samedi et le dimanche en fin d'après-midi a dû déroger à ses habitudes afin que les auxiliaires de vie puissent entrer en détention sur ces temps-là. L'unité sanitaire a négocié avec la direction de l'établissement pénitentiaire mais aussi auprès du service d'aide à domicile la mise en place d'auxiliaires de vie dans la cadre d'une convention, puis des passages supplémentaires en week-end. Si le passage de ces auxiliaires de vie et les horaires de journée du personnel paramédical ne permettent pas d'assurer une continuité dans les soins, elles sont toutefois bien perçues par les personnels de surveillance qui voient dans ce travail un partage « du sale boulot » (Hughes, 1996) :

L'odeur, ça repoussait les agents, c'était vraiment infecte ! ... Donc la contribution des auxiliaires de vie le matin et le soir, pour nous c'était énorme. Et même je trouvais ces auxiliaires de vie étaient vraiment, elles étaient courageuses. Toutes des femmes très, très courageuses. C'est un travail parfait et indispensable.

Et après au niveau des repas c'était l'auxiliaire donc ça c'est un détenu qui distribue les repas, il mettait son repas dans le plateau et jusqu'à même le rapprocher dans son lit pour qu'il puisse, il mettait tout à proximité de façon que X. puisse les prendre quand y'en avait besoin quand il avait faim. (Premier surveillant en centre de détention, parlant d'une personne impotente qui ne peut pas prendre de douche, Jean-Michel)

Du point de vue des surveillants, ces passages féminins adoucissent le monde masculin de la prison et, par l'apport de soins d'hygiène, privilégient le maintien du calme car « l'odeur » suscitait de nombreuses plaintes de la part des professionnels de surveillance et des détenus situés à proximité. Si l'odeur semble être à l'origine de la mise en place d'aide extérieure, il faut lire en filigrane la peur de la contagion pour les autres détenus et les personnels. Même si l'intervention des aidantes permet de diminuer les tensions, les personnels de surveillance soulignent leur insatisfaction à accueillir une personne très dépendante qui selon eux relèverait d'une prise en charge sanitaire. De même, les professionnels de santé s'accordent à dire que la prison n'est pas un lieu adapté pour accueillir les détenus vieillissants et dépendants. Ceci dit, les personnes qui viennent au plus près de son corps immobilisé, sont principalement les personnes les moins qualifiées, situées au plus bas de l'échelle hiérarchique (auxiliaires de vie et détenus).

Si son médecin rappelle que la prison n'est ni un hôpital ni une maison de retraite, cet homme a tout de même l'allure d'une personne âgée malade. Voici les mots du médecin qui va à sa

rencontre une fois par mois : « Chaque fois que je suis allé dans sa cellule, il n'était pas habillé, il avait juste sa couche et vaguement le drap sur lui mais il aime bien se montrer dénudé quand même ! ». Comme la chambre de l'hôpital qui protège des corps souffrants et dévêtus, la cellule abrite un corps nu et affaibli. Rappelons l'impossibilité pour cet homme du fait de son état de santé de sortir de son lit (d'où le système d'auxiliaire de vie) et son incapacité à s'habiller seul, ce qui explique que sans aide il reste nu. D'ailleurs, c'est bien grâce à ce corps que Jean-Michel peut convoquer les professionnels de santé, c'est à partir de ce corps impuissant qu'il peut développer une forme de pouvoir (Mallon, 2004). Incarcéré pour une affaire de mœurs, il m'explique qu'il a été un peu « salaud » avec sa fille qu'il trouvait « très belle ». Il semble que la nudité de ce détenu renvoie à ses crimes, ce qui pose une frontière entre les soignants et le soigné et rend difficile la mise en place d'une relation thérapeutique. Cette situation suscite de nombreuses réactions qui sont le reflet des émotions ressenties par les différents professionnels qui le qualifient souvent de « pervers ». Une infirmière en salle de soin expose sa perception : « il a des paroles, des gestes, une attitude dominatrice vis-à-vis des femmes ». Une de ses collègues avoue sans malaise éviter de rentrer en communication avec lui et s'en tenir aux actes techniques à réaliser. Toutefois, leurs émotions ont été chassées par de multiples stratégies ce qui endigue la possibilité de le reconnaître pleinement comme une personne dépendante et vieillissante. Ainsi, les passages et le travail des auxiliaires de vie, leur donnent finalement un prétexte car en déléguant cette activité à d'autres, ils évitent une trop grande proximité avec le corps de Jean-Michel. Dans cette perspective, les difficultés à lui attribuer des qualités morales contribuent au maintien de son identité de criminel quel que soit son état de santé, aux yeux de tous.

Ainsi, au-delà de l'aspect « privé » de sa cellule, les attitudes d'évitement freinent, diminuent les entrées des différents professionnels dans cet espace. La porte agissant comme une véritable frontière entre les professionnels y compris ceux du soin et cet homme. Les surveillants qui l'aperçoivent régulièrement, hésitent à rentrer bien que la porte soit ouverte. De fait, les professionnels, parce qu'ils produisent de la distance, réduisent ses possibilités d'interaction et renforcent son isolement. Par exemple Jean-Michel ne peut pas accéder au téléphone qui est placé au fond du couloir à quelques mètres de sa cellule. Bien qu'il ait un fauteuil roulant, les surveillants estiment que cela ne fait pas partie de leur travail que de l'accompagner jusqu'au téléphone. De même, lorsque un jour son ex-femme est venue pour

lui rendre visite au parloir, ils ne se sont jamais vu et le principal intéressé n'a jamais su qu'il avait eu cette « visite » car il ne pouvait pas se déplacer. Le surveillant qui me raconte ces anecdotes a pris soin d'attendre l'arrêt de mon dictaphone pour me laisser entendre qu'il aurait été possible de lui prêter un téléphone ainsi que de faire venir son ex-femme jusqu'à la cellule mais : « on ne rentre pas dans une prison comme dans un moulin » dit-il en riant. Le médecin et l'infirmière rencontrés en entretien n'ont jamais entendu parler de cette histoire, ils pensent d'ailleurs qu'il n'a pas de visite ce qui révèle le manque de communication entre les professionnels. Par contre, ils savent que les surveillants refusent de manipuler les fauteuils car : « ils ne sont pas au service mais ils surveillent des détenus » rapporte le médecin qui explique que cet acte serait pour eux « dégradant » et pourrait diminuer « leur autorité ». Ainsi, le fauteuil est présent sans être utilisé, ni par les surveillants ni par les soignants qui passent sans réaction apparente devant lui. Cet homme détenu malade est cloué au lit et désigné par une étiquette de pervers que les soignants n'ont pas dépassée. Cet exemple met en évidence le décalage entre la figure du criminel habituelle et celle du criminel âgé pour lequel les risques de transgression (et d'évasion) sont moindres. Pourtant, les surveillants appliquent les règles professionnelles classiques dans le but de donner de la légitimité à leur activité (Rambourg, 2016).

La forte stigmatisation de cet homme est aussi liée au fait qu'il apparaisse comme un « fardeau » à l'ensemble des professionnels au regard de la charge de travail qu'il requiert mais aussi parce que les soignants ne parviennent pas à l'inscrire dans leur définition du soin. Jean-Michel en dehors du fait qu'il soit étiqueté de « pervers » est décrit par tous comme quelqu'un qui ne « demande rien et ne se plaint pas ». Or, pour être considéré comme un patient et accéder au statut social de malade, le malade doit montrer sa volonté de guérir et demander de l'aide en vue de cet objectif si l'on se réfère à la classification de Talcott Parsons (1951). Parallèlement, Jean-Michel reconnaît avoir : « renoncé à un certain nombre de choses... » et se laisse porter sans prendre de décision vis-à-vis de son avenir. Le projet de maison de retraite répond principalement aux objectifs des professionnels. En prison depuis 14 ans, dans sa cellule il se sent bien, il a l'impression d'être chez lui. D'ailleurs il parle de sa cellule comme de « son petit logement », même si aucun objet, aucune photo, ni aucune décoration ne colorent les murs jaunes pâles que le temps a terni. Les photos et les objets évoquant le passé sont un repère dans le temps et une passerelle avec le monde extérieur. Jean-Michel pose ainsi de multiples coupures au niveau spatial et temporel avec le reste de la

prison et vis-à-vis de son passé et du monde libre. D'ailleurs, il ne souhaite pas sortir de prison ni aller dans « une maison pour vieux » car il a peur de se retrouver avec des personnes âgées auxquelles il associe un ensemble de représentations négatives. Il a également saisi le risque de perdre finalement le bénéfice des stratégies déployées en prison. En outre, Jean-Michel ne semble pas avoir sa place en prison bien que son image de criminel lui colle à la peau comme si la durée qui s'était écoulée depuis son incarcération, quatorze ans plus tôt, n'avait pas modifié son statut. Son passé inonde le travail de définition réalisé par les professionnels à son égard. Ainsi, il endosse le rôle de « bouc émissaire », désigné comme responsable d'un grand désordre associé à une grande impureté (Girard, 1972). Pourtant, l'une des fonctions de la prison, en dehors de la garde des détenus est de préparer la réinsertion, notamment à partir d'un travail biographique axé sur la reconnaissance et la critique du crime commis. Toutes les années passées derrière les barreaux n'ont pas abouties à une remise en question de Jean-Michel. Ainsi quelle valeur peut être attribuée à la durée de sa peine ? Cette durée est-elle un temps perdu, un échec du monde de la peine et du monde du soin ? A quoi sert cette attente ? Comment fait-il son temps dans son « petit logement » ?

6.2.2 Habiter l'espace

Généralement l'habitation est définie au regard de normes de confort et de superficie, dans ce contexte, la cellule est bien souvent difficilement envisagée et vécue comme un lieu où il est possible d'habiter. Parfois, il semble possible de constituer un espace d'habitation comme en témoigne l'expérience de Sylvie, qui, bien que très malade également, n'entretient pas le même rapport à l'espace dans sa cellule individuelle que Jean-Michel. Elle l'a décoré à sa convenance, selon ses goûts, ses besoins et les objets dont elle disposait. L'aménagement personnalisé du lieu modifie non seulement celui qui s'y abrite mais aussi les interactions avec ceux qui surveillent : « C'est que ma cellule j'ai réussi à la décorer parce qu'on a pas le droit de coller des choses sur les murs hein dans les cellules normales [...] et donc j'ai tiré des fils et j'ai collé mes photos : des superbes photos de fleurs, de plantes, de ma fille, et les surveillantes elles m'ont dit "Quand on rentre dans votre cellule Sylvie, c'est, on a envie d'y rester, c'est harmonieux. On se sent bien dans votre cellule".» (Sylvie)

Les surveillantes sont sensibles à la disposition, aux couleurs et à l'odeur de l'espace de vie de Sylvie qui s'opposent aux sensations habituelles d'odeurs de tabac froid, de murs jaunis par le temps. En introduisant des objets tels que des photos, des tissus qui matérialisent une partie de sa vie, une partie de son passé, elle meuble et s'approprie l'espace au regard d'objectifs qui lui sont propres. Son engagement avec l'espace lui donne le pouvoir de privatiser 9m² au cœur d'un monde caractérisé par la promiscuité. Elle transforme une pièce cubique inhabitable en un lieu habitable. Elle a animé un espace qui semblait immobile, un temps qui paraissait immuable. Grâce aux ornements qui habillent la pièce, Sylvie n'est plus considérée comme une simple détenue, elle se distingue grâce à son engagement avec l'espace. Elle ne représente plus uniquement un numéro d'écrou, elle se distingue de la masse. D'ailleurs, elle est appelée par son prénom par plusieurs surveillantes alors que bien souvent les détenus sont appelés par leur nom de famille. Bien sûr, la nature de son crime (Sylvie a été condamnée pour trafic de stupéfiants) joue fortement dans les interactions avec les professionnels et dans la possibilité de modifier son statut.

Sylvie est aussi considérée autrement, grâce à son appréhension de l'espace cellulaire car à travers ce décor, c'est son identité passée et ses valeurs qui sont affichées. Grâce à l'aménagement de sa cellule, elle rend visible son identité passée à travers les voyages et un lien particulier à son corps qui lui permet de modifier son emploi du temps au regard d'objectifs qui lui sont propres. En effet, Sylvie a repris la méditation, elle fait des exercices respiratoires. Aussi, elle fait des mouvements pour tenter de ne pas perdre la flexibilité de son coude car elle ne bénéficie pas de séances de kinésithérapie pourtant prescrites par manque de vacation de kinésithérapeute. Or, la relation au corps et l'importance du toucher marquent une intention particulière dans le cheminement face à la maladie et face à la « rééducation de soi » (Marin, 2014). Dans sa cellule, Sylvie développe un rapport au corps singulier, elle recherche un rapport au corps proche de celui qu'elle avait l'habitude d'entretenir à l'extérieur, elle recherche sa singularité propre. À la recherche d'un sentiment corporel perdu qui a sûrement été mis en veille suite aux conditions de vie difficiles dans le monde de l'enfermement, Sylvie développe des techniques vis-à-vis de son corps. Ce temps passé en cellule lui permet de se retrouver, de remettre en marche son corps, d'inventer, d'apprendre de nouvelles techniques de soin. Ainsi, Sylvie apparaît combattive vis-à-vis de la maladie, contrairement à Jean-Michel, elle s'engage fortement dans un statut de patient. Bien sûr, ces éléments sont à mettre en lien avec le fait que Sylvie était infirmière avant son incarcération, elle a donc déjà

intériorisé les règles liées aux soins. Ainsi, le fait d'habiter sa cellule, par l'aménagement de l'espace et l'intégration de son identité passée, offre l'opportunité de modifier son statut et d'être perçue comme une femme malade et d'accéder à un statut de patiente. L'aménagement opéré par Sylvie lui permet parallèlement de se positionner autrement dans l'espace et dans la prison. Comme le dit Bachelard, la maison, le lieu de l'habitat « remodèle » l'homme, le transforme (1957). Toujours selon Bachelard, « l'homme sans maison est un être dispersé ». Sylvie a enfin l'impression d'être avec elle-même dans son intérieur, elle laisse tomber le masque que tant d'autres gardent pour se protéger des conditions difficiles de la vie en prison. Sylvie et sa cellule ne forment qu'un, l'être et le lieu sont comme « une unité insécable ». La cellule telle qu'elle a pu la transformer avec l'ajout d'objets personnels devient un lieu d'habitation. Autrement dit, cet espace est élu « comme maison, comme demeure » dans le sens où Sylvie s'y sent bien, elle se sent protégée, en sécurité. On peut ici parler d'habiter l'espace parce qu'il y a construction d'une relation matérielle et symbolique à l'espace, qui forme un « lieu anthropologique », chargé d'histoire et d'identité, à partir duquel se forment des repères, une stabilité, de la continuité (Augé, 1992). C'est la possibilité de constituer un espace « non seulement protecteur mais émancipateur » qui va procurer « la stabilité, l'imperméabilité à l'exogénéité, la souplesse de fonctionnement » propres à l'habiter (Bouillon, 2009 : 201). J'ai appris plus tard que Sylvie avait fréquemment été changée de cellule, selon elle, les surveillantes ne supportaient pas qu'elle embellisse cet endroit. Comme si, il devait rester un espace indifférencié, sans identité, uniquement un lieu de punition.

Si certaines cellules se transforment de manière extra-ordinaire et après avoir franchi de nombreux obstacles en chambre et parfois en lieu d'habitation, un même espace peut donner naissance à différents « mondes de la vie » vécus par les détenus bien que situés en un même lieu. Le sentiment d'appartenance à un monde passe par une expérience vis-à-vis de l'espace et de ses objets mais aussi par une expérience temporelle. Ainsi, les pensées, les souvenirs, les inquiétudes remontent à la surface, le temps passé envahit l'espace de l'instant. L'espace de la cellule est un tout car il contient du temps : le temps du passé, des souvenirs, celui du présent, les angoisses vis-à-vis du futur. Tous ces temps sont contenus dans cette boîte cubique. Son espace « comprime du temps », car « dans ses mille alvéoles, l'espace tient du temps comprimé. L'espace sert à ça » (Bachelard, 1957 : 24). La cellule est un espace particulièrement fécond car il est le lieu de l'intersection de l'espace et du temps. Le lien entre le temps et l'espace participe également à la construction du statut de la personne privée de

liberté. Pour comprendre ces mondes vécus dans leur ensemble, pour comprendre les interactions des individus avec l'espace, il faut mettre en perspective les différentes temporalités du monde de la prison, du monde du soin et de celui de l'environnement des personnes détenues et malades. L'espace se remplit, se vide et se modifie par les activités de temporalisation des mondes en présence.

Foucault revient dans l'article *Des espaces autres* sur les liens entre l'espace et le temps. En miroir de la notion d'hétérotopie, Michel Foucault parle « d'hétérochronie » (1994b) pour qualifier les lieux qui marquent une rupture avec le temps traditionnel. Dans cette perspective, les hétérochronies représentent un « temps autre ». Selon le philosophe, elles sont un élément de l'hétérotopie à l'intérieur duquel des découpages du temps particuliers opèrent car c'est un lieu réel dans lequel « tous les autres emplacements réels que l'on peut retrouver à l'intérieur d'une culture sont à la fois représentés, contestés et inversés » (1994b).

Si le temps a été source de préoccupation majeure au cours du XIX^{ème} siècle, désormais l'espace est au centre des inquiétudes car : « L'époque actuelle serait peut-être plutôt l'époque de l'espace. Nous sommes à l'époque du simultané, nous sommes à l'époque de la juxtaposition, à l'époque du proche et du lointain, du côte à côte, du dispersé. » (1967). Toujours selon Foucault, « le temps n'apparaît probablement que comme l'un des jeux de distribution possibles entre les éléments qui se répartissent dans l'espace ». Pourtant quand l'espace est contraint, voire bloqué le temps ne reprend-t-il pas toute son importance ? Unité de temps et unité de lieu ne forment-elles pas un tout au cœur des institutions totales si l'on suit la perspective de Goffman ? Unité de lieu et unité de temps sont-elles synchronisées ? La prison est bien souvent décrite comme un lieu situé hors du temps, cependant, la prison est-elle à l'abri des changements temporels ? La prison est-elle cet espace immuable à l'intérieur duquel l'accumulation et la juxtaposition de différentes temporalités serait sans effet ?

Le temps est un rouage crucial de la condition carcérale, plusieurs travaux évoquent la question du temps comme étant intrinsèque à la peine de prison. D'ailleurs Manuela I. Cunha (1997) précise que dans la langue portugaise la peine et le temps ne sont pas dissociés : « cumprir tempo » (« accomplir » ou « réaliser du temps » : tirer son temps, qu'en anglais on traduirait de façon encore plus éloquente par « to do time », « faire son temps »). En France aussi, l'expression « faire son temps », est à bien des égards utilisée pour exprimer la durée de la peine. Mais de quel temps parle-t-on ? Ce temps suit-il une même course que celui de

l'extérieur ? Le temps se construit et se reconstruit à travers les espaces, les interactions, les événements et l'expérience. A l'intérieur des espaces analysés, les temporalités des acteurs du monde de la peine, de celui du soin et celles des détenus malades interfèrent aussi avec les objets. Ainsi, il est pertinent de questionner le lien entre le temps et l'espace et de rediscuter du temps tel qu'il est décrit dans le cadre de l'institution totale. La maladie amène à repenser la question de l'enfermement en termes d'espace de la peine comme nous l'avons vu dans cette partie mais aussi en termes de temps de la peine. Chaque monde réalise un travail temporel, chacun définit son temps. Tel est l'objet de la prochaine partie.

Troisième partie

LE TEMPS DE LA PEINE ET LE TEMPS DU SOIN

Chapitre 7

Les donneurs de temps du monde de la peine

«Il ne faut jamais oublier que l'institution marque la fin de la maîtrise du temps, de son temps à soi, et que la peine en elle-même, la vraie peine, même si elle est annoncée dans la sentence au terme du procès est, entre les pénalités et les remises de peine, l'incertitude de savoir quand ces portes qui vous ferment à la société s'ouvriront à nouveau sur le siècle » (Dibie, 2012 : 228)

7.1 Le rythme, le tempo et la durée

7.1.1 Les portes comme synchroniseurs de temps

Le temps de la peine s'inscrit dans une dimension particulière où le rythme et le tempo - deux notions différentes qui seront définies dans ce chapitre sont marquées par le fonctionnement des portes. Les portes construisent du temps pendant qu'elles modèlent l'espace, elles sont des « donneurs de temps »⁵⁷ qui rythment la vie quotidienne, les déplacements et les activités (Amphoux, 1981). Par une action répétitive, l'utilisation des portes construit un temps relativement prévisible et régulier à partir duquel l'ordre carcéral se maintient. Les portes et leurs mouvements « donnent le LA » comme le souligne Anne Marie Marchetti (2001 : 168), leurs ouvertures et leurs fermetures marquent le rythme de la journée carcérale, particulièrement en maison d'arrêt où elles - ouvrent - accompagnent - et clôturent - la journée carcérale. Vers 7 heures les premiers sons métalliques annoncent le lever et l'heure

⁵⁷ En référence au travail de Pascal Amphoux : Donneurs de temps sociaux, donneurs de temps sonores in Sansot, P., Pillet, G., & Amphoux, P. (1981). *Les donneurs de temps*. éd. Castella. D'après l'ouvrage et au regard des travaux de Reinberg et Ghata en 1978, il existe plusieurs classes de donneurs de temps : « les donneurs de temps naturels (jour/nuit, les saisons), les donneurs de temps sociaux (travail, repas) ; et les donneurs de temps qui mêlent les deux catégories précédentes, les facteurs naturels et sociaux pouvant cumuler leurs effets pour accélérer un processus de synchronisation ou au contraire, s'annuler ou se contredire pour freiner le processus en cours.

du café – TRIN ! CLIC ! CLAC ! À 8 heures, les premiers mouvements dans la prison signalent souvent le départ des travailleurs pour les ateliers. Ensuite, se succèdent les « mouvements » pour la promenade qui interfèrent avec les « envois » pour l'infirmerie. Vers 11h, distribution des traitements en cellule – CLAC ! – 12 heures - les travailleurs rejoignent leurs cellules, les déplacements à l'intérieur de la prison sont ralentis jusqu'à être interrompus car c'est l'heure de la « gamelle » CLAC ! Tous les détenus ont rejoint leur cellule pour le comptage d'effectif. Ensuite, en début d'après-midi, les mouvements d'ouvertures et de fermetures de portes reprennent pour un second temps de promenade, des consultations et diverses activités comme les parloirs, l'école, le sport. Pour finir, chaque soir à partir de 18 heures, un dernier bruit de clef annonce la fin de la journée et le début d'une longue période où la porte de la cellule sera fermée pendant treize heures. La nuit en prison, on apprécie le calme des portes qui dorment. Le son des mouvements de la prison mis en veille marquent ainsi l'alternance du jour et de la nuit.

Chaque jour, la « même musique », suivant la métaphore d'Anne-Marie Marchetti, recommence inlassablement (*Ibid.*, 169). En effet, la porte de la cellule s'ouvre à heures fixes et les mêmes bruits, les « mêmes gestes » fabriquent le temps du monde de la peine. Ce dernier se remplit par des activités qui se reproduisent de façon régulière, généralement sur les mêmes durées, à la même fréquence et dans le même ordre. La description précédente des activités quotidiennes des détenus expose assez clairement le caractère réglé et répétitif de leur emploi du temps. Pour Edouard Gardella, le rythme est un nœud de temporalisation délicat et difficile à définir (2016). Il lui attribue quatre dimensions : la propriété de régularité ou d'irrégularité, l'ordre séquentiel (faire les choses par étapes) ; le « moment » (avant quelles actions et après quelles autres l'action est accomplie) ; puis le fait que l'action ou l'expérience soit continue ou discontinue. Au-delà de la catégorisation proposée par Edouard Gardella, le rythme de la journée quotidienne peut être qualifié ici comme étant cyclique car il tourne en boucle et parce qu'il est déployé dans les différents espaces de la prison au même moment. Par exemple, le matin les portes des cellules sont ouvertes sur les mêmes horaires dans les différents quartiers de la prison. L'heure du café est la même pour tous même si tous les détenus ne le prennent pas ensemble. L'heure de la distribution des traitements est toujours la même, que le détenu soit présent ou pas, le traitement est déposé derrière la porte. Les détenus ne choisissent pas quand ils peuvent avoir leur traitement, aller en promenade ni le moment où ils peuvent se laver. Ils ne décident pas non plus de la durée et

de la fréquence des promenades ou des douches. Le temps passé sous la douche est plutôt le reflet de l'organisation du travail de surveillance dont l'objectif est de gérer une cinquantaine de douches au cours d'une durée restreinte sur deux matinées par semaine. Cette gestion de la durée renvoie à la responsabilité du surveillant vis-à-vis d'une action programmée qui doit se dérouler sur un créneau horaire précis, sans prendre de retard et en évitant les conflits ou le désordre. C'est l'aspect collectif de la gestion du temps qui est mis en avant et le caractère normatif du rythme à l'intérieur duquel on ne fait pas ce que l'on souhaite, quand on le souhaite. Il faut faire telle chose à tel moment et à tel rythme, à savoir avant ou après telle action et selon une régularité, une fréquence et une vitesse particulière. Cette temporalisation permet de produire un rythme commun où tout le monde fait les mêmes choses de manière synchronisée.

L'organisation des soins s'est calquée en grande partie sur le rythme de la prison. Plus précisément, les activités liées aux soins s'insèrent dans des espaces temporels qui se libèrent au gré de l'activité de surveillance. D'ailleurs, l'accès aux espaces médicaux est ralenti voire suspendu en fonction des mouvements dans la prison (allers et retours des travailleurs pour l'atelier) et des activités particulières comme le comptage d'effectif (le matin, le midi). Parfois tous les mouvements dans la prison sont bloqués lors d'un incident ou lors de l'arrivée ou du départ d'un détenu. Cela signifie que les portes et les grilles sont figées pendant cette durée. Le service de soin où mon immersion ethnographique s'est déroulée est ouvert en semaine de 8h à 17h, les prises de traitement de substitution ont lieu entre 8h et 8h30, les soins et les consultations entre 8h30 et 11h30, la distribution des traitements entre 11h30 et midi. L'ophtalmologue consulte les lundis après-midi tous les quinze jours, le dentiste les mardis et jeudis après-midi et le dermatologue le dernier vendredi du mois. Au cours de la matinée, les détenus qui proviennent des différents quartiers de la prison et dont les consultations ont été programmées, sonnent à la porte d'entrée du service pour signaler leur arrivée.

En prison, les « donneurs de temps » s'entendent plus qu'ils ne se voient. On entend généralement les pas des surveillants, les clés, puis le bruit de la clé dans la serrure qui précède de quelques secondes l'ouverture de la cellule où un espace se libère. Autrement dit, mouvements, bruits et temps fonctionnent ici ensemble, c'est-à-dire que les ouvertures/fermetures de portes sont des actions de temporalisation qui s'inscrivent dans une pratique, ainsi « la pratique n'est pas dans le temps, elle fait le temps » si l'on reprend

l'expression utilisée par Bourdieu dans les *Méditations pascaliennes* (1997 : 247). Cette catégorie de « donneur de temps » n'est toutefois pas propre à la prison puisque les sonneries, par exemple, rythment la journée de classe. La vie de couvent s'organise autour du son des cloches, la vie des ouvriers autour du TIC-TAC de l'horloge. Ces bruits sont associés à des espaces à l'intérieur desquels la distribution du temps est contrôlée dans des espaces délimités. La distribution et la circulation des corps est également synchronisée et chronométrée comme Michel Foucault le montre par rapport aux lieux d'enseignement dans *Surveiller et punir* dans le chapitre sur les corps dociles. L'organisation de l'espace, à savoir un élève par table, a permis le travail simultané de tous. Cette organisation en même temps qu'elle synchronise les activités, produit une « nouvelle économie du temps d'apprentissage » grâce à la discipline des corps (Foucault, 2014 (1975) : 159-183). Pour Foucault, le corps est l'objet central des mécanismes punitifs, toutefois les corps sont « disciplinés » parce qu'ils sont enserrés dans une organisation spatiale et temporelle cyclique qui ne laisse pas de place à l'imprévu. Les corps disciplinés effectuent au même moment les mêmes activités sans pour autant les faire ensemble. Autrement dit, il faut faire les choses au même moment même si elles ne sont pas faites ensemble comme des élèves en classe travaillant chacun de leur côté un même exercice. Le découpage temporel et spatial de la vie en prison produit en grande partie ce que Michel Foucault a nommé « l'économie de la peine ».

Pour Foucault, le temps de la peine comme le temps d'apprentissage est un temps de normalisation disciplinaire. Ceci étant, le caractère normatif du temps tel qu'il est construit par le monde de la peine est aussi plus simplement, de manière empirique, le reflet de l'organisation du travail de surveillance qui construit en grande partie le temps de la peine du détenu. A l'intérieur de ce temps, le détenu doit faire preuve de « disponibilité permanente » à l'égard des professionnels de l'Administration Pénitentiaire comme le montre Yasmine Bouagga dans son article « le temps de punir » (2014 : 90). Nos observations, nous ont également permis de constater de quelle façon les corps des détenus étaient disponibles. Le rituel quotidien de Bernard en dit long sur cette disponibilité. Chaque matin, il nettoie sa cellule et quand les surveillants ouvrent la porte de « sa geôle », il se lève et se met devant la porte, présentant son « corps docile » à l'appel. Il dit systématiquement « Bonjour » même à cinq heures du matin quand il entend des voix et des bruits derrière l'œilleton de sa cellule.

Le contrôle important du temps, de l'espace et du corps de l'individu reclus ne le prive-t-il pas de ce qui lui est propre, de ce qui le façonne dans sa singularité ? Est-ce que faire partie d'un

monde, repose sur le fait de s'inscrire dans un temps commun à l'intérieur duquel l'individu n'est absolument pas maître de son temps ? Cette forte synchronisation permet-elle, si l'on se réfère à l'approche Durkheimienne des temporalités, de jouer un rôle de coordination qui favorise l'adaptation au milieu de la prison et l'intégration sociale des détenus au cœur de cet environnement ?

Le temps cyclique et prévisible lié au monde de la peine permet-il de nuancer, d'atténuer le « choc carcéral » et de diminuer ce sentiment d'anomie associé à la désorganisation produite par l'enfermement ? Pourrait-on penser que le dispositif radicalement normatif peut avoir un effet structurant et peut avoir des effets sur l'objectif de réinsertion ? Ou au contraire qu'il produit une forme de violence temporelle qui contribue à produire l'assujettissement des reclus et renforce la punition ?

7.1.2 Tempo et pouvoir

La construction du rythme est le fruit des activités de synchronisation dirigées en grande partie par l'activité de surveillance qui produit des régularités et tend à limiter les imprévus (Chauvenet, Orlic & Benguigui, 1994). Cependant, les activités de synchronisation sont rendues complexes par des moments de désynchronisation. En effet, à l'intérieur du rythme cyclique, le cours des actions subit des variations de tempo. Selon Edouard Gardella, le tempo peut se définir comme « le nombre d'actions accomplies sur une durée plus ou moins longue » (2016). Ainsi, les accélérations ou les ralentissements de tempo peuvent produire des perturbations. Les moments de désynchronisation des actions pendant une durée plus ou moins longue, donnent naissance à de l'incertitude et à des tensions entre les professionnels des différents mondes et les détenus. Nos pages sur les portes mettent en lumière des scènes de désynchronisation de tempo. Quand les infirmières s'arrêtent sur le seuil de la porte, les activités de synchronisation sont menacées. Pour atteindre leurs objectifs, les soignants comme les surveillants suivent une cadence soutenue, ils ont besoin d'être coordonnés ou synchronisés pour faire leur travail. Ils sont sans cesse dans l'attente de l'autre, par conséquent les arrêts des infirmières peuvent être source de retard et donc de désordre. Ainsi, le tempo peut se négocier, il peut être ralenti ou accéléré. Souvenez-vous des sensations éprouvées par les soignants d'être ralentis dans leurs actions par l'activité de surveillance et

inversement les personnels de surveillance peuvent aussi éprouver un temps d'attente du fait de l'activité des soignants qu'ils doivent intégrer dans leur organisation quotidienne. De fait, cette organisation freine les possibilités d'action des professionnels des deux mondes.

Cette structuration du temps sous-tend des enjeux de pouvoir vis-à-vis du temps où les personnels de surveillance sont en position de force car ils peuvent freiner ou accélérer les activités selon leurs besoins organisationnels. Il existe une asymétrie entre ceux qui donnent la cadence et ceux à qui le tempo est en grande partie imposé. Il faut préciser que cette asymétrie, si elle existe entre les professionnels des différents mondes est encore plus intense à l'égard des personnes détenues. Il existe des points de connexion entre les différentes temporalités des professionnels quel que soit leur monde, ils suivent un tempo « rapide » au regard de la fréquence des actions réalisées sur une courte durée pendant que celui des détenus serait plutôt « lent » au regard du nombre relativement faible d'actions sur une durée plus étendue. De fait, le rapport au temps dépend en grande partie du statut (un professionnel ou un détenu). Autrement dit, il y aurait d'un côté ceux qui, par leur activité, donnent et dictent les repères temporels et de l'autre ceux qui les reçoivent. Un paradoxe naît alors entre le rapport au temps des professionnels de surveillance qui travaillent souvent dans « l'urgence » comme si ils étaient en déficit de temps et celui des personnes détenues « qui en ont trop et qui ne savent pas quoi en faire » comme le montre Fatima Outaghzafe- El Magrouti (2009 : 378) dans son travail sur la gestion de l'espace et du temps carcéral. Yasmine Bouagga fait le même constat en parlant de discordance entre le temps des professionnels de surveillance qui est décrit comme « trop court » et celui des détenus caractérisé de « trop long » (Bouagga, 2014 : 92). Autrement dit, ces professionnels sont pressés pendant que les détenus attendent qu'une porte s'ouvre et qu'une autre se referme.

Ce décalage peut tout d'abord s'expliquer au regard de la charge de travail des professionnels de la surveillance. En effet, le phénomène de surpopulation carcérale dans les maisons d'arrêt augmente le ratio surveillants/détenus et génère plus de mouvements, plus d'ouvertures et de fermetures de cellule. Ainsi, certaines actions seront privilégiées dans l'organisation du travail de surveillance. Par exemple, prendre le temps de répondre aux sollicitations des détenus ne sera pas forcément une priorité. De même que certaines activités vont primer sur les autres, toujours dans le but de maintenir le rythme et l'ordre carcéral. Il y a ainsi une hiérarchie des activités, quand un incident survient dans la prison, les autres activités sont suspendues. Paradoxalement, les urgences des uns imposent des temps d'attentes aux autres. Ainsi, le

travail de surveillance produit de l'attente pour les personnes détenues mais aussi pour les autres professionnels comme nous l'avons vu avec les infirmières. L'attente pourrait être définie dans ce contexte comme un blocage provisoire des actions, toutefois elle semble faire partie de la routine carcérale en ce sens elle est une des caractéristiques du monde de la peine. Néanmoins l'attente n'a pas le même statut pour les professionnels que pour les personnes détenues. Cette attente fait partie du rythme carcéral quotidien, elle s'insère avant et après chaque activité ou avant et après chaque ouverture de portes : attendre pour poser une question, attendre une réponse, attendre un courrier, attendre un parloir, attendre un rendez-vous avec son conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) ou un médecin. Cette attente est intrinsèque à la peine, pour Yasmine Bouagga, cette « attente imposée au détenu fait pleinement partie du châtement carcéral » (2014 : 93). Dans le prolongement de cette analyse, la notion de patience mérite peut-être d'être questionnée. En effet, la production de période d'attente n'a-t-elle pas également pour objectif de faire l'apprentissage de la patience ? Attendre sans se plaindre, n'est-ce pas à nouveau un aspect des objectifs de normalisation des détenus ?

Cependant que faire de cette attente ? Comment les personnes détenues meublent-elles ces durées d'attente ? Ce temps est-il celui de la remise en question, celui de l'ennui, celui de la perte de désir, celui de l'urgence, celui du contrôle. Ce temps doit-il être vide ou occupé ? Ce temps peut-il être raccourci ou allongé ? À travers le travail de définition du temps de la peine, c'est le sens même de la peine qui est posé. Ce temps doit-il exclure ou réinsérer ? L'interprétation de la réalité de ce temps à la fois par les détenus mais aussi par les professionnels permet-elle de reconstituer des univers de sens ? En d'autres termes quelle définition donner à ces temps qui se juxtaposent, quels sont leurs attributs et leurs enjeux ?

7.1.3 Désynchronisation et ennui

Il est à noter qu'en dehors des temps de cadrage des activités (lever, travail, promenade, soins, repas, coucher) pour les détenus, les minutes et les heures s'écoulent sans but temporel précis ce qui génère des durées qui s'étirent ou se dilatent. Comme l'a souligné Corinne Rostaing dans ses travaux sur la prison, le caractère répétitif de la journée carcérale donne une impression de « monotonie » (Rostaing, 1997). On comprend mieux aussi les propos de l'anthropologue Manuela I. Cunha pour qui le temps carcéral répète inlassablement les mêmes mouvements ce qui lui donne cette apparence « figée » (Cuhna, 1997). Être prisonnier c'est faire l'expérience d'un temps qui ne passe pas comme on le souhaiterait, parfois trop répétitif, trop régulier ou encore un temps qui n'avance pas aussi vite ou qui ne va pas au rythme espéré. C'est aussi un temps auquel le sens n'est pas donné à l'avance. Cette « épreuve temporelle » s'ouvre sur des moments de désynchronisation vis-à-vis du rythme cyclique en introduisant de l'attente, elle peut aussi être source de souffrance et d'ennui (Gardella, 2016). L'ennui ce n'est pas forcément ne « rien faire », c'est plutôt ne pas savoir quoi faire de ce temps ou ne pas pouvoir faire ce que l'on souhaiterait de ce temps. C'est aussi parfois le fait que ce qu'on fait « ne signifie rien » selon Anne Wallmacq dans son ouvrage *L'ennui et l'agitation* (1991 : 17). Ainsi, les détenus rencontrés peuvent « faire des choses » sans pour autant les définir comme des activités ayant de la valeur, ainsi la durée éprouvée s'éloigne de la durée réelle. La réalité de la durée est brouillée par la répétition et la monotonie, les heures et les minutes se dilatent et la journée peut sembler interminable comme le narre Charlotte Delbo à partir du récit de son expérience au camp d'Auschwitz: « Quoi est plus près de l'éternité qu'une journée ? Quoi est plus long qu'une journée ? A quoi peut-on voir qu'elle s'écoule ? Les mottes succèdent aux mottes, le sillon recule, les porteuses continuent leur ronde. Et les hurlements, les hurlements, les hurlements.» (Delbo, 1970 (2016) :78).

L'écriture saisissante de Charlotte Delbo met en mot l'expérience de l'extension de la durée, d'une journée dont on a la sensation qu'elle ne se finira pas, ponctuée par les bruits des hurlements des SS qui donnent la cadence. Ce temps ne semble pas ouvert à d'autres expériences ni à des événements imprévus. D'ailleurs, tout est orchestré pour ne jamais déroger au rythme, quand les prisonnières du camp s'écartent des règles temporelles, elles

peuvent risquer leur vie. Charlotte Delbo raconte les risques pris lorsqu'elle est sortie du rang pour aller boire de l'eau dans un ruisseau en contrebas du chemin :

Quand le ruisseau est là, il faut quitter le rang, courir en avant, descendre sur la berge glissante [...] prendre de l'eau et gravir la berge glissante, courir pour regagner ma place, les yeux avides sur l'eau qui verse si je vais trop vite. Le SS accourt. Il crie. Son chien court devant lui et m'atteint presque. Les camarades me happent et le rang m'engloutit. Les yeux avides sur l'eau qui bouge à mon pas, je ne vois pas l'inquiétude sur leurs visages, l'inquiétude que je leur ai donnée. Mon absence leur a semblé interminable. Boire. (Delbo, 1970 (2016) : 115).

Cette anecdote tragique souligne à quel point le temps imposé est un temps dont on peut difficilement sortir. C'est une expérience extrême et traumatisante, radicale où tout semble vain. Un temps dont on ne s'éloigne presque jamais, duquel on est prisonnier de la répétition permanente. Ce temps répétitif ou « zéro » qui reprend chaque jour le même chemin est celui du (re)commencement que décrit Mircea Eliade dans le temps des mythologies (1969). Le « temps de l'éternel retour », qui se reproduit sans cesse, est aussi un temps à l'abri de l'histoire. Le caractère réversible des activités installe une coupure entre l'avant et l'après (le passé et le futur) et entre l'ici et l'ailleurs. Que se passe-t-il ailleurs ? Le temps de l'extérieur du camp ou de la prison suit-il une même course ? Le temps cyclique plonge-t-il le reclus dans un présent bloqué ? Comme si ce temps était finalement un temps en dehors de tout, imposant une vie dans le présent et dans l'instant immédiat.

Dans la cellule de Mohamed, la télévision diffuse du son et des images presque 24 heures sur 24. Si Mohamed souligne comme un point positif le fait qu'il puisse « regarder la télévision à n'importe quelle heure, et écouter la musique à n'importe quelle heure », il faut questionner cette activité au regard de la construction sociale de la notion d'activité. Bien sûr la télévision prend ici plusieurs fonctions : défier l'ennui certes mais cet outil maintient un lien avec le monde extérieur. En prison regarder la télévision donne des repères temporels importants et permet de suivre le temps qui se déroule à l'extérieur. Cela dit si Mohamed regarde en « boucle » la télévision c'est aussi parce qu'il n'a pas réellement d'autres choix, ce temps ne sera pas utilisé pour autre chose car il n'a rien d'autre à faire. Il ne participe à aucune activité

en prison car il est étiqueté comme un détenu difficile et « psy ». Il passe de nombreuses heures seul entre les murs de sa cellule de 9m² où il peut laisser tourner le poste en toute liberté sans que cette activité n'ait de début ni de fin. En effet, le fait de ne pas accéder à l'extérieur de la cellule prive les détenus d'un rythme et d'un tempo et produit un temps « vide ». Cependant, ces personnes ont-elles d'autres possibilités ou d'autres désirs pour remplir ce temps « vide » ?



Figure 13 : Table, TV et mur d'une cellule (Aline Chassagne, 2017)



Figure 14 : Lit et fenêtre de cellule (Aline Chassagne, 2017)

Ce temps de l'ennui du prisonnier est à rapprocher du temps de l'ennui des pauvres décrit par Christian Guinchard (2011). Les situations de pauvreté qu'il a étudiées mettent en évidence la prégnance de l'ennui, objet dont il est difficile de rendre compte de façon pragmatique. C'est à partir du concept d'« acédie », emprunté à Saint Thomas qui l'employait pour caractériser le rapport au temps des ermites et des moines que l'ennui profond ou le « vide » peut être compris (Guinchard, 2011). L'acédie révélerait « l'inconsistance du temps des pauvres » (Guinchard, 2011: 193) qui correspond à une « expérience radicale d'un ennui sans bornes déterminées » où on est « malade d'une absence de désir » (Guinchard, 2011 :190). En effet, certains détenus rencontrés ne s'engageaient plus dans les activités de synchronisation et dans le collectif, ils présentaient un tableau d'abandon, de « déprise » vis-à-vis d'un monde antérieurement construit en prison qui semblait au moment de notre rencontre bien lointain (Clément, 2003). Cela dit, les deux hommes qui correspondaient à ce tableau étaient dans une situation de grande dépendance et n'exprimaient pas de désir particulier vis-à-vis de l'avenir. Ainsi, ce rapport au temps n'est sans doute pas uniquement lié au statut de détenu ou de pauvre mais plutôt au fait de la déprise vis-à-vis du monde réel. Dans tous les cas, l'expérience temporelle du détenu si elle a des points communs avec celle du pauvre reste malgré tout singulière. Le pauvre est pris dans le temps collectif de la société libre même s'il en est décalé alors que le prisonnier en est coupé. Contrairement à « l'acédie » des pauvres, le temps des détenus se construit au regard d'un rythme très réglé et d'un horizon temporel défini, borné par la date de sortie de prison. Autrement dit, le temps des détenus est modulé par la durée de la peine et ses bornes alors que pour les pauvres le temps ne semble pas avoir de borne car « l'ennui est justement le contraire de la durée » (2011 : 193). Finalement, on peut se demander quels sont les effets des activités de temporalisation inhérentes à la peine de prison sur les trajectoires de pauvreté. Le rythme cyclique du monde de la peine produit-il une bifurcation temporelle à l'intérieur de laquelle un univers de sens peut se dessiner ?

Le rapport au temps de la majorité des détenus rencontrés était sensiblement différent des deux détenus correspondant à des situations de « déprise ». Leur expérience de l'enfermement était souvent associée à un temps long, trop lent ayant produit de la souffrance et entravé de nombreux projets. En effet, la plupart des détenus rencontrés formulaient leur sentiment de perte de temps, et exprimaient le désir et l'attente de leur sortie de prison. Souvenons-nous de Sylvie qui a l'impression de perdre son temps au regard de tout ce qu'elle pourrait faire dans

la vie libre et de tout ce qui se passe sans elle à l'extérieur. Pour elle, le temps qui passe est un temps de vie perdu (Chauvenet et Orlic, 2002), qu'elle ne peut pas contrôler, une durée à laquelle aucun sens n'est accordé car elle est privée de relation avec ses proches et notamment avec sa fille de douze ans. Au cours de la durée de sa peine, son enfant continue à vivre des événements, change et grandit. Sylvie ressasse son passé et enrage à l'idée que ce temps lui échappe, un peu comme s'il lui était volé. Finalement, c'est l'idée du caractère irréversible du temps de la vie qui se déroule à l'extérieur qui lui est insupportable. Imaginer ses enfants qui grandissent, penser à tout ce qui se passe de l'autre côté peut rendre fou. Le temps est éprouvé, il devient visible, dense, car l'expérience de Sylvie produit une rupture vis-à-vis du jeu habituel que nous entretenons avec le temps dans la vie libre.

Être détenu c'est être privé de temps linéaire. Le reste du monde vit dans un temps linéaire et irréversible qui s'oppose au temps cyclique et réversible de la prison, répétant inlassablement les mêmes journées. Ce temps n'est *a priori* pas ouvert à d'autres expériences temporelles que celle qu'il impose où le principal horizon se fixe sur un présent aux allures éternelles. Dans le temps linéaire de la vie, notre présent prolonge sans arrêt notre passé et anticipe notre avenir. Nous ne sommes jamais complètement dans le présent qui n'est jamais vraiment ici et maintenant car il invente et réinvente sans cesse les possibilités du futur tout en revenant sur le passé (Piette, 2008). Cette double extension du passé sur le présent et du présent vers le futur enrichit sans cesse notre présent et nourrit nos attentes et nos espoirs. Il y a dans le jeu de la vie libre une continuité entre le jeu des « espérances et des chances » entre ce que l'on peut espérer et ce que l'on pourra obtenir. Or, en prison l'ordre habituel des repères vis-à-vis des temporalités du passé-présent-futur est brouillé. En d'autres termes, il y a un décalage entre « les espérances et les chances » si l'on reprend les termes de Bourdieu, entre les espérances imaginées par les détenus et leurs chances de les réaliser. Le décalage entre les possibilités d'espérer chez Sylvie et les contraintes temporelles de la prison qui rendent ces espérances vaines est tellement violent qu'il fait naître un sentiment d'impatience, d'impuissance et l'épreuve d'une attente insupportable. De fait, l'épaisseur du présent, provoquée par l'ordre carcéral, agit comme un brouillard cherchant à dissiper tout horizon. Cela rejoint l'idée développée par Anne-Marie Marchetti sur le fonctionnement de la prison qui impose aux personnes détenues « une vie dans le présent où il s'agit de survivre dans l'immédiat » (2001). Comme l'écrit Bourdieu « l'ambition effective de maîtriser pratiquement l'avenir se proportionne en fait au pouvoir effectif de maîtriser cet avenir, c'est-

à-dire d’abord le présent lui-même » (1997 : 262). Or, rien ne dit comment occuper ce temps présent, rien ne dit comment faire et rien ne dit comment se projeter dans le futur. Plus encore, le temps carcéral est ambigu et ambivalent car il est à la fois un temps « figé » dans le présent qui pourtant s’anime face à l’espoir de la sortie (Cunha, 1997).

7.1.4 La durée de la peine

Si chaque jour semble ressembler au précédent et au prochain, le calendrier carcéral se construit parallèlement au regard du quantum de peine. La durée, quantifiée lors du procès par le juge, se définit en jours, mois et années au regard d’une classification des crimes et délits. La sévérité de la sanction pénale se mesure d’ailleurs à sa durée ou à l’étendue du temps de la peine. Autrement dit, plus la durée de la peine est longue, plus l’acte commit est jugé comme grave au regard des valeurs de la société. Voici quelques exemples de quantum de peine, tirés du code de procédure pénale⁵⁸ :

Tableau 2 : Données extraites du Code de Procédure Pénale de 1994

Crimes	Durée maximale du quantum de peine de réclusion encouru
Génocide	Perpétuité
Meurtre	30 ans
Séquestration	20 ans
Viol	15 ans
Délits	
Trafic de stupéfiant	10 ans
Blanchiment d’argent	5 ans
Vol simple	3 ans
Consommation de stupéfiants	1 an

La durée de la peine représente une mesure quantitative de l’étendue du temps à passer en prison ou à « purger » sa peine. Ce verbe mérite quelques précisions. « Purger une peine », cela signifie littéralement que le détenu se nettoie, c’est le temps de l’évacuation ou de

⁵⁸ Pour ces crimes, le quantum de peine prévu par le législateur correspond aux peines maximales qu’encourent les prévenus. Le juge peut ainsi descendre en dessous des durées proposées avec un minimum d’un an pour les crimes (deux ans en cas de génocide) et un jour pour les délits.

l'élimination du mal. Ce processus de transformation de l'individu s'inscrit dans le rythme cyclique et l'attente qui participent au processus de purification. Autrement dit, le rythme cyclique tourne dans le but de laver la faute du condamné comme une machine laverait du linge sale. Ce temps-là doit agir comme un rite de passage qui transforme l'individu, le purifie grâce à des cérémonials et des dispositifs ancrés dans l'espace et le temps carcéral. Ce fonctionnement si spécifique au monde de la peine apparaît presque en contradiction avec la dernière loi pénitentiaire qui écrit dans son article 1^{er} que l'administration a pour objectif de « préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions » (24/11/2009).

Ce travail de transformation du détenu suit aussi un processus séquentiel précis construit autour de périodes que nous allons détailler ci-dessous. Il faut bien distinguer le moment où la peine est prononcée et celui de son exécution, cela induit des « disjonctions, notamment entre les politiques pénales et les politiques pénitentiaires » (Chauvenet, Orlic, 2002 : 446). Trois périodes sont souvent utilisées par les sociologues et les anthropologues mais aussi par les professionnels exerçant auprès de la population détenue pour décrire les phases de la peine qui correspondent à des étapes chronologiques mais aussi à des émotions et des rapports au temps vécus et exprimés de façon différente par les personnes détenues. Une première période correspond à l'entrée en prison et à l'attente du procès s'il n'a pas encore eu lieu (Sylvie et Céline étaient dans cette situation). Une deuxième période renvoie à l'exécution de la peine, une fois le procès passé, il faut « faire sa peine ». Dans le cadre de notre enquête, la plupart des détenus rencontrés se situaient dans cette période et étaient depuis plusieurs années en prison (Marcel, Thierry, Pierre, Miguel, Amédée, Michel, Jean-Pierre). Pour finir, lorsque le détenu a réalisé une partie de sa peine, il peut réduire son temps de peine. Il est possible, à partir de cette troisième étape de bénéficier de « permission de sortie » et de demander à aménager sa peine (étaient concernés dans l'enquête : Kevin, Jean-Michel, Robert, Émir). Ainsi, en fonction des étapes temporelles, il existe une gestion différente du temps et de l'attente de la part des personnes détenues mais aussi de la part des professionnels. Bien sûr, il est évident qu'une possible libération dans dix ans ne se réfère pas aux mêmes bornes vis-à-vis de l'avenir qu'une sortie prévue quelques semaines ou quelques mois plus tard. De même, les activités de projection et d'anticipation sont très variables si on est arrivé en prison depuis peu ou depuis plus d'une décennie.

Quand je les ai rencontrées, Sylvie et Céline étaient placées en maison d'arrêt dans l'attente de leurs jugements et de leurs verdicts⁵⁹, ce qui explique certainement le fait qu'elles tentaient de résister aux effets de l'enfermement et n'acceptaient pas d'être en prison. Cette période est particulièrement difficile, car l'attente du procès semble généralement « interminable » comme l'a démontré Anne-Marie Marchetti dans son travail sur les longues peines (2001). Au cours de cette période qui peut durer plusieurs mois, inquiétude et espoir se juxtaposent (Combessie, 2001). L'inquiétude d'avoir une peine trop longue, l'espoir de ne pas avoir une peine trop lourde afin de reprendre rapidement la vie d'avant, là où elle avait été interrompue, tel est bien souvent l'espoir ou l'attente de l'individu privé de liberté. Au cours de cette période d'attente, Sylvie exprime avec colère son impuissance à agir sur le cours de son existence. C'est une période d'incertitude temporelle intense qui se juxtapose à la découverte de l'enfermement où les détenus sont bien souvent en lutte. En effet, être privé de liberté produit une « désorganisation généralisée de la conduite et de la pensée » qui peut conduire à « l'effondrement de toute visée cohérente de l'avenir » (Bourdieu, 1997 : 262). Sylvie, par exemple, voudrait être fixée sur son sort sans quoi elle craint de devenir folle, elle estime avoir perdu ses repères temporels. Si elle calcule précisément combien de jours se sont écoulés depuis son arrivée : « aujourd'hui, c'est le 135ème jour que je suis ici », elle a la sensation de ne plus avoir le temps en tête. En effet, l'accumulation de ces 135 jours ne peut prendre sens que si ils sont décomptés d'un quantum de peine déterminé, autrement dit au regard d'un horizon temporel plus précis qui serait fixé dans le futur. Céline aussi a la sensation de devenir « folle », comme un être égaré partant à la recherche de ses souvenirs perdus : « J'ai envie de me souvenir et le fait de savoir que j'ai envie de me souvenir, je ne comprends pas pourquoi ma tête ne veut pas ! Ne veut pas ouvrir cette caisse noire comme on me dit ce coffre qui est fermé pourquoi il ne veut pas s'ouvrir quoi ». Cette « caisse noire » symbolise les faits pour lesquels elle est accusée qui lui provoquent des cauchemars et des insomnies. Ainsi, le fait de ne pas avoir de durée de peine contribue certainement à prolonger l'état de choc car les détenus restent désynchronisés des objectifs de la peine. Plus généralement, ce blocage lié à l'attente du procès induit des disjonctions temporelles entre le temps du jugement et le temps de l'exécution de la peine au cours duquel s'inscrit un projet de

⁵⁹ Sylvie est « prévenue » ou en détention provisoire, elle encourt une peine de dix ans de réclusion. Elle a été incarcérée dans l'attente de son jugement. Céline a été jugée, elle a fait appel de la décision, elle est une « appelante » dans le jargon de l'administration pénitentiaire. Cela signifie que son jugement est suspendu en attendant le prochain procès. À partir de la durée de peine prononcée lors du jugement, une répartition géographique sépare les courtes peines effectuées en maison d'arrêt (moins d'un an), des peines plus longues orientées en établissement pour peine où le détenu va vivre plusieurs années.

réinsertion⁶⁰, autrement dit, entre le temps pénal et le temps pénitentiaire qui dans la situation de Céline et de Sylvie ne sont pas dissociés. Cela renforce la conception punitive de la peine car la durée passée en prison reste sans objectif, sans borne.

Une fois que le quantum de peine a été prononcé par le juge, un point se fixe sur la ligne d'horizon. C'est le début d'une seconde période qui représente l'exécution de la peine. La plupart des détenus rencontrés avaient un statut de condamné et séjournaient en centre de détention, parfois depuis plus de dix ans comme pour Jean-Michel, Amédée ou Robert dont nous avons déjà parlé. Contrairement à Sylvie ou Céline, le temps passé en prison avait fait son effet, ces hommes semblaient avoir intégré le rythme carcéral. Aucune revendication, pas de scandale... La prison est devenue bon gré mal gré, au fil des années, leur lieu de vie et in fine leur rythme de vie. Ce temps est décrit comme un temps lent dans lequel moins d'événements se produisent. C'est au cours de cette période que le détenu s'adapte au rythme, prend ses marques (Marchetti, 2001) et fait un travail vis-à-vis de l'acceptation de sa peine et de sa durée. Pour les personnes détenues, cette période est souvent un temps où ils peuvent « se poser » et commencer à envisager l'avenir, puis la sortie de prison. Pour les professionnels du monde de la peine, certains comportements sont attendus, évalués et contrôlés au regard des objectifs de la sanction pénale. Cependant, il peut aussi exister des décalages, des désynchronisations par rapport aux attentes et aux projections des uns et des autres. A quoi sert cette durée passée en prison ? Qui en donne le sens ? Les significations sont-elles synchronisées entre les institutions et les individus ? Les professionnels appréhendent-ils ces enjeux dans leur réalité temporelle ?

Pour finir, au cours de leur incarcération, les détenus peuvent réduire la durée de leur peine. Par exemple, il est possible d'obtenir des « réductions de peine » appelées aussi « remises de peine » qui sont calculées et octroyées par l'administration pénitentiaire et permettent de réduire la peine de quelques mois chaque année. Ces réductions sont calculées automatiquement mais peuvent être refusées en Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) en fonction du comportement de la personne détenue. Elles permettent de « gagner du temps » en diminuant de trois mois chaque année la totalité du quantum de peine. Ce gain est attribué

⁶⁰ Le Projet d'Exécution de Peine (PEP) est un outil de l'Administration Pénitentiaire au service de sa mission de réinsertion. Non obligatoire, son objectif est de donner du sens à la peine. La personne concernée doit élaborer un projet de réinsertion et s'inscrire dans un suivi concernant les liens familiaux, l'éducation, le travail et le remboursement des parties civiles. Le projet est contractualisé, individualisé et doit être réalisable.

en fonction du comportement du détenu et à l'appréciation des personnels de l'administration pénitentiaire. Ainsi, accomplir sa peine, ce n'est pas forcément aller jusqu'au bout de la durée prononcée lors du verdict. A contrario, parfois on peut ajouter du temps à la peine, lorsque des « sursis » tombent au cours de l'incarcération. Je fus toujours étonnée de réaliser que la plupart des détenus rencontrés avaient des difficultés à donner une date précise de sortie. Malgré les calculs d'apothicaires, formés de soustractions de remises de peine.

La durée de la peine est divisée au regard d'un découpage particulier qui ne se fait pas uniquement en jours, mois et années comme dans la vie libre mais au regard d'une durée fractionnée. Comme l'expose Manuela-I Cunha, le temps est une « chose qu'on mesure, qu'on compte, qu'on évalue, qu'on calcule : un quart de la peine, la moitié de la peine, les deux tiers de la peine ; deux procès en instance, deux ans pour chacun, avec le cumul des peines ça fait trois ans, moins six mois de remise... » (Cunha, 1997 : 59). Ces fractions augurent un ordre séquentiel où les étapes nommées juste avant doivent être franchies pour accéder à certains « privilèges » temporels. Chaque passage temporel conditionne le suivant, il faut passer par chacune de ces étapes pour accéder à une possibilité de réduire la durée de la peine (le procès, exécuter sa peine en partie). À partir de la moitié de la durée de peine prononcée ou des trois quart (en cas de récidive ou pour certains crimes), il existe une possibilité d'aménager la peine et d'en réduire la durée. A partir de la moitié de la peine, le détenu est « conditionnable » dans le jargon du monde de la peine, cela signifie qu'il peut avoir des « permissions », puis solliciter un aménagement de sa peine, nous reviendrons sur ce point dans le dernier chapitre. Toutes ces étapes visent la préparation de la sortie de prison qui est l'ultime phase temporelle de la peine. Le temps passé en prison s'étend sur une période délimitée. C'est bien le caractère réversible de la situation qui fonde la légitimité de cette institution et le rythme qu'elle impose. Pour maintenir la possibilité d'accéder aux objectifs de réinsertion et de sortie de prison, des réductions de peines sont distribuées pour encourager les détenus à s'ajuster au rythme et au tempo carcéral. De fait, comme nous l'avons déjà souligné les personnes détenues tentent généralement d'alléger, d'abrégé, de réduire, de moduler cette durée.

Comment modifier cette temporalité, comment échapper à ce temps cyclique, comment échapper à l'ennui ?

7.2 Un modulateur de temps : le travail

7.2.1 Le travail, instrument de réinsertion

Le rythme quotidien de cette « institution totale » est impulsé en grande partie par le travail qui agit aussi comme un « donneur de temps » et permet un cadrage de la vie quotidienne. Au cœur des prisons, les départs et les retours pour les ateliers donnent le rythme et le tempo. Les premiers mouvements dans la prison sont généralement ceux des travailleurs qui quittent leur cellule pour rejoindre l'atelier. Trois catégories de travail sont possibles en prison : en atelier pour une entreprise extérieure, au service général de l'administration pénitentiaire (auxiliaire affecté au nettoyage, aux cuisines, à la buanderie) et pour le compte de la Régie Industrielle des Établissements Pénitentiaires (RIEP) qui fait fabriquer en prison des produits pour les administrations (uniformes, mobilier de bureau). La première catégorie subit des fluctuations d'activité en fonction des commandes des entreprises. L'activité se déroule parfois de façon intermittente et les ateliers peuvent vivre des périodes de chômage technique. L'analyse d'Anne-Marie Marchetti sur les pauvretés en prison montre que le travail est mal payé et qu'il y a une pénurie surtout en maison d'arrêt (1997).

Pour Céline dont nous avons déjà parlé, le travail remplit une bonne partie de sa journée⁶¹. En semaine, chaque matin et chaque début d'après-midi, elle part avec quatre autres détenues en direction de l'atelier, un peu comme si elles partaient à l'usine, sauf qu'elles sont encadrées par deux surveillantes. Quand je demande à Céline en quoi consiste son travail, elle parle à plusieurs reprises de « pièces » qu'elle réalise à l'atelier, 25 heures par semaine pour gagner environ 250 euros par mois. La description de son activité est vague : « compter des pièces », « vérifier des pièces » et « recompter des pièces » qui sont des parafoudres faits pour une entreprise privée. Thierry fabriquait des coffrets pour une grande marque de champagne, cela le rendait fier car avant il était en charge de l'emballage des « oignons ». Robert était aux cuisines, Amédée faisait de la couture : « des polaires, des casquettes et même des tenues pour les surveillants de prison ». Pour évoquer ce qu'il fait à la menuiserie, Pierre utilise un vocabulaire évasif : « des trucs », des « espèces de baguettes » ou encore des « ficelles », des « emballages ». Nombre d'éléments négatifs sont présents dans son propos qu'il ponctue par

⁶¹ En maison d'arrêt, le temps de travail est souvent inférieur au temps de travail habituel (35 heures) et dépendent des demandes d'entreprises privées. Souvent payé à la pièce, le travail des détenus n'est pas régi par le droit du travail mais par l'administration pénitentiaire.

des adverbes « vraiment ! », « enfin ! » qui signale son désarroi et son désintérêt pour cette activité. En d'autres termes, Pierre ne se reconnaît pas à travers cette activité. De plus, ils soulignent le caractère simple et répétitif des tâches à accomplir où le détenu est finalement réduit à un « mécanisme » si l'on reprend un terme de Karl Marx. D'ailleurs Pierre estimait que tout le monde pouvait effectuer ce travail en clamant « il ne faut pas sortir de St-Cyr ». Dans ce contexte, le détenu travaille bien souvent parce qu'il n'a pas d'autre choix et non pas parce qu'il le désire à priori ni parce qu'il aurait du plaisir à le faire. De fait la reconnaissance des travailleurs est moindre, cette catégorie de « sous prolétaires » est moins bien payée que les plus pauvres du monde libre⁶². Ainsi, au-delà d'un objectif de normalisation, « un processus de différenciation se poursuit entre travailleurs enfermés et travailleurs libres » (Guilbaud, 2015 : 50). Selon Pierre, son activité ne « rapporte pas grand-chose », il a une valeur « occupationnelle » car il compresse l'attente et l'ennui, il permet de faire quelque chose plutôt que ne rien faire.

Ainsi, l'intérêt pour les détenus se situe au-delà du maigre bénéfice financier. Le gain et le sens qui lui est attribué est temporel car il permet de gagner du temps. Il module l'attente et l'ennui en proposant une rupture vis-à-vis du rythme cyclique et de la durée de peine. Les détenus gagnent du temps en dehors de la cellule. D'après Fabrice Guilbaud, le temps consacré au travail permet d'agir sur celui de la peine (2008). Ceux et celles qui travaillent développent un autre rapport à la durée de la peine lié au fait de « sortir de la cellule » d'une part, et « le temps passe plus vite » pendant la durée du travail d'autre part : l'un allant avec l'autre (Guilbaud, 2008). C'est bien la possibilité de marquer une séparation spatiale entre le temps de l'activité à l'atelier et le temps du repos en cellule (à midi, en fin de journée et le weekend) qui permet de s'intégrer dans une autre temporalité. En effet, la différenciation spatiale est intimement liée à la distinction temporelle⁶³. À partir de l'alternance spatiale qui introduit une segmentation du temps, sont constituées des périodes. Autrement dit, le temps se

⁶² Selon la catégorie, le taux de rémunération peut varier de 1,91 à 4,66 euros net de l'heure. Tout cela reste encore très éloigné du salaire minimum de la population libre. Au 1^{er} janvier 2016, le SMIC horaire net est de 7,58 euros. La prison est aussi rappelons-le une façon d'obtenir une main d'œuvre très bon marché. Comme l'ont montré Fabrice Guilbaud et Gonzague Rambaud (avec N. Rohmer), la réserve de main-d'œuvre peu coûteuse cachée dans les prisons françaises permet une alternative à la délocalisation pour certaines entreprises privées (2010).

⁶³ Christian Guinchard cite à ce propos B. Bréban (2011 : 52) : « toute possibilité d'intégration dans une temporalité semble vaine lorsqu'il est impossible de se plier à un rythme réglé par des horaires qui départagent le temps du travail et celui du repos : les heures filent indifférenciées, le temps devient une course anarchique pour trouver des moyens de subsistance et sa pression est d'autant plus forte que les besoins sont vitaux », (B. BRÉBAN : *La pauvreté un destin*, Paris, L'harmattan, 1984 : 39).

différencie géographiquement, il est marqué par le début de certaines activités et par leurs fins ce qui permet d'éprouver différemment la durée d'une journée, puis celle d'une semaine.

En effet, en plus d'une séparation quotidienne, le temps du travail et le temps du repos sont découpés par des discontinuités dont celle du weekend comme dans la vie libre. Par exemple, Céline était en repos le samedi et le dimanche, elle attend toute la semaine l'arrivée du samedi pour passer un coup de téléphone à son fils. La durée de la semaine s'étend entre les deux samedis ou entre les deux coups de téléphone. De même, la visite mensuelle de son fils au parloir construit également une période à partir de laquelle Céline imagine déjà la prochaine rencontre pendant qu'elle repense à la dernière visite de son fils. C'est ce que Cohen S. et Taylor L. nomment « l'effet accordéon » qui permet d'étirer et de réduire la durée entre deux visites, et de nourrir les périodes d'attente (1974 : 99, cité par Cunha, 1997). Dans ce contexte, les anticipations et la préparation de la rencontre contractent la durée en amont, puis les souvenirs retentissent en aval. Cette périodicité permet aussi d'assurer une continuité entre l'extérieur et l'intérieur de la prison, et d'atténuer le décalage entre le présent et le passé du détenu. En ce sens, la temporalité associée au travail en prison permet de rapprocher des temps sociaux différents (intérieur et extérieur) qui ont toutefois des points communs dans leur structuration. Autrement dit, cette temporalité donne des « points calendaires articulés sur le monde extérieur » (Cunha, 1997) au regard de discontinuités communes au monde libre (le midi, les week-ends).

Si le travail en prison a longtemps été obligatoire et considéré comme un moyen d'amendement moral du condamné, il est devenu au fil des réformes pénitentiaires un instrument de contrôle social en détention qui peut atténuer les révoltes (Eckert, 2015 : 8). Un gradé rencontré dans le cadre de l'enquête affirme qu'un détenu qui rentre de l'atelier fatigué sera moins vindicatif, plus docile qu'un détenu qui a tourné en rond dans sa cellule pendant une dizaine d'heures. Du point de vue des professionnels de surveillance, être occupés laisse moins de temps aux détenus pour imaginer et mettre en place des stratégies pour communiquer entre eux ou imaginer des plans d'évasion. Si le monde de la peine a le souci de limiter les évasions, au quotidien, c'est principalement le maintien du calme qui préoccupe les personnels de surveillance. En ce sens, le travail a aussi comme but de canaliser et de limiter les comportements qui pourraient être néfastes aux objectifs du monde de la peine et à l'ordre carcéral, tout en maintenant le calme. Les responsables de détention estiment qu'une « population occupée est aussi une population moins dangereuse et moins difficile à gérer »

d'après Anne-Marie Marchetti (1997 : 51). Pour Loïc Wacquant, le travail en prison agit comme un agent de normalisation des catégories les plus pauvres et les plus déviantes de la société. Le message reste clair vis-à-vis de l'importance de la valeur travail dans la peine qui serait selon Loïc Wacquant de : « plier les catégories réfractaires au salariat précaire, réaffirmer l'impératif du travail comme norme unique » (1999 : 100). De plus, les sous-prolétaires qui remplissent les prisons permettent d'ajuster une partie du marché de l'emploi : « la prison servant de bordure et de déversoir au nouveau marché de l'emploi déqualifié » (*Ibid.*, 100). Une continuité s'opère à nouveau entre ces deux populations, la population détenue et les plus pauvres de la société, pour qui le travail apparaît comme un instrument normatif essentiel.

Dans cette perspective, le cadrage temporel de la peine ne doit pas être totalement « vide » puisqu'il doit œuvrer à transformer le détenu dans le but d'envisager sa sortie de prison. Le travail en prison est aussi défini par le monde de la peine comme un instrument de réinsertion. En effet, pour se rendre à l'atelier, il faut se réveiller, se lever le matin, il faut tenir le rythme imposé sur une durée prolongée, développer des compétences, coopérer avec d'autres détenus et s'ajuster à la hiérarchie. Ceux qui travaillent sont nommés les « classés », ils se distinguent de la masse carcérale, en opposition aux autres qui restent d'une certaine manière des « déclassés ». Le travail ne peut donc pas être réalisé par tout le monde ou « n'importe qui » (selon les termes de Pierre). De plus, selon les personnels de surveillance, de nombreux détenus, notamment en maison d'arrêt (où les peines sont majoritairement courtes), ne demandent pas à avoir une occupation, ce qui peut être interprété comme de la paresse, et apparaître en décalage avec les objectifs de la peine et le projet de réinsertion. Certains détenus préfèrent ne pas s'engager dans une activité, notamment quand leur peine est courte (quelques mois). De fait, pour le monde de la peine, le travail opère une hiérarchie sociale entre les détenus, il trace des frontières. En d'autres termes, il y aurait des « bons détenus » et d'autres « moins bons » que le travail permet de trier et de désigner. En outre, il permet aussi d'obtenir plus facilement des réductions de peine supplémentaires (Art. 721-1 du CPP, les réductions de peine peuvent représenter jusqu'à trois mois par an. Cela signifie que trois mois sont déduits du quantum de peine prononcé). Aussi, le travail a le pouvoir d'agir sur le temps de la peine, d'aiguiller les décisions de réduction de peine et de favoriser un aménagement de peine. Cela rejoint les propos de Loïc Wacquant dans son analyse des prisons américaines : « l'absence ou la faiblesse de l'insertion professionnelle du détenu rallonge la durée effective

de l'incarcération en diminuant ses chances de bénéficier d'une réduction de peine ou d'une libération conditionnelle ou anticipée » (*Ibid.*, 101). Tous les détenus ne peuvent pas accéder à ces privilèges temporels donnés par les activités : comprimer l'attente, alléger l'ennui, réduire la durée de la peine. En effet, de nombreux établissements pénitentiaires n'ont pas les moyens nécessaires pour que les détenus modulent leur temps d'attente. En maison d'arrêt par exemple un détenu sur trois accède au travail. Il y a bien souvent des listes d'attente, des demandes qui n'ont pas de réponse alors que la loi pénitentiaire de 2009 avait prévu la possibilité de déployer des activités pour tous les détenus en inscrivant dans son texte une obligation d'activité (Lecerf, Borvo Cohen-Seat, 2012).

7.2.2 Le maintien des activités de projection

Comme à l'extérieur, le travail en prison offre une présentation de soi, produit un sentiment d'utilité, construit une identité, il est un pilier essentiel du « moi » comme le rappelait Everett Hughes : « Le métier d'un homme est une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans une existence qui ne lui est donnée qu'une fois. En ce sens, le choix d'un métier est presque aussi irrévocable que le choix d'un conjoint » (Hughes, 1996, 76). Lors de nos rencontres, les détenus ont souvent évoqué leur profession exercée dans la vie libre, rappelant ainsi une certaine continuité ou au contraire marquant une rupture entre le passé et le présent. Cette donnée permet d'éclairer l'analyse au regard de cette facette de leur identité : Sylvie était infirmière, Jean-Michel, cadre pour une compagnie aérienne ; Bernard dans la maçonnerie ; Robert dans une scierie, Amédée dans le bâtiment, Émir était boucher. Céline, avant d'être en prison, avait même un CDI, comme elle dit, dans une entreprise de peinture en bâtiment. Bernard s'attachera à énumérer au cours de notre entretien les différents emplois occupés, notamment dans la maçonnerie, avant l'incarcération.

Le travail en prison n'est pas uniquement un outil de contrôle et d'évaluation, il permet d'être synchronisé avec le collectif et de maintenir des activités de projection. Plus encore ses activités de temporalisation produisent le temps :

Le travail salarié est le support, sinon le principe, de la plupart des intérêts, des attentes, des exigences, des espérances et des investissements dans le présent, ainsi que dans

l'avenir ou le passé qu'il implique, bref l'un des fondements majeurs de l'illusio comme engagement dans le jeu de la vie, dans le présent comme investissement primordial qui - toutes les sagesse l'ont toujours enseigné en identifiant l'arrachement au temps à l'arrachement au monde - fait le temps, est le temps même (1997 : 263)

Le travail n'est pas uniquement aliénant, il a aussi une fonction stratégique (obtenir des privilèges temporels) voire thérapeutique. Il est un « point d'appui pour se maintenir à flot, s'affirmer et exister », même un travail déqualifié peut produire des « formes positives d'investissement au travail » (Avril, 2003 : 153). Il permet finalement de s'éloigner d'une durée dilatée, d'un sentiment d'ennui ou de la souffrance occasionnée par la situation d'enfermement. Il fut étonnant de constater à quel point les personnes détenues rencontrées accordaient de l'importance au travail pour rester synchronisées avec le collectif, cela rejoint Renaud Sainsaulieu qui évoque à travers le modèle de « fusion » le fait que parfois l'individu effectue une activité répétitive et peu qualifiée car il n'a pas d'autre choix que de « se fondre dans le groupe du travail, car il n'a guère d'autres ressources que le collectif » (Plane, 2013 : 88). Leur intérêt pour le travail est aussi à mettre en lien avec la durée de leur peine qui était souvent longue et le lieu d'incarcération, souvent un centre de détention où le travail fait pleinement partie de l'organisation au regard de l'objectif de réinsertion.

Les périodes de temps libre étaient pour plusieurs personnes rencontrées source de souffrance car elles étaient envahies par des moments de ruminations. Ainsi, le fait d'être plongé dans un présent répétitif qui diffère de celui du monde de la peine, permet sans doute d'avoir la « pensée libérée » et de limiter les moments de rumination et de souffrance. Ainsi le sentiment d'aliénation n'est pas toujours où on l'attend. Le travail répétitif est aussi propice à la rêverie, permet de mettre de la distance avec le choc carcéral, la promiscuité et toutes les contraintes qui forment la vie en prison. Si le temps libre mais néanmoins contraint est un poison, le travail en est-il le remède comme le dirait Bourdieu ? Ainsi, le sentiment d'aliénation serait-il renversé en prison ? L'enquête menée par Paul Lazarsfeld et son équipe sur les chômeurs de Marienthal montre de quelle façon les individus qui ont arrêté leur activité sont déstructurés, ralentis et vivent l'expérience de la « déréliction » (Bourdieu, 1981 : 8). Tout cela porte à penser que finalement le temps libre « pratiquement illimité [...] est un cadeau empoisonné. Déliés de leur travail, sans contact avec le monde extérieur, les travailleurs ont perdu toute possibilité matérielle et psychologique d'utiliser ce temps. N'ayant plus à se hâter, ils

n'entreprennent plus rien non plus et glissent doucement d'une vie réglée à une existence vide et sans contrainte.» (Lazarsfeld, Jahoda et Zeisel, 1981 : 104). Le chômage prive l'individu d'une « raison d'être sociale » :

Avec leur travail, les chômeurs ont perdu les mille riens dans lesquels se réalise et se manifeste concrètement la fonction socialement connue et reconnue, c'est-à-dire l'ensemble des fins posées à l'avance, en dehors de tout projet conscient, sous forme d'exigence et d'urgence – rendez-vous « importants », travaux à remettre, chèques à faire partir, devis à préparer – et tout l'avenir déjà donné dans le présent immédiat sous forme de délais, de dates et d'horaires à respecter – bus à prendre, cadences à tenir, travaux à finir » (Bourdieu, 1981 : 9)

On imagine facilement que, pour les détenus malades, l'arrêt du travail représente une perte par rapport à la possibilité de moduler le temps cyclique de la prison (sentiment d'utilité, passer le temps plus vite). Le fait d'être privé de cette activité est une épreuve temporelle supplémentaire, c'est aussi prendre le risque de perdre une partie de son identité - valorisante et valorisée par le monde de la peine - qui est celle du travailleur. Perdre son travail c'est aussi prendre le risque de perdre une partie de ses activités de temporalisation (de projection) liées à la fois au présent, au passé et au futur. Par conséquent, les contraintes liées à l'enfermement sont renforcées, et les privilèges temporels qui constituent *in fine* la preuve d'une possible réinsertion s'échappent. On a pu penser que le temps libre évitait l'aliénation. Cependant, en prison le travail apparaît comme une disposition nécessaire pour affronter l'avenir, construire un horizon et se maintenir dans le jeu des « espérances et des chances » décrit par Bourdieu. Quel est le sens de la peine si ce jeu n'est plus « accessible » ou ne l'est jamais, si les détenus ne sont plus dans la course de la possibilité de sortir de prison et d'être réinséré ?

Cette « institution totale » n'a imaginé ni la perte d'autonomie ni le vieillissement d'une partie de sa population : comme si elle avait oublié le temps biologique de l'Homme détenu. Pour ces détenus vieillissants et malades, il apparaît un décalage entre leurs difficultés à s'ajuster au rythme carcéral et aux objectifs propres au monde de la peine. Même si l'efficacité de cet outil qu'est le travail peut être discutable au regard des possibilités de réinsertion et des opportunités de retour à l'emploi après la sortie de prison, il n'en reste pas moins qu'il est la pierre angulaire du présent et de l'avenir pour ceux qui sont temporellement privés de liberté. Le maintien du travail représente un enjeu crucial au cours de la durée de la peine. Ce qui compte

dans ce maintien c'est un gain contre l'ennui, c'est un gain contre l'attente, un gain contre l'évolution de la maladie, parfois un gain contre l'avancée dans la vieillesse. Bref, ce n'est pas tant un gain de nature économique mais c'est un gain de nature. Les détenus gravement malades sont en partie exclus du modèle de réinsertion et de la préparation à la sortie proposés par le monde de la peine. Pour eux, la question du sens de l'avenir pensé par l'institution reste alors dans une double contradiction temporelle. D'un côté l'institution les invite à se projeter dans le futur tout en imposant un rythme dans le tempo présent, commun aux détenus qu'ils soient malades ou non. De l'autre, la maladie grave et parfois la proximité de la mort rendent la projection de soi à un niveau spatial et temporel très complexe, ce qui tend à réduire voire à rendre impossible de nombreux projets (Levinas, 1991).

Dans mon questionnement, la maladie donne une autre tonalité à la durée de la peine, elle en modifie le tempo et le rythme. La maladie et les soins insèrent des discontinuités dans ce que l'on a nommé l'ordre carcéral, et de nouvelles attentes entrent dans le jeu temporel : l'attente d'un rendez-vous médical, l'attente d'un diagnostic, l'attente d'un traitement, comme nous l'avons vu précédemment et bien souvent aussi l'attente et l'espoir de la guérison. La maladie grave produit du désordre vis-à-vis du monde de la peine et vis-à-vis de l'avenir tel qu'il a été défini. Néanmoins, elle introduit d'autres dispositifs temporels relatifs au travail déployé à suivre son cours. La mise en place du « schéma de trajectoire » par les professionnels de santé peut attribuer un autre sens au temps de la peine et contribuer à la (re)construction du statut de patient-détenu (Strauss, 1992). Si la maladie permet de moduler le temps de la peine et parfois de résister à la durée de l'enfermement, elle reste néanmoins une menace temporelle qui pèse sur les activités de projection⁶⁴.

⁶⁴ Manuela I. da Cunha revient sur la notion de menace du temps pour les détenus. Après un retour sur le terrain dix années après sa première enquête à la prison pour femmes de Tires, elle constate que le rapport au temps des détenues s'est modifié. Cela est lié notamment au lien entretenu avec le temps de l'extérieur. Il y a dix ans, dans son analyse du temps des détenues « le déphasage entre eux (le temps extérieur et intérieur) faisait que pour elles le temps apparaisse comme une menace, ou au moins une menace plus tangible que dans le monde libre. Ceci a désormais cessé d'être vrai pour la plupart d'entre elles. Parce que de la même manière que la présence de parents, amis et voisins est venu instiller un sens de diachronie dans l'expérience de la vie carcérale, elle a aussi synchronisé la temporalité du monde carcéral avec celle du monde libre (2016, en ligne). Par rapport à l'analyse de Manuela Cunha, dans mon questionnement et ma propre analyse, la menace du temps est ravivée par la découverte ou la présence de la maladie. Voilà pourquoi je parle d'un temps menacé.

Chapitre 8

Un temps menacé par la maladie

8.1 Les temps de crises

Les détenus rencontrés ont vécu différents temps de crises. Au moins deux, celui de l'entrée en prison et celui de l'annonce d'une pathologie grave et incurable. La découverte de l'enfermement produit un « choc carcéral ». De même, le moment de la découverte d'une maladie mortelle est un moment de rupture intense. En effet, le moment de l'annonce d'un diagnostic est un événement temporel majeur qui bouleverse les calendriers prévus et remet en question les anticipations possibles de l'avenir. Si la peine est déterminée grâce à un quantum de temps, la maladie quant à elle ne suit pas une course temporelle déterminée. Sa présence impose des ajustements quotidiens qui donnent une autre importance au temps car la maladie « balaie notre représentation du temps et de la réalité comme stable » (Marin, 2015 : 68), la maladie est une « perte de capacité normative, cette capacité adaptative qui donne au mouvement d'existence du sujet une unité de signification » (Canguilhem, 2002 : 91). Ainsi, cette épreuve bouscule le rythme, le tempo et la durée donnés par le monde de la peine puisqu'elle est imprévisible et s'ajuste au gré de périodes de crises et d'accalmies, de ralentissements et d'urgence médicale.

Les maladies chroniques sont généralement composées « d'une succession de ruptures » ou autrement dit d'un enchaînement de discontinuités plus ou moins graves (Strauss, 1992). La crise est un moment d'incertitude intense composée d'aléas, entraînant des discontinuités et des désynchronisations à la fois spatiales et temporelles. C'est un temps de transition, selon Claude Dubar, qui va s'ouvrir sur un autre « régime de temporalité : celui de l'urgence, celui de la douleur, celui de la souffrance, celui de l'impossibilité de faire quelque chose ou encore celui de la gestion des symptômes » (Dubar, 2011). La crise met en visibilité la maladie par les ralentissements qu'elle provoque, les immobilisations des corps et les lenteurs qui imposent « un déploiement de stratégies de reconversion variées, temporelles et spatiales » (Membrado ; Salord, 2009 : 30).

8.1.1 Les ralentissements des corps

Les malades rencontrés dans le cadre de l'enquête étaient principalement atteints de cancer (13 sur 17), plus rarement de maladie chronique (insuffisance respiratoire pour Jean-Michel et maladie hépatique pour Pablo), Céline souffrait d'une maladie cardio-vasculaire et Jean-Pierre était atteint du sida et d'une dépression. Certains d'entre eux cumulaient les maladies comme Émir atteint du sida et d'un cancer du foie ou Sylvie elle aussi atteinte du sida, d'un cancer du sein et tout récemment d'un cancer des os. Tous les malades rencontrés ont vécu des événements difficiles à travers la douleur ou en étant confrontés à l'urgence sur le plan médical. Chaque crise a des effets sur le rapport au temps qui se lisent à travers des signaux corporels tels que des gênes, des lenteurs, des immobilisations et parfois des accélérations. En effet, la maladie a le pouvoir de modifier l'intégrité des corps. Ceux des personnes rencontrées étaient souvent amaigris et ralentis, certaines parties étaient parfois déformées, gonflées, abîmées ou coupées. Céline a été amputée d'un orteil, Marcel de sa jambe. Le visage fatigué et boursoufflé de Sylvie s'est transformé suite à l'accumulation de traitements et de la fatigue. Pierre qui pensait avoir une « lombosciatique aigue » était en réalité rempli de métastases osseuses. Mohamed a perdu 20 kilos en quelques semaines, ses cheveux sont tombés, son teint et ses yeux jaunis marquaient sa souffrance hépatique. Sa maladie transparait sur l'ensemble de son corps cachexique, il est devenu un autre et son visage et son corps habituels semblent s'être effacés au fil des jours. Le visage creusé, sans dent, de Bernard âgé de 61 ans renvoie à l'image d'un vieillard. C'est aussi ce que ressent la conseillère d'insertion et de probation à la vue de Pablo qui a du mal à se déplacer, marche d'un pas lent, le dos légèrement voûté. Selon elle, il fait plus vieux que son âge réel, elle a l'impression de discuter avec un « papi » ce qui n'est pas habituel dans le cadre de son activité en prison. L'expérience du vieillissement et celle de la maladie sont associés aux modifications corporelles (Duprat Kushtanina, 2015), et les lenteurs des corps entraînent une perte d'autonomie. Il faut parfois devoir accepter d'être aidé pour certains gestes comme le rappelle Pierre :

Alors imaginez-vous, dire à quelqu'un que malheureusement on est obligé de faire les examens dans le lit avec les machins spécial, etc., Excusez-moi mais ce n'est pas évident à vivre hein ! Non ce n'est pas évident ! Il faut voir et puis j'ai dérouillé hein ! Parce que

vous marchez pas, vous bougez plus, donc tout ça, ça se bloque ! Parce qu'on est à l'arrêt ! Parce que bon le corps il est comme ça, on, hein, donc j'en ai bavé hein ! Ouai j'en ai bavé ! C'est comme ça ! (Pierre, CD)

Pour Pierre être malade c'est être « bloqué », ce qui a pour effet de réduire ses possibilités et ses exigences au quotidien ainsi que ses espérances. Pierre avait la sensation d'une perte de lui-même : « Intérieurement je me sens carrément démuni quoi ! Moi je me sens plus... comme avant quoi... Je ne suis plus... ». Ses projections vis-à-vis de l'avenir sont également réduites et se redessinent selon les exigences de la maladie et non plus selon ses projets, ses espoirs et ses désirs. C'est aussi une frontière temporelle entre un passé qui s'échappe et un présent qui sonne comme une rupture. Pierre ne sera plus le même, c'est le caractère irréversible de la maladie qui produit une crise existentielle, perturbe les capacités d'action, c'est une crise « biographique » ou encore « une catastrophe intime » qui entraîne une « blessure de l'identité » (Marin, 2015 :10).

L'évolution de la maladie et les ralentissements des corps a souvent eu pour effet d'interrompre certaines activités incorporées au rythme de la prison. Cependant, les personnes détenues gravement malades qui ne sont pas, physiquement, en mesure de travailler ou de faire du sport, les deux activités principales en prison, n'ont pas les mêmes opportunités de cadrage de leur quotidien pour moduler le rythme et la durée de la peine. Émir, l'un des détenus malades rencontrés exprime son sentiment d'inutilité. Ses journées commencent sans objectif particulier « je me demande pourquoi je me lève le matin » s'exclame-t-il. Son médecin m'explique que les places à l'atelier sont chères et que les détenus malades et vieillissants ne sont pas prioritaires. Ce médecin réalise à quel point la maladie paralyse les possibilités d'accéder au rythme de vie de la prison :

La vie en milieu carcéral pour les gens qui sont malades c'est pas très sain parce qu'ils ne peuvent pas accéder au travail, peut-être pas aux activités, ils n'ont pas la même possibilité de s'évader si je puis dire de leur, de leur maladie... Parce qu'ils ne peuvent pas participer au sport, donc en fait ils vivent seulement, en tête à tête avec leur maladie. (Médecin, centre de détention)

Malgré les signes évoquant la maladie (douleur, fatigue) au cours de plusieurs mois, une résistance manifeste a conduit les détenus rencontrés à s'accrocher à leur activité et en différer

l'arrêt. Si le travail permet un gain temporel à l'égard du temps de la peine, il offre aussi un gain par rapport à la maladie : « le travail c'est aussi une façon de ne pas trop penser à sa maladie » lance Amédée au cours de l'entretien. Selon Amédée, « vivre c'est travailler », autrement dit tant que le travail se poursuit, il affiche un état de bonne santé, cela évite d'être confronté à un temps mort qui n'est pas rempli par le travail. Ainsi, cette stratégie adoptée par les malades renvoie à l'« acceptation fantôme d'une normalité fantôme » mise en évidence dans l'ouvrage *Stigmaté* (Goffman, 1989 :139). Le malade faisant semblant de ne pas l'être, espérant préserver les liens sociaux que l'état de malade va modifier.

Sans activité, une forme d'isolement plus sévère est souvent ressentie car les détenus malades ne sont plus en phase avec le rythme et le tempo principal de la prison. Cette coupure renforce aussi l'opposition entre une population détenue majoritairement jeune et autonome, et des détenus malades et vieillissants minoritaires. Par exemple, Bernard sait qu'il ne peut pas « rivaliser avec les jeunes, c'est la vieillesse, la vieillesse c'est dur ». A l'atelier où il fait des « emballages », ses gestes semblent au ralenti à côté de ceux des plus jeunes. Sa cadence n'est pas aussi rapide que celle de son jeune équipier qui plusieurs fois par jour l'aide à rattraper son retard. Il a compensé cet écart de productivité en payant son jeune « collègue » en paquets de cigarettes. Bernard déploie des stratégies dans le but de maintenir son travail, cependant plusieurs détenus rencontrés dans le cadre de l'enquête ont perdu leur place à l'atelier suite à des périodes d'absence liées à la maladie ou la vieillesse (immobilisation, hospitalisation). En prison, le corps a une grande importance dans les interactions. Le corps des détenus affiche une forme de virilité et instaure une hiérarchie et des rapports de domination à l'égard des surveillants mais aussi à l'égard de certaines catégories de détenus, notamment vis-à-vis des « pointeurs »⁶⁵ qui sont souvent aussi des détenus plus âgés que la moyenne. Ainsi, s'opposent les corps musclés des jeunes, aux corps fragiles des plus vieux qui sont exclus du culte de la performance physique et *in fine* du pouvoir (Touraut, 2015). Être détenu c'est donc être relativement jeune et autonome afin de pouvoir s'adapter au rythme du monde de la peine et afin que la durée de la peine ait une utilité. L'économie de la peine repose sur le travail du détenu, ses possibilités à être synchronisé aux autres détenus.

Les difficultés à s'ajuster au rythme et au tempo carcéral situent le détenu à contretemps et produisent des « disjonctions de temporalités » (Pourtau, Dumas et Amiel, 2011), à savoir des

⁶⁵ Les « pointeurs » sont des personnes condamnées pour des délits ou des crimes sexuels (viols ou agressions sexuelles).

ruptures entre la temporalité du détenu et celle du malade. Il existe des disjonctions de temporalité au sens défini par Lionel Pourtau, Agnès Dumas et Philippe Amiel dans un article intitulé : « les individus face à l'évènement « cancer » » (2011, en ligne). Ce sont des ruptures entre la temporalité du malade et celles de son entourage professionnel ou familial. Dans la perspective de notre objet, on peut dire que les disjonctions de temporalités sont des ruptures entre la temporalité du malade et la temporalité du détenu ou plus précisément en eux-mêmes. Le détenu malade s'éloigne alors de la définition classique du détenu. Ces disjonctions peuvent, selon les auteurs sus-cités, prendre deux formes soit être partielles soit totales. La seconde forme marque une incompatibilité entre les deux temporalités. Dans ces situations, les détenus étaient souvent hospitalisés, parfois un système d'aidant était intégré à l'organisation de la prison comme nous l'avons vu pour Jean-Michel et pour Louis qui étaient allongés toute la journée dans leur cellule. Par contre, la première forme de disjonction partielle signifie qu'il est encore possible pour le malade de s'ajuster au monde de la peine grâce à des arrangements et les deux parties gardent des relations. C'est le cas de la plupart des détenus malades rencontrés dans l'enquête qui parviennent à maintenir les deux ordres temporels par le déploiement de stratégies pour faire face à cette « épreuve » (Caradec, 2007). Toutefois, quelle que soit la forme de disjonction temporelle, cette coupure marque une séparation entre le détenu et le détenu-patient car ce dernier ne s'inscrit plus dans un même jeu temporel, il ne peut plus être défini comme un détenu normal, et ne plus être soumis à la même discipline en termes de temps et d'espace.

Le maintien de la juxtaposition des deux temporalités et la constitution du statut de détenu-patient supposent des ajustements en termes de régularité et de fréquence des suivis par les professionnels de santé. Par exemple, Sylvie sollicite de façon quasi quotidienne les infirmiers à l'unité sanitaire et de façon hebdomadaire la psychologue. Deux fois par mois, elle rencontre un médecin, une fois tous les deux mois un spécialiste des maladies infectieuses. Finalement l'emploi du temps de Sylvie se compose de consultations plus régulières et plus fréquentes à l'intérieur de la prison que lorsqu'elle était dans la vie libre. Le fait que Sylvie soit infirmière de formation lui confère aussi un rapport particulier au monde du soin et à son corps, ce qui explique en partie son assiduité et ses demandes de soin, parfois considérées comme excessives par le corps médical. De fait, le rapport qu'entretient le malade avec lui-même, avec son corps va produire des intentions, un rythme et un tempo singuliers vis-à-vis du monde du soin.

La prise en charge de la maladie cadre le quotidien à travers les soins, les consultations proposées et les interactions avec les soignants. Un autre emploi du temps se façonne au regard des signes et des risques liés à la maladie. Miguel qui est atteint d'une leucémie rencontre les professionnels de santé au moins deux fois par semaine pour un bilan sanguin. Inquiet de ses résultats, le médecin qui le suit en prison trouve que Miguel est cependant « trop proche de ses résultats, il faudrait qu'il mette un peu de distance » selon ses termes. Si ce médecin remet en question sa légitimité à être informé de toutes les données médicales le concernant, pour Miguel ces résultats sont extrêmement importants, ils aiguillent les prises de décisions prochaines et donnent le signal d'une éventuelle indication d'hospitalisation. Miguel pendant qu'il attend sa prochaine prise de sang, sait que son taux de globule rouge peut varier et chuter en quelques jours, il sait que sa situation clinique est critique dans le sens où elle peut relever d'une urgence vitale du jour au lendemain. Il a souvent eu peur de ne plus avoir suffisamment de globules rouges et de s'effondrer dans sa cellule ou au cœur de la prison. On comprend mieux que Miguel soit constamment dans l'attente de ces indices qui révèlent ce qui n'est pas visible, qu'il soit en alerte face au risque de crise dont il a déjà expérimenté les difficultés à travers la gestion de l'urgence en prison. Plusieurs détenus rencontrés avaient mis en place des activités d'anticipation. Par exemple, Sylvie avait choisi d'interrompre pendant un temps ses promenades dans la cour par peur de tomber ou d'être bousculée par d'autres détenues. En effet, elle avait peur de potentielles fractures spontanées du fait de ses métastases osseuses. Voilà pourquoi, en évitant certains espaces et certaines activités à risque, elle tentait de prévenir les risques de ralentissement corporel et de désynchronisation.

Les patients-détenus et les professionnels de santé agissent pour limiter les risques et dans le but de maîtriser le cours de la maladie. Toutefois, comme le souligne Evrett Hughes, patients et professionnel n'ont pas les mêmes postures, dans certaines activités professionnelles, la gestion de la crise ou de l'urgence fait partie de la routine. Ainsi, ceux qui gèrent la crise et ceux qui la vivent n'ont pas la même perception de la situation : « celui qui affronte une situation de crise pense que l'autre minimise ses ennuis, ne le prend pas au sérieux. » (Hughes, 1996 : 84-85). Parallèlement, le professionnel a acquis une expérience et sait par exemple que le patient « peut exagérer ; ainsi il recourt à des artifices pour se protéger et gagner du temps » (*Ibid.*, 85). Cependant, la maladie balaie tout, elle produit des lenteurs et des blocages qui pour ceux qui les affrontent peuvent être interprétés comme des signes qui annoncent la fin de la vie. La crise entraîne avec elle la peur de la mort comme le signale

Claude Dubar : « la crise c'est l'épreuve de cette limite entre la vie et la mort » (Dubar, 2011). C'est bien la peur de la crise et à travers elle la peur de la mort qui va modifier à la fois le rapport au temps du quotidien mais aussi l'horizon temporel. Ainsi, les disjonctions temporelles se situent à deux niveaux, à la fois dans le présent mais aussi dans les activités de projection. Aussi, le fait de vivre avec cette peur mais aussi le fait de vivre des périodes de transition, ou de répit donnent naissance à des contradictions temporelles qui produisent des arythmies, entre le rythme figé et cyclique du monde de la peine et le rythme négocié et intermittent de la maladie et des soins ; entre le caractère irréversible de la maladie sur le corps du malade et l'espoir pour le détenu de reprendre sa vie d'avant et de sortir de prison « tel qu'il est rentré » (Buffard, 1973 : 51).

8.1.2 Les arythmies (les angoisses) et les représentations de la mort/réflexivité

Les temps de crise font souvent resurgir les représentations de la mort et les moments où les patients-détenus ont été confrontés eux-mêmes à la proximité de leur mort ou à la mort d'un proche. Sylvie avait déjà été confrontée à la question de la mort. Elle me livre une succession d'événements qui font date dans son histoire et qui ont profondément modifié sa vision de la mort et son identité. Sa première confrontation, ce fut l'annonce du VIH. Il y a 20 ans, un médecin lui a dit qu'il lui restait 5 ou 6 ans à vivre mais « j'étais jeune, j'ai résisté et je ne suis pas morte » raconte Sylvie. Puis en 2012, le cancer du sein, là encore, jeune mère elle avait le souhait de lutter contre la maladie. Puis dernièrement, l'annonce de la présence de métastases osseuses. Aujourd'hui Sylvie dit ne plus avoir le courage de se battre contre cette extension de son cancer. Rares étaient les détenus qui avaient, comme Sylvie, une telle possibilité d'introspection et d'énonciation, et une « conscience ouverte »⁶⁶ de leur propre finitude (Strauss, 1992). La plupart des détenus rencontrés ont évoqué timidement leur mort à venir, abordée à demi-mot, entourée de « non-dits » lors des entretiens ou totalement absente (Kaufman, 2005). En fonction de leurs capacités de réflexivité, les activités de projection et d'anticipation de l'avenir étaient bien souvent variables. Pierre raconte que lors de la

⁶⁶ « Situation dans laquelle le personnel médical et le patient sont tous deux conscients que ce dernier est mourant », et où les soignants en tiennent compte dans les actes. Il existe d'autres contextes de conscience : « la conscience fermée », « la conscience présumée », « la conscience feinte mutuelle ». Pour plus de précisions, voir le chapitre « la conscience d'une mort proche : les ambiguïtés de la conscience ouverte in la trame de la négociation, Strauss, 1992, p113 à 143.

« première chimio », il a pris conscience de la gravité de sa maladie : « Je suis monté à 39,5 - 40 de fièvre, j'ai failli... Là je me suis rendu compte que j'ai failli y passer ! ». Émir quant à lui a vécu la mort de plusieurs de ses amis atteints du VIH dans les années 80. Quand on lui a annoncé en 1986 qu'il était séropositif, il pensait que « c'était la fin, on me regardait différemment, moi j'étais prêt à mourir » confie-t-il. Quand je lui demande comment il envisage l'avenir, Émir me dit qu'il ne préfère pas y penser car cela lui fait peur, « à la moindre infection, je peux partir ». Pour d'autres parler de la gravité de leur maladie et de leur propre mort semblait trop douloureux. Thierry très ému tout au long de notre rencontre dit qu'il ne veut pas parler de tout ça. Mohamed malgré son affaiblissement visible, continue de nourrir une forme d'espoir : « je suis fatigué, je me sens épuisé mais il faut combattre la maladie ! Comme elle est venue, il faut qu'elle parte ». Mohamed sait que sa maladie est grave tout en me demandant une confirmation au cours de l'entretien : « Madame, vous pensez que ma maladie c'est grave ? ». Malgré ses modifications corporelles importantes, il évoque un projet « normal » pour un homme de 40 ans qui est marié depuis peu : il envisage de fonder une famille avec sa femme. Sa plus grande inquiétude reste la possibilité de retourner en prison, il est hospitalisé en soins palliatifs et attend une réponse à sa demande de libération.

Si la question de leur propre mort était rapidement évacuée lors des entretiens, la confrontation passée à la mort, notamment celle de proches était présente dans le discours. Par exemple, Robert quand il parle de son mélanome évoque une histoire familiale autour des cancers sans aborder sa propre mort. Son père mort il y a 10 ans, celui d'un cousin décédé très jeune : « Mon père, il était jamais malade. Il est mort d'un, d'un, d'un can- can- cancer, [silence] On est un petit peu de... dans la famille j'ai... aussi bien du côté de mon père, aussi bien du côté de ma mère. Ma mère a perdu son frère, aussi pareil d'un cancer et puis mon père, il a un cousin enfin le frère, l'enfant du frère de mon père, il y en a un qui avait 30 ans, il est mort aussi d'un cancer. (Robert, UHSI) ». On saisit le poids de l'histoire familiale vis-à-vis de ses représentations de la mort associées au cancer dont le mot provoque en lui un bégaiement. Bernard quant à lui, évoque la mort tragique et spectaculaire de sa femme atteinte d'un cancer :

Ma femme est morte à la maison pareil d'un cancer, elle avait un cancer à la langue, elle est morte d'un éclatement de carotide ... Et je l'ai vu mourir... Elle était dans mes bras ! Dans la salle de bain, et je me revois ce moment, ce truc, je ne le souhaite à personne de

le voir ! Pendant vingt minutes à se, à se vider ! Alors je revois cette image, et puis après elle dit des choses mais alors qui sont, qui ne tiennent pas debout ! (Bernard, CD, 65 ans)

La mise en scène de cette mort violente, presque théâtralisée à laquelle il assiste aux premières loges, participe pleinement de ses représentations de la mort. Bernard ne cache pas son angoisse de mourir, plus précisément de mourir étouffé, ce qui ne correspond pas à l'image d'une « bonne mort » mais provient de son expérience, de ce qu'il connaît de la mort et de sa confrontation à une fin violente. Les représentations de la mort sont véhiculées par les expériences vis-à-vis de la mort d'autrui et les émotions vécues à ce moment-là, à l'instant de la fin (Lévinas, 1991). D'après François Ansermet, le sujet confronté à la maladie grave est un sujet sans recours, situé dans « un trou psychique », « dans une absence de représentations possibles » (Ansermet, 2012 : 110). Certains vivent un anéantissement fort comme l'illustre le discours de Sylvie, la plupart des détenus patients rencontrés ne se situaient pas dans ce registre, notamment parce qu'il existe un brouillage des temporalités et des calendriers.

En effet, dans les situations étudiées, les préoccupations ne sont pas uniquement tournées sur la maladie et la mort car la peine et la sortie de prison animent la durée de vie. Il fut étonnant de constater la juxtaposition dans le discours des détenus-patients des deux crises vécues (enfermement et maladie). Dans ce contexte de crise intense, plusieurs détenus-patients n'acceptaient pas à la fois leur maladie et leur peine. Céline n'accepte pas sa maladie de « vieux » et attribue en partie le déclenchement de ses troubles cardio-vasculaires au moment de son entrée en prison. Elle a également fait appel de la décision du juge qui l'avait condamné à douze ans de réclusion criminelle. La mise en suspens du verdict et le fait de repousser le procès lui donne la possibilité de mettre à l'écart pendant un temps le crime commis dont elle explique ne pas se souvenir. Ne plus se souvenir du passé, c'est ne pas pouvoir se projeter dans l'avenir. On peut se poser la question du lien entre une difficile acceptation de sa maladie et une très difficile acceptation de sa peine car ces deux crises produisent un anéantissement de la personne, modifient son identité et perturbent son avenir. Comment la mort s'ajoute-t-elle à ce cumul d'épreuves ?

Miguel n'a pas accepté sa peine. Quand je lui demande comment il va au début de l'entretien, il évoque non pas la maladie incurable dont il est atteint mais toutes les injustices dont il a été la cible. Victime d'un complot, selon ses dires, Miguel souhaite sortir de prison pour rétablir

« la vérité ». Au cours de ses sept années passées en prison, Miguel a fait plusieurs requêtes auprès d'hommes politiques dans le but de réfuter certaines des accusations qui ont été portées à son égard. Au bout de six années de peine, le médecin du centre de détention annonce à Miguel qu'il est atteint d'une leucémie. Il est gravement malade au moment où je le rencontre à l'hôpital, cela ne l'empêche pas de crier à l'erreur judiciaire, d'appeler à l'aide, de maintenir sa position de victime. Pendant, ses années de prison, Miguel a eu le temps de réfléchir, il m'évoque un ensemble d'arguments assez bien ficelés qui questionnent effectivement les faits pour lesquels il a été privé de liberté. D'ailleurs, n'aurait-il pas été accusé à tort ? Sa rhétorique bien rôdée m'amène à douter de sa culpabilité. Miguel, en lien avec sa fille, lui demande de l'aide afin de faire toute la lumière sur son histoire pénale. Deux avocats ont déjà aussi tentés de lui venir en aide mais en vain.

Son espoir de rétablir la vérité se voit toutefois parasité par la maladie dont il souffre. La maladie remet en question la continuité de son existence et réduit le temps pour rétablir la vérité. Sa maladie grave l'amène à se poser des questions difficiles. La douleur qu'il connaît, la question de la mort qu'il ne peut plus éviter, remettent en question son horizon temporel. La mort est la fin, nous dit Emmanuel Levinas, la mort est le « sans réponse », c'est l'anéantissement, l'arrêt des mouvements (Levinas, 1991:10). Pour Miguel, « le seul avenir c'est la maladie, combattre la maladie » afin de pouvoir ensuite mettre en place ce qu'il souhaite le plus : rétablir la vérité et crier à l'erreur judiciaire. La conscience d'une mort prochaine modifie le champ des possibles. Face à la menace de la mort, une volonté d'optimiser la durée de vie réduite se ressent chez certains détenus rencontrés. N'est-ce pas là une possibilité de repousser l'angoisse de l'anéantissement à venir ?

Dans son discours, Sylvie explicite le lien entre son crime et la mort. Si elle a fait cette « connerie », c'est selon elle parce qu'elle est malade et qu'elle a peur de mourir :

J'ai fait cette connerie... Pour ma petit biche parce que je me suis dit si je décède dans deux, trois ans il faut qu'elle ait un petit capital de, de côté... Et voilà j'ai fait cette connerie, donc vous me mettez demain dehors mais pff jamais plus je ne ferais de bêtises pareilles parce que ce qui compte maintenant, je suis en train de perdre les derniers moments que j'ai à vivre avec ma fille, on est en train de perdre des mois, ça fait quatre mois que ma fille perd, quatre mois d'être avec sa maman, et moi d'être avec ma fille, donc j'ai zéro sur ce coup là ! [Rire jaune] J'ai zéro ! Mais bon... c'est comme ça on fait des conneries, on fait des conneries... la panique....

La mort prochaine est une frontière ultime et irréversible où « l'homme tente presque tout » (Jankélévitch, 1970 (1966) : 141). Sylvie regrette déjà amèrement cet acte, notamment car elle se sent privée de ces « derniers moments » avec sa fille. Ainsi la maladie peut proposer une autre interprétation du crime commis. Dans d'autres situations rencontrées, la maladie permettait plutôt de proposer une autre lecture de la peine. Il existe un brouillage entre les temporalités liées à la maladie et celles liées à la peine et à la mort. On comprend pourquoi plusieurs détenus nourrissaient un espoir de guérison au regard d'une possible sortie de prison (ceux qui incombait à la prison une responsabilité dans le déclenchement de la maladie, ou dans les soins trop tardifs). C'est comme si la mort était une possibilité qui devait être maintenue comme telle sans qu'elle puisse devenir une réalité (Lévinas, 1991). Dans *La mort et le temps*, Levinas propose d'interroger la « mort comme patience du temps » (1991 : 8), mais est-il possible d'interroger la mort sous cet angle quand l'individu fait l'expérience d'un temps cyclique et suspendu ?

Aux disjonctions temporelles décrites précédemment qui illustrent les décalages entre le rythme donné par la peine et celui de la maladie, s'ajoutent d'autres nœuds de temporalisation. La juxtaposition de la maladie et de la peine insèrent des brouillages : entre le crime et la maladie comme nous l'avons vu à travers le récit de Sylvie, entre la prison et la maladie, entre la sortie et la guérison, entre la prison et la mort... Ces disjonctions plurielles perturbent les activités de projection entre le passé, le présent et le futur. Ainsi, la maladie est à la fois source d'inquiétude, bouleversement corporel mais aussi source d'espoir de modifier le cours des choses vis-à-vis de la peine. La maladie permet de voir la peine sous un jour nouveau et de saisir une possibilité de bifurcation biographique, notamment grâce au déploiement des activités de temporalisation du monde du soin.

8.2 Temps qui dure, temps chronique

Comme le soulignait Anselm Strauss, les maladies chroniques sont tellement « banales à force de durer » et « constituées d'une succession de ruptures », que finalement la mort annoncée est difficile à réaliser (Baszanger : 37). D'ailleurs, le monde médical va tenter de gérer les crises et de guérir des maladies mortelles en inscrivant ses activités dans un cadre temporel. Dans cette perspective, la médecine moderne parvient généralement « à donner du temps au malade » (Herzlich, 1998). Les progrès techniques permettent d'allonger la durée de la vie et de modifier la « trajectoire » de la maladie⁶⁷. Utiliser le concept de trajectoire permet de rendre compte des multiples événements que les professionnels de santé et les malades tentent de contrôler pour gérer la maladie. Mon analyse tentera de mettre en évidence plus particulièrement le travail temporel des professionnels de santé. Ces derniers anticipent un schéma général qui donne une idée des interventions à mettre en place, à quel moment et dans quel ordre, nous dit Anselm Strauss. Ainsi, ils déploient un « schéma de trajectoire » qui a pour but de ralentir la progression de la maladie et de repousser la mort (Strauss, 1992 : 161). Les activités de temporalisation réalisées par les professionnels de la santé se découpent en phases et en séquences qui s'étendent dans le temps et construisent de la chronicité. À partir de deux cas de patients détenus hospitalisés représentatifs des autres situations de l'enquête - le premier suit une trajectoire dite « de routine », le second une trajectoire dite « problématique » - le travail temporel des professionnels de santé sera exposé (Strauss, 1992).

Le début de ce travail temporel a bien souvent débuté, pour les détenus rencontrés, pendant une hospitalisation et notamment au moment de la phase où un diagnostic a été posé. Tous les détenus de l'enquête ont connu des périodes d'hospitalisation, généralement à l'hôpital en UHSI, à l'exception de Sylvie et de Mohamed orientés en hôpitaux de proximité. Plus de la moitié des personnes rencontrées dans le cadre de notre étude étaient hospitalisées en UHSI depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois, les autres malades faisaient des allers retours

⁶⁷ Nous employons le terme de trajectoire au sens défini dans la trame de la négociation d'Anselm Strauss. La trajectoire d'une maladie a la « vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués », p.143.

entre la prison et l'hôpital. Pour rappel, l'UHSI est un espace où les patients-détenus sont soignés tout en continuant à « purger » leur peine. Selon les professionnels du soin, l'UHSI c'est avant tout un lieu de soin, un service de l'hôpital, malgré les contraintes liées au travail de surveillance. Les acteurs du monde de la peine, eux, considèrent que c'est un lieu de détention offrant des soins. La juxtaposition de ces deux « mondes » va rendre plus difficile la mise en forme du travail de trajectoire car elle ajoute d'autres organisations et de nouvelles contingences. Ainsi, le temps d'hospitalisation offre une discontinuité dans le temps de la peine, c'est un « temps à part »⁶⁸ composé de nouvelles bornes et d'autres attentes. L'introduction d'un nouveau rythme permet-il d'alléger et d'amoindrir la souffrance liée au temps carcéral et aux arythmies liées à la mort ? Autrement dit, est-ce que les activités de temporalisation des professionnels de santé permettent de produire un temps moins angoissant, de modifier l'attente, l'ennui et les inquiétudes ?

8.2.1 Le rythme « à part » de l'UHSI

Un nouvel emploi du temps remplit les journées à l'hôpital au regard d'un ensemble de normes à la fois corporelles et temporelles. L'organisation hospitalière repose sur un modèle normatif à l'intérieur duquel les corps des malades sont observés et évalués plusieurs fois par jour, à différents moments. La prise des constantes du malade, exercice régulier et fréquent réalisé par les infirmiers illustre bien le rapprochement entre corps et temps. Cette activité englobe la prise de la température, des pulsations (le pouls) et de la tension. Il s'agit donc d'inscrire au regard d'éléments chiffrés l'évolution clinique du malade. Si la température dépasse un certain seuil, un protocole médical à base de traitement se met en place, il en est de même si la tension chute. Le pouls est aussi observé, il peut être régulier, lent, rapide ou encore filant, le malade peut faire de la tachycardie ou de la bradycardie selon que les pulsations du cœur sont trop nombreuses ou insuffisantes. Ces signes corporels sont interprétés en fonction de leur durée, des traitements, des événements et des antécédents des malades. D'autres indicateurs biologiques, radiologiques sont utilisés dans le travail d'observation des signes de la maladie. C'est la clinique qui va guider le « schéma de

⁶⁸ Expression empruntée à M.I Cuhna. Lorsqu'elle parle des visites hebdomadaires des familles en prison, elle parle de discontinuité vis-à-vis du temps carcéral et du caractère « à part » de ce temps qui semble en dehors du temps de la peine (1997).

trajectoire » construit en grande partie par les médecins. Les trajectoires médicales ne sont pas linéaires, elles ont comme attribut d'être imprévisibles. Si le rythme de l'UHSI produit de la régularité, il se remplit selon d'autres qualifications, au fil des événements car le malade peut être algique, tendu, essoufflé, comateux, fébrile... Par exemple, lorsqu'un malade présente des douleurs qui ne parviennent pas à s'apaiser, un traitement peut lui être prescrit et administré en dehors des heures de distribution des traitements. Si nous reprenons l'exemple de la douche, les douleurs du malade peuvent avoir pour effet de différer le moment de la douche ou encore d'organiser une toilette au lit. Contrairement au monde de la prison où le rythme et le tempo sont collectifs afin de synchroniser les actions, à l'hôpital le rythme et le tempo s'adaptent à la singularité du malade et aux événements liés à sa maladie.

Une caractéristique importante du rythme de l'organisation hospitalière est la continuité des soins. La présence continue des professionnels de la santé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permet d'agir en fonction des événements et de la singularité du malade. Cela apaise souvent les inquiétudes des malades. Bernard se sent mieux à l'UHSI car la présence continue du personnel soignant, y compris la nuit, permet de rompre avec le sentiment d'isolement et de solitude ressentis en prison et ses angoisses de mort : « Moi à l'hôpital, je vous jure il y a déjà une crainte qui se retire. Pourquoi ? Parce que la nuit je ne suis pas seul. Je me verrais partir, mourir ou n'importe... Moi j'ai peur de mourir seul... » (Bernard, UHSI 3). Ce lieu apporte un sentiment de sécurité psychique. De plus, la chambre est meublée de machines qui symbolisent un monde où la technique semble prête à intervenir face aux problèmes médicaux : des tensiomètres, des prises à oxygène, des potences, le chariot de réanimation dans le couloir. Certains détenus malades sont parfois surpris par la réactivité des professionnels de santé et l'attention portée à leur égard. Par exemple, Amédée a été étonné de la rapidité de la prise en charge et touché par tant d'empathie car quand il a eu mal « tout le monde s'est inquiété » pour lui. Amédée s'autorisait aussi peut-être plus facilement à parler de ses problèmes de santé à l'hôpital et à exprimer ses douleurs qu'il a longtemps passé sous silence en prison.

A l'hôpital, la disponibilité des soignants est un trait de leur culture professionnelle. Ils doivent prendre le temps de répondre aux différentes sollicitations, se déplacer lorsqu'une sonnette retentit. D'autre part, le malade doit faire appel aux soignants puisque être malade c'est aussi accepter que l'intervention d'autrui prenne une place dans la gestion de la maladie.

Pierre raconte de quelle façon les soignants lui ont fait remarquer qu'il ne les sollicitait pas assez :

D'ailleurs je me suis fait engueuler parce que je n'appelais pas assez quand j'avais mal !
[Rires] Je suis comme ça moi ! J'aime pas, j'aime pas embêter les gens ! Il faut vraiment que j'ai mal pour que j'appelle ! [Rires] J'appelle pas ! Même l'infirmière de nuit c'est pareil « Mais vous appelez jamais ! » [Rires] Ben je fais je ne voulais pas vous déranger ! Si mais elles sont gentilles, parce que même le soir elles me massent le dos ! Croyez-moi que ça fait du bien ! [Rires]! J'attends que ça d'ailleurs ! Même à la douche c'est con à dire mais, c'est un moment de détente presque, ça fait du bien...

Dans leur travail de définition du patient, les soignants ont besoin d'être sollicités pour légitimer leur présence. Le malade a l'obligation d'accepter d'être aidé et de reconnaître que seul il ne pourra pas guérir (Parsons, 1951). La relation soignant / soigné est sans cesse négociée au regard de cette définition de patient. Dans le cadre de cette relation, Pierre souligne l'aspect positif des soins à partir desquels il peut apparaître à nouveau, il peut se raccrocher à une identité de malade sous le regard, sous les gestes et les attentions des soignants. Le fait que Pierre retrouve ou découvre des sensations corporelles agréables, soit dans l'attente des massages réalisés par les infirmières, c'est retrouver en quelque sorte une « peau », ou un soi. Ainsi, jouer son rôle de malade c'est apprendre de nouvelles techniques du corps et intégrer de nouvelles habitudes de soi (Marin, 2015) afin de maintenir son intégrité corporelle et sa durée de vie. Puis, toujours selon Talcott Parsons, le malade doit montrer qu'il souhaite aller mieux tout en soulignant le caractère « indésirable » de la maladie. Pour illustrer ce point, voici un passage de l'entretien réalisé auprès de Miguel à l'UHSI :

Je veux dire ce n'est pas plaisant d'être malade, mais ça devient, [Rires] ça devient confortable quand vous êtes bien entouré avec les infirmières, mêmes les gens qui viennent faire le ménage, et les médecins et tout, tout le monde est impeccable ! y a pas... C'est vraiment, vraiment, dire bon je suis malade, je suis malade mais je n'ai pas à chercher des problèmes, moi ce qui m'intéresse maintenant aujourd'hui c'est sortir de, de ma maladie, je en vois pas de, je n'ai pas vu encore le bout mais ça se passe, ça se passe très bien ! J'ai eu une intervention pour la première chimio donc il m'a posé une voie centrale pour faire de la chimio donc tout ça se passe très bien. (Miguel, CD)

Miguel souligne les passages des multiples professionnels de santé. Il est intéressant de noter l'emploi du verbe « entourer ». Miguel se sent entouré, en partie car le travail temporel réalisé par les professionnels de santé construit autour du « schéma de trajectoire » propose un nouvel emploi du temps dont l'objectif est de gérer la maladie. Pour Miguel, l'objectif semble clairement énoncé comme suit : « sortir de ma maladie ». Cela dit, il rappelle le caractère désagréable de la maladie et le fait que le chemin pour guérir lui semble encore long. En effet, Miguel est en début de traitement. Il commence une chimiothérapie dans le but d'être greffé. Avant la mise en place d'un « arc de travail », l'enquête diagnostique peut durer plusieurs mois. C'est la première phase du travail de trajectoire. Souvenons-nous à ce sujet de l'épopée de l'enquête diagnostique décrite par Bernard. En effet, cet homme se plaignait depuis plusieurs mois de douleur, de toux et de difficultés à respirer au centre de détention où il était incarcéré depuis plusieurs années. A partir des signes cliniques évoqués, le médecin exerçant en prison instaure un traitement pour une bronchite dans un premier temps, cependant les traitements n'ont pas d'effet. Puis un bilan sanguin est réalisé et enfin une radio pulmonaire. A l'image, un « voile suspect » est détecté par un spécialiste faisant des vacances en prison qui fait une demande d'hospitalisation. Après six mois de gênes (respiratoires notamment), Bernard est transféré de la prison à l'UHSI dans le but de faire un « bilan étiologique » selon les termes employés par son médecin à l'UHSI. Son hospitalisation a duré un mois car « il a fallu du temps pour programmer un scanner, une fibroscopie, puis faire un bilan cardio, un bilan pneumo, un bilan d'extension... À chaque fois c'est long pour avoir les rendez-vous ». En effet, la durée habituelle pour faire un bilan est généralement moins longue, cependant un rendez-vous programmé pour un scanner n'a pas pu être honoré du fait d'un manque de personnel pénitentiaire pour accompagner Bernard en radiologie. L'organisation de la gestion de la maladie repose sur une coopération de plusieurs services hospitaliers qui doivent se synchroniser (radiologie, services avec spécialités médicales), puis s'ajoute l'organisation liée au travail de surveillance.

Suite à une dizaine d'examens d'investigation et à l'interprétation de ces derniers le diagnostic a été posé. Bernard est atteint d'un « cancer du poumon avec adénopathies, une extension locale importante avec une atteinte des artères pulmonaires et une extension ganglionnaire » selon le langage médical. Grâce aux techniques de radiographie, la localisation est précisée, le foyer identifié et des précisions sont apportées quant à : la taille, la

couleur, parfois le poids, l'étendue, la présence d'autres localisations de la maladie. La maladie dont le foyer se situe dans les poumons s'étend jusque dans ses artères, ce qui justifie le « stade très avancé » dont parle le cancérologue qui a rencontré ce patient une fois avant de mettre en route une première « ligne de chimiothérapie ». Suite à sa première « cure », Bernard est décrit par le médecin de l'UHSI comme une personne anxieuse, un homme qui « a peur de la mort » mais qui « veut se battre contre sa maladie ». Si l'annonce de la maladie produit un bouleversement intense, elle marque aussi une clôture de la quête d'un diagnostic. Le fait de pouvoir nommer la cause de ces troubles à partir d'une catégorie nosographique est à la fois anxiogène mais peut aussi rassurer dans l'immédiat le malade. En effet, Bernard m'expliquait son pressentiment d'être atteint d'une maladie grave, en la nommant il cesse d'être un malade imaginaire en même temps qu'il rentre dans une catégorie médicale normée. Finalement, le diagnostic permet de mettre tout le monde d'accord, ce qui peut aussi renforcer la « fiabilité du diagnostic » même si elle dépend beaucoup du monde médical et n'est « pas à l'abri de fausse manœuvre » comme le montre sa trajectoire (Strauss, 1992 :163).

Durant un mois d'hospitalisation, Bernard a réalisé plus d'examens médicaux qu'au cours des six derniers mois en prison. Après la pose du diagnostic, c'est la deuxième phase de la trajectoire qui va être déployée à partir d'un « arc de trajectoire » composé des propositions thérapeutiques et de l'intervention de spécialistes. Lors des traitements par cure de chimiothérapie, les malades ont généralement une première « ligne » composée de plusieurs cures espacées selon le produit de quelques semaines. Cette temporalisation produit « un calendrier de soins qui structure le temps de la prise en charge » (Menoret, 1999 : 70). Ainsi, le vocabulaire utilisé par les professionnels de santé est tel que « J21 ou J28 », pour désigner la fréquence du traitement (*Ibid.*, 70). Le protocole médical distingue donc des périodes qui se succèdent à partir de la construction de stades et d'étapes. A l'intérieur de ces périodes, il existe des intervalles d'attente. Lorsque j'ai rencontré Bernard en prison, il parlait de la chimiothérapie qu'il avait eue à l'UHSI, de ses effets et se préparait à être hospitalisé dans quinze jours pour sa deuxième cure de chimiothérapie. Au cours de cette attente, il se demande si le traitement est efficace. En d'autres termes, le traitement parviendrait-il à ralentir, à stopper la maladie qui se propage à l'intérieur de son corps ?

Au même moment, des bilans biologiques, parfois radiologiques estiment les effets du traitement sur les marqueurs de la maladie. Entre les deux cures, au cours des trois semaines de répit et d'attente, les médecins vont mesurer les effets de la cure précédente et estimer de

quelle façon le patient a réagi : « il a bien réagi » ou la situation ne comporte « pas d'amélioration » ou encore « une légère amélioration » au regard de critères biologiques ou radiologiques. Ainsi, on comprend pourquoi de nombreux détenus ont la sensation d'un rythme plus rempli et d'un tempo accéléré à l'hôpital. Aussi, les médecins vont estimer dans quel état d'esprit est le patient si il « se bat » ou au contraire si « il n'est pas très combatif ». A partir de ces éléments à la fois objectifs et subjectifs, le médecin et le spécialiste anticipent les prochaines interventions (nouvelle ligne de chimiothérapie, arrêt des traitements curatifs). Le schéma de trajectoire de Bernard, en dehors du fait qu'il ait débuté lorsque la maladie était déjà très avancée, s'inscrit dans un schéma dit de « routine » si l'on reprend à nouveau un concept développé par Anselm Strauss. En effet, le médecin de l'UHSI et le cancérologue ont réussi à définir un schéma sans difficulté, comme allant de soi car le protocole est utilisé, connu et validé.

Il existe en revanche d'autres trajectoires de maladies beaucoup plus problématiques dans le sens où les imprévus qu'elles révèlent ne rentrent pas dans le cadre du travail habituel. Quand les professionnels de santé n'ont pas d'expérience autour d'un cas de maladie, le travail de trajectoire peut se révéler difficile comme le montre la situation de Thierry. Une grosse machine a été installée à côté de son lit, elle sert à réaliser une « cytophérèse » pour traiter sa leucémie et ce fut une « première dans le service ». Les effets de cette machine reliée au corps de Thierry a pour but de séparer les éléments formant son sang (globule rouge, globule blanc et plaquette). Thierry reste « très angoissé » selon le médecin pendant l'examen car il se demande où va son sang et s'il va lui en rester. Un ensemble d'idées imaginaires sont associées à cette extraction de sang et participe à renforcer les peurs de cet homme. De plus, deux médecins du service de l'EFS (Établissement Français du Sang) restent à ses côtés pendant les trois heures de traitement quotidien car le traitement comporte des risques. Le médecin conçoit que cet acte n'est pas « un geste anodin, de plus, la présence de deux personnes qui restent assises à côté de votre lit signale les risques de l'opération et rappelle finalement la gravité de la situation. Pour le médecin ce dispositif était satisfaisant. En effet, l'organisation des soins évitait à Thierry d'être escorté par deux surveillants dans un autre service hospitalier. Ainsi, le médecin a pu résister à la logique du monde de la peine habituellement à l'œuvre en favorisant le soin sur son territoire : « Il aurait dû aller au CTS (Centre de Transfusion Sanguine) mais ça impliquait qu'il soit dans une grande salle, avec d'autres patients et avec une personne de la pénitenciaire donc on a préféré organiser

différemment, en plus les lieux où il y a d'autres patients ça impressionne en général les patients mais aussi les équipes. » (Médecin, UHSI).

Outre la décision du médecin de protéger son patient et de mettre toutes les chances de son côté pour améliorer son état de santé, ce temps d'investigation thérapeutique peut être ressenti comme long par les détenus malades. Plusieurs détenus patients rencontrés ont même trouvé que le temps passait plus doucement à l'UHSI qu'en prison, en particulier ceux qui avaient une activité professionnelle en prison et qui n'étaient pas dans une situation de grande dépendance pour les actes du quotidien. Ce fut le cas de Céline qui refusait tant qu'elle pouvait l'hospitalisation et de Thierry qui, malgré l'envie de retourner en prison, a pris son mal en patience. Thierry dit être très fatigué par le traitement qu'il suit, tout en passant par des moments de découragement qui finissent par s'estomper, il souhaite guérir. Ce souhait de guérir est aussi souvent à considérer au regard du discours médical. Il nécessite une forte coopération entre le malade et son médecin. Pour qu'il y ait une relation thérapeutique, il faut généralement une réciprocité entre le médecin et le malade selon Parsons afin de pouvoir coopérer et espérer atteindre la guérison (Dubar, tripier et Boussard, 2015 : 78-79). Toujours selon Parsons, il faut une vision assez proche des anticipations de l'avenir et des actions à mettre en place, le malade a différentes obligations morales, notamment celle de montrer qu'il souhaite guérir et qu'il fait confiance au médecin.

Le médecin qui suivait Thierry expliquait son espoir de pouvoir agir sur le cours de la maladie bien que son patient ait « mal réagi » aux premières propositions thérapeutiques : « Comme tout médecin mon attente c'est qu'il soit traité ! [Rires] Euh voilà... Maintenant on espère quand même qu'on va réussir à faire un traitement efficace et qu'on pourra quand même au moins prolonger sa durée de vie, et éventuellement le mettre en rémission. » (Médecin, UHSI 3). Les médecins s'appuient sur le diagnostic et les propositions thérapeutiques dont la mise en forme a pour but de recouvrer un état de santé normal. Les médecins peuvent également prendre des risques, faire des tentatives quand le schéma n'est pas défini et quand les traitements réalisés en première intention n'ont pas eu les effets attendus. Pour Thierry, deux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ont eu lieu afin de décider d'une orientation thérapeutique. Le médecin en charge de Thierry raconte de quelle façon il a fallu « vendre » son patient aux collègues de la RCP alors que « ces patients » (sous-entendu les patients-détenus) ne sont généralement pas « très vendables car ils ont une étiquette de détenu ». Les arguments sont au départ très cliniques et biologiques : « il est actuellement

stabilisé donc on tente le coup, les symptômes ont diminué, il n'y a plus de protéines dans les urines, pas d'augmentation des ANT depuis plus d'un mois ». Puis, d'autres critères de nature sociale et individuelle sont considérés : même si Thierry ne lui semble pas toujours suffisamment « combatif », le fait qu'il soit « jeune », il a cinquante ans, multiplie ses chances de prolonger sa durée de vie. Ainsi, le diagnostic ne s'auto-suffit pas pour choisir le traitement, il existe des périodes de réflexion ou d'inférences, plus ou moins prolongées et plus ou moins collégiales qui permettent de poser un temps d'attente. Ces instances de décision et de réflexion sont bien souvent le résultat d'un jugement entre pairs où les médecins s'arrogent le droit de décider de ce qu'il faut faire en matière de traitement au regard des normes dominantes dans la médecine moderne en proposant des solutions thérapeutiques (Pouchelle, 1998 : 542). De plus, une maladie peut avoir des développements inconnus, la réaction au traitement ne fait pas appel uniquement à la sphère technique mais aussi au « talent » du médecin que ce soit au moment de la phase du diagnostic, ou de celle de la stratégie médicamenteuse (Moidson, 2003 : 44). Ainsi, les zones d'incertitude donnent un pouvoir supplémentaire aux médecins dans l'organisation des soins puisque bien souvent ils comblent ces interstices par la poursuite de prise de décision et la multiplication de traitement (Crozier, Friedberg, 1977).

Par cette attitude, les médecins tentent de donner au malade les ressources nécessaires au maintien d'un horizon possible et empêchent en partie l'effondrement du malade. D'ailleurs, les médecins rencontrés n'ont pas abordé la question de l'arrêt des traitements ou de leur limitation. Leur stratégie déployée autour du contrôle de la maladie leur permet de montrer au malade qu'il n'est pas « abandonné » en le gardant sur une durée plus longue que la durée habituelle d'hospitalisation, en continuant à lui proposer des traitements curatifs (Buiting and *al.* 2011). Le médecin de Thierry reconnaît que le pronostic vital de ce dernier est fortement engagé mais de son point de vue « le problème de ce pronostic vital, c'est qu'il enferme le patient dans quelque chose, dans une pathologie et si en tant que soignant on est défaitiste....si on veut lui donner des chances...Si le patient a un mauvais pronostic, il est à 80% donc il lui reste 20% ». Pour ce médecin si les patients croient en leur guérison, ils multiplient leurs chances d'améliorer leur état de santé. Lutter contre l'anéantissement du sujet, contre l'effondrement du malade fait aussi partie de leur engagement dans la relation thérapeutique avec le malade. Cette posture a pour effet de produire de l'espoir, ce qui signe un rapport au temps singulier à l'intérieur duquel les activités de projection peuvent être

maintenues et renouvelées. Ainsi, au regard des valeurs professionnelles des médecins, il semble important de maintenir de l'espoir ou de maintenir un travail de projection vis-à-vis du futur. Cela souligne les effets potentiels de l'esprit sur le corps mais aussi les paradoxes du monde du soin qui est sommé de guérir même quand la maladie est incurable. Cela rejoint l'idée de combattre la maladie et les postures guerrières de la médecine. Les activités des professionnels de santé produisent un « nettoyage » des corps, c'est « la victoire de l'ordre sur le désordre de la vie sur la mort, de la santé sur la maladie » (Pouchelle, 2008 : 22). Cela rejoint aussi l'analyse des temporalités du cancer proposée par Marie Ménoret, dans laquelle, le rapport au temps du malade est pensé (mais pas forcément verbalisé) au regard d'une possibilité de rémission (*Ibid.*, 335-341).

On comprend mieux que malgré l'état très altéré par la maladie, les malades soutenus par les professionnels continuent à nourrir une forme d'espoir. Cela permet de pallier la souffrance des malades face à la menace réelle de mort mais aussi de pallier la souffrance des professionnels de santé et leur incertitude dès lors qu'ils sont confrontés à la question de la mort qui bouleverse leurs activités dès lors que guérir est impossible (Daneault, 2006 ; Aubry, 2013). Selon Marie Ménoret, « le caractère fondamental de cette incertitude médicale partagée par les soignants et les soignés, c'est celui qui tourne autour de la mort » (*Ibid.*, 337). Aussi, le travail temporel réalisé autour du « schéma de trajectoire » construit généralement une relation thérapeutique entre les professionnels de santé et les patients - détenus. Cette relation a pour but de redonner corps à l'identité du malade malmenée par la maladie et de contribuer à la constitution d'un nouvel horizon en tentant de privilégier la singularité du malade et de son histoire. Le rythme hospitalier s'ajuste au fil des événements et de la singularité du malade, il est « météo aléatoire » (Guinchard, 2011). Il est inversé par rapport au rythme cyclique de la prison, il rompt le monde ordonné de l'ordre carcéral. Ainsi, le rythme hospitalier, parce qu'il s'ajuste et se réajuste au regard de la singularité du malade, peut construire le statut (l'identité) de « patient-détenu ». C'est aussi parce que les durées d'hospitalisation sont allongées que la constitution d'un tel statut peut avoir lieu. Toutefois, cet allongement produit des tensions et des contradictions que les médecins qualifient fréquemment comme un « effet pervers » du système de soin car il permet de maintenir des personnes gravement malades dans un lieu d'enfermement alors que l'UHSI n'a pas pour mission d'accueillir des patients au-delà d'un séjour « court ».

8.2.2 Le sentiment chez les professionnels de santé d'être contraints par les « effets pervers » de l'UHSI

Les personnes détenues restent plus longtemps à l'UHSI que dans un service hospitalier habituel, y compris pour des actes qui sont habituellement réalisés en ambulatoire. Les médecins évitent ou diffèrent le retour des malades en prison afin de ne pas perturber le schéma de trajectoire mis en place et pour tenter de continuer à contrôler le cours de la maladie. Le cas de Bernard exposé quelques pages plus tôt soulignait déjà une durée d'hospitalisation longue pour réaliser un bilan diagnostic. De plus, son médecin explique qu'il n'est pas retourné immédiatement en prison suite à sa cure de chimiothérapie puisqu'il a préféré le garder une nuit de plus : « On les garde plus longtemps, ils ne repartent pas le jour de la chimio, on les garde souvent une nuit, alors qu'habituellement vous rentrez le matin, vous repartez l'après-midi » (Médecin, UHSI). En effet, rentrer en prison entre deux chimiothérapies n'est pas la même chose que rentrer à domicile, chez soi. Les contraintes liées à la vie en prison amènent les équipes soignantes hospitalières à différencier leur prise en charge d'une prise en charge ambulatoire classique en prolongeant la durée d'hospitalisation. Le médecin qui s'occupe de Thierry compare l'UHSI à un « cocon »⁶⁹ et va dans ce sens également : « on a pris le parti de le garder car il est très fragile sur le plan osseux et il pourrait avoir des fractures pathologiques. » De plus, Thierry a des antécédents de toxicomanie ce qui rend complexe et délicat la prise en charge de ses douleurs et la délivrance de certains traitements en prison. Pour Kevin dont nous avons déjà parlé, l'hospitalisation a été prolongée au-delà de la période des soins. En effet, le protocole de chimiothérapie était « excessivement lourd » selon le médecin. De plus, Kevin ne souhaitait pas retourner en prison. Voilà pourquoi, le médecin n'a pas souhaité « le mettre dehors » selon ses propres mots. Les professionnels de santé contournent les difficultés liées à l'organisation des soins en prison, et à l'accès aux thérapeutiques. Ils affichent leur volonté de protéger le patient par rapport au milieu inconfortable, voire violent qu'est la prison en s'appuyant sur leurs valeurs professionnelles. Cela va dans le sens d'une logique thérapeutique qui s'oppose à ce qu'on peut nommer la logique carcérale. Par cette attitude, ils transgressent l'ordre établi, ils désobéissent aux règles fixées par l'institution hospitalière relatives à la temporalité du « court

⁶⁹ Les UHSI fonctionnent avec plusieurs sources de financement. Il s'agit du budget alloué classiquement aux services hospitaliers au regard de leur activité et de la tarification à l'acte (unité de court séjour), et des financements issus de la Mission d'Intérêt Général (MIG). Ce qui permet d'expliquer le fait qu'il y a un ratio soignant / soigné supérieur aux autres services hospitaliers.

séjour ». Ils affichent aussi leurs doutes quant aux dispositifs sanitaires déployés en prison et se distinguent de leurs collègues qui exercent derrière les barreaux.

Nous l'avons vu, les soignants tentent de protéger certains de leurs patients qui sont définis comme des patients légitimes⁷⁰, en limitant les contraintes liées à l'enfermement mais aussi en les protégeant à leur façon du monde du soin classique en déployant toutes les interventions médicales à l'intérieur du service. En ce sens, les professionnels de santé travaillant en UHSI se distinguent de la prise en charge sanitaire proposée en prison. Ils évoquent systématiquement une prise en charge équivalente à celle pratiquée dans d'autres services hospitaliers pour la population générale. Le médecin de Thierry affirme que ces patients ont « les mêmes chances que n'importe quel patient » voir une « meilleure » prise en charge que des patients qui ne seraient pas détenus. Effectivement, le médecin de Thierry raconte qu'il souhaite tenter différentes pistes thérapeutiques et poursuivre son travail de trajectoire aussi longtemps que possible. Toutefois, ce discours est à nuancer car d'autres médecins pensent que les soins seraient de meilleure qualité s'ils étaient dispensés dans des services hospitaliers spécifiques : « On n'arrive pas à gérer sa pathologie, ... c'est difficile d'appeler l'hématologie ... quasiment tous les jours, pour avoir des conduites à tenir. Je pense que ce patient il aurait fallu qu'il soit en hématologie donc disons que ce patient n'accède pas à des soins... qu'il devrait avoir. » (Médecin de Miguel, UHSI 3).

Dans la situation de Miguel, le travail de coopération entre le médecin de l'UHSI et l'hématologie semble inopérant dans la mise en forme de la gestion de la maladie. Parallèlement, ce médecin ne comprend pas pourquoi le service d'hématologie n'a pas encore proposé de greffe à Miguel et soumet l'hypothèse que son statut de détenu ralentit ses possibilités d'accéder aux soins : « j'ai l'impression qu'en hémato, ils ne font pas la greffe parce qu'il est détenu ». En effet, la durée pour obtenir cette greffe (allogreffe) lui semble particulièrement longue ce qui révèle parallèlement une difficulté de communication entre les deux services. De plus, son statut de détenu et les contraintes de surveillance que son hospitalisation en hématologie ajoute, sont des freins supplémentaires. De toute évidence, ce

⁷⁰ A contrario, les patients détenus non légitimes comme ce fut le cas pour Jean-Michel ne bénéficient pas des mêmes privilèges temporels. Leur statut est plutôt un critère de réduction de la durée d'hospitalisation et d'exclusion du monde de l'hôpital. Si les patients-détenus ne rentrent pas dans l'ordre hospitalier, ils retournent plus rapidement en prison. Comme le montre Fanny Le Bonhomme par rapport aux patients hospitalisés en clinique psychiatrique quand ils appartiennent au parti et sont des « camarades », ils ne bénéficient pas des mêmes traitements que les autres patients, p.34. In : Où sont les murs. Chapitre : Au croisement des logiques politiques et médicales, p. 21-38.

malade ne semble pas accéder aux mêmes soins que d'autres patients. Or, l'UHSI n'a pas pour mission de se substituer aux services de soins spécialisés ou aux soins de suite ou de longs séjours prévus dans l'organisation hospitalière. Ainsi, l'hospitalisation en UHSI semble effacer les contraintes que les situations de Miguel et d'autres patients-détenus poseraient en prison ou en service hospitalier classique. Les médecins perçoivent cet étirement des durées d'hospitalisation comme un effet « pervers » du fonctionnement de cette unité car le risque est de maintenir des détenus gravement malades dans un milieu contraint. Pour l'un des médecins rencontrés, l'UHSI permet de satisfaire les juges et de différer la question de la libération : « ce n'est pas grave il ira à l'UHSI, il bénéficiera de soins de qualité » [...] et « puis il sera bien soigné et en même temps, il n'emmerdera personne parce que il continuera à être incarcéré, il ne sera pas remis dehors, donc c'est super ! ». (Médecin, UHSI 2)

Les UHSI rendent possible le maintien de détenus gravement malades incarcérés et peuvent ralentir la procédure de libération alors que la loi devrait leur permettre de bénéficier d'un aménagement ou d'une suspension de leur peine selon les médecins : « Avant que les UHSI existent, des patients comme monsieur X. c'est évident qu'ils étaient libérés bien plus vite que maintenant... pour des patients comme ça, on est pile poil ce qu'on ne doit pas être, on est, le parachute de la justice quoi ! C'est-à-dire qu'on peut maintenant en toute impunité écrouer un patient dans un état médical catastrophique ! » (Médecin de Michel, UHSI 4). Ainsi, les activités d'une UHSI peuvent freiner l'accès à un aménagement de peine car certains magistrats vont considérer que le détenu-patient bénéficie de soins suffisants et que leur situation n'est pas « inhumaine » ni « dégradante » selon les termes utilisés par la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

Au-delà des « effets pervers » nommés par les médecins rencontrés, plusieurs contradictions sont soulevées. L'idée de développer une médecine spécifique aux personnes détenues est dérangeante car elle s'oppose à l'idéal affiché de soigner les personnes détenues comme d'autres malades. En d'autres termes, ils s'opposent à la construction d'une médecine pénitentiaire. Le médecin de Pierre rappelle : « on est pas là pour rendre toute peine incarcérable mais on s'en occupe et on ne le renvoie pas en détention ça c'est certain ! ». Ainsi, lorsqu'ils prolongent des durées d'hospitalisation, les médecins tentent de mettre en avant les droits des malades et ils construisent du temps pour des patients. Ils produisent des patients et luttent pour qu'ils ne soient pas uniquement des détenus. L'hospitalisation en

UHSI sur une durée plus longue que la durée habituelle⁷¹ induit souvent une relation de proximité entre les soignants et les soignés, un lien d'attachement se tisse au cours du travail déployé autour de la maladie. En construisant un rythme et un horizon à leurs patients, les médecins maintiennent des espérances, on comprend mieux de quelle façon ils tentent de ramener leur combat autour de la question du droit, plus précisément des droits des patients afin qu'ils ne meurent pas avec un statut de détenu. Pour les personnes détenues, l'horizon temporel principal reste généralement défini par la sortie de prison. Quand, l'inquiétude de la mort survient, cela vient contrarier ce projet et plus généralement l'avenir tel qu'il a pu être imaginé. Cette expérience subjective trouble la question de l'avenir, définie dans une perspective quantitative par le nombre d'années et de mois passés dans le monde de la peine, mais elle perturbe aussi l'objectif de réinsertion attribuée à la peine. Parallèlement, le travail de définition de l'accompagnement de la fin de vie, réalisé par les professionnels de santé se heurte à de multiples contraintes. D'ailleurs, les différents professionnels questionnent, pour des raisons éthiques, la durée et le sens de la peine lorsque la durée de vie est réduite par la proximité de la mort.

⁷¹ La durée d'hospitalisation est passée de 12,4 jours en 2009 à 10,4 jours en 2012, ce qui représente une durée plus longue que la durée moyenne de séjour en unités de « court séjour » qui est comprise entre 1 et 3 jours.

Chapitre 9

Sortir/Mourir

9.1 Le concept de bonne mort

La question de la fin de vie des détenus apparaît féconde pour questionner la peine sous le prisme de la maladie et interroger les représentations de la mort. Différentes approches de la « bonne mort » ont été développées par Barney Glaser et Anselm Strauss (1966), par Elisabeth Kübler-Ross (1969) et plus récemment par Michel Castra (2003). En France, l'émergence d'une réflexion des acteurs du champ de la santé autour de la fin de vie à partir des années 1980, a introduit puis institutionnalisé les soins palliatifs dans les hôpitaux français (Mino, 2012 ; Morin & Aubry, 2015). Cette approche, qui a fortement contribué à construire « la gestion d'une mort acceptable » (Strauss, 1992 : 124), englobe les soins physiques, psychiques et spirituels apportés au malade tels que la loi les encadre⁷². Dans cette perspective, la personne en fin de vie, ses proches et les soignants cheminent, franchissent différentes étapes et préparent la mort à venir avec des interactions de qualité. Cette approche implique un élément fondamental : que le patient, l'équipe soignante et les proches soient conscients de la proximité de la mort, et actifs au cours de cette période. Le respect de l'autonomie du patient et le fait qu'il soit acteur de sa propre mort sont aussi des éléments de l'approche palliative. Les professionnels de santé s'ajustent donc aux préférences, aux attentes et aux émotions des malades. Par conséquent, il n'y a pas une seule façon de faire, une seule « voie d'excellence », mais bien « une pluralité de formes justes » en fonction de la singularité des situations (Martucelli, 2010 : 5). Les travaux de Strauss sur la mort à l'hôpital ont bien montré la diversité des expériences au seuil de la mort et l'existence de plusieurs niveaux de conscience, allant d'une « conscience ouverte » où les différents acteurs y compris

⁷² Les soins palliatifs visent « à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (Art. L. 1er B, Loi du 9 juin 1999, n°1999-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, JO n°132 du 10 juin 1999 et Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JO n°95 du 23 avril 2005).

le patient ont conscience de la proximité de la mort et « en tiennent compte dans les actes », jusqu'à une « conscience fermée » où le sujet de la mort n'est pas abordé (Strauss, 1992 : 113-143). La construction d'un type de conscience ou d'un autre, dépend parallèlement du travail d'estimation de la durée de vie qui est réalisé en grande partie par le monde du soin ainsi que des interactions entre les soignants, les patients et leurs proches qui conditionnent le déploiement des activités d'anticipation vis-à-vis de la mort des patients-détenus. Une difficulté supplémentaire intervient dans les trajectoires des patients-détenus du fait de la juxtaposition de deux lignes d'horizon, celle de la réinsertion avec le projet de la sortie de prison et celle de la guérison ou de la mort. La menace temporelle et l'incertitude intrinsèques à ces situations tiennent au fait que l'on ne peut savoir quand ces deux lignes se croiseront.

9.1.1 Estimations de la durée de vie

Contrairement au quantum de peine déterminé en jours, mois et années, la durée des maladies chroniques est plus approximative. A partir du schéma des types de trajectoires de fin de vie proposé ci-dessous (Observatoire National de la Fin de Vie, 2011), la période de la fin de vie peut être considérée comme courte ou longue selon les catégories de maladie (cancer, maladie cardio-vasculaire et vieillissement) et s'étendre sur quelques mois (courte période de déclin) ou sur plusieurs années avant la date du décès.

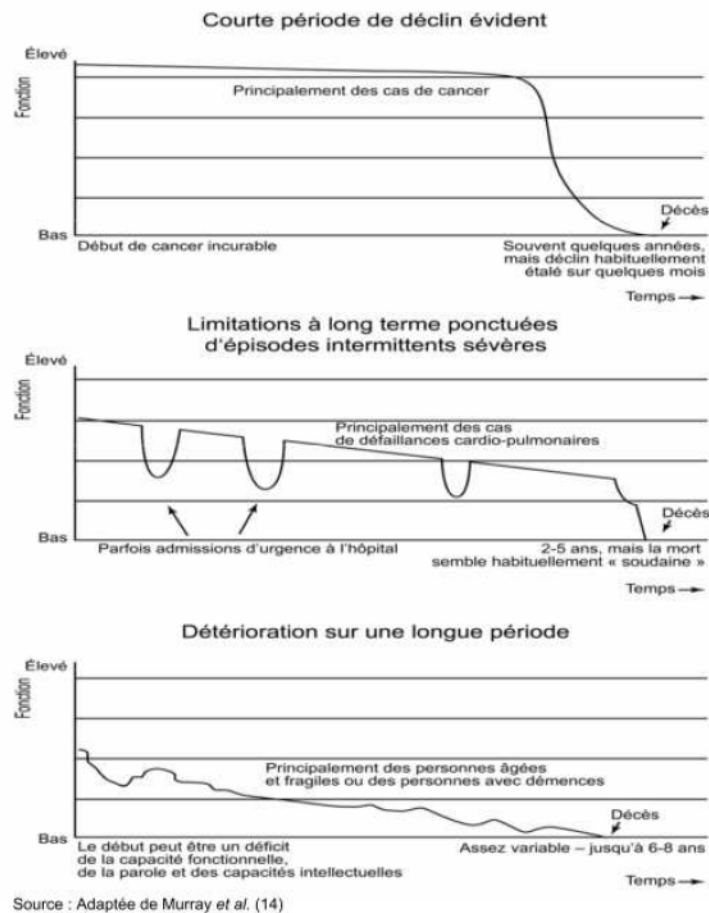


Figure 15 : Type de trajectoire en fin de vie selon Murray et al.

La première trajectoire concerne principalement les cancers, elle aurait une « phase terminale plus identifiable » que les deux autres trajectoires qui seraient plus longues et parfois plus chaotiques. La seconde trajectoire qui caractérise les « cas de défaillances cardio-pulmonaires » dessine des discontinuités sur la ligne de la période de la fin de vie et se termine par une mort « soudaine ». La dernière trajectoire relative au vieillissement trace une longue période au cours de laquelle on observe une diminution progressive et continue jusqu'au décès. On comprend mieux à la lecture de ce schéma le fait que les malades rencontrés dans le cadre de l'étude représentaient principalement la première trajectoire (13 détenus-patients atteints d'un cancer sur 17) alors que les pathologies de « défaillance » d'un organe, notamment cardio-pulmonaires étaient moins nombreuses (4 détenus-patients). En effet, les médecins exerçant en prison à qui nous demandions, dans le cadre de la recherche hospitalière, d'identifier les patients situés à la fin de leur vie, ont majoritairement signalé des

personnes atteintes de cancer⁷³. Cela n'est pas étonnant car la dernière période de vie pour ces maladies semble être la plus prévisible à quelques mois, notamment grâce aux données de l'*evidence based medicine*. Même si ces données relativement objectives aident à anticiper et à cadrer l'avenir à un niveau temporel pour les professionnels de santé, les différents acteurs en lien avec les détenus malades ne se réfèrent pas tous à cette classification. Ainsi, l'estimation de la durée de vie donne lieu à des interprétations différentes, parfois contradictoires, en fonction des événements, des catégories de professionnels et de la perception du malade.

Par exemple, le médecin de Robert estimait que le mélanome de ce patient engageait son pronostic vital dans les « six mois » à venir. Les infirmiers partageaient ce point de vue et soulignaient les signes évocateurs de la fin de la vie notamment la fatigue et les douleurs qu'ils ne parvenaient pas à soulager entièrement. Au même moment, d'autres professionnels exerçant dans le même lieu n'imaginaient pas la proximité de sa mort. Une psychologue hospitalière confie : « sa mort ne m'apparaît pas, ce n'est pas encore pour tout de suite ». Lors d'un entretien avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) accompagnant Robert dans son projet de sortie de prison, le doute était prégnant :

Les médecins le matin même lui avaient dit qu'il avait une blessure en fait qui ne guérirait pas. Donc là je l'ai vu en état de choc. Il était manifestement en état de choc, déprimé à ce moment-là. Et le lendemain, ou l'après-midi même, changement d'état. Il avait vu un autre médecin, qui lui aurait dit que finalement il avait des chances de guérir, donc il était beaucoup plus rassuré. Donc tout ça pour dire que moi du coup je ne sais pas du tout où il en est sur le plan santé. Je ne sais pas si son pronostic est engagé à court terme, moyen terme ou long terme. (CPIP, UHSI 1)

Le CPIP obtient les informations que souhaite lui transmettre le détenu malade (Robert), néanmoins il semble manquer d'éléments par rapport au discours du médecin et des infirmiers rencontrés. Les surveillants quant à eux ne semblaient avoir aucune information de la gravité de la maladie du détenu. Cet exemple donne à voir le manque de communication entre les

⁷³ Pour rappel, la recherche clinique PARME avait pour objectif de comprendre la situation des personnes malades détenues relevant d'une démarche palliative dans les établissements pénitentiaires français (promoteur CHRU Besançon). Les patients-détenus ont été inclus dans l'étude quand ils étaient atteints « de maladie grave, chronique, évolutive, en phase avancée ou terminale mettant en jeu le pronostic vital à moins de douze mois ». En référence à la définition des personnes relevant de soins palliatifs, adoptée par la Société Française d'Accompagnement Palliatif (SFAP) et au General Medical Council, 2010).

différents professionnels et leur différents niveaux d'interprétation de la situation. Il existe une frontière communicationnelle entre la psychologue, les médecins et les infirmiers. Une autre coupure est aussi tracée entre le monde du soin et le monde de la peine (le CPIP et les surveillants). Ces coupures se cristallisent autour du secret médical et tendent à produire de la confusion dans le travail de définition de la situation. La proximité de la mort n'était pas évidente pour tous. Robert qui avait eu des informations *a priori* contradictoires passe d'un état d'inquiétude à un soulagement si l'on se fie à la perception du CPIP. Quand j'ai rencontré Robert, il n'a pas évoqué sa mort prochaine, au contraire son avenir était envisagé au regard d'une possible guérison et de la sortie de prison. Pourtant, les deux tiers des patients détenus rencontrés (dont Robert) sont décédés dans l'année qui a suivi notre rencontre.

Les professionnels de manière générale, y compris ceux de la santé sont parfois surpris de la rapidité de la survenue de la mort. Suite au décès de Miguel à l'UHSI, son médecin m'explique par téléphone : « C'est allé vite, en quelques heures son état s'est aggravé ». Les médecins peuvent aussi se tromper dans leurs estimations qui sont parasitées par le projet de sortie de prison, en effet, le médecin de Miguel pensait « qu'il allait être libéré ». Quand ce dernier a réalisé que la mort de Miguel était imminente, il a contacté deux de ses filles avec qui il était en relation. Dans la culture palliative, la possibilité d'une mort prochaine, quand les différents acteurs en prennent conscience, engage généralement les soignants dans une autre forme de soin, où les interactions soignants-soignés-proches sont, dans un cadre hospitalier « normal », « renforcées et essentielles » (Fortin, Maynard, 2012). Cette idéologie professionnelle vise à singulariser la mort en tentant de permettre au mourant de se réapproprier sa trajectoire, d'en faire un bilan. Ce travail suppose de « contraindre les individus à revenir sur leur passé », afin de faire la somme, d'additionner des périodes de vie (Martucelli, 2010). Cependant, dans cette perspective temporelle restreinte et dans un espace contrôlé comment réaliser ce « travail biographique » (Castrat, 2008), comment totaliser ces différentes trajectoires ? Dans ces conditions, comment apporter « une conclusion » à sa propre existence en étant accompagné dans ce cheminement par les siens ? (Strauss, 1992)

9.1.2 Une relation avec les proches sous contrôle et sous tension

Si la culture palliative encourage l'implication des proches, mes observations montrent que de nombreux obstacles entravent leur possibilité d'engagement auprès du malade. Pour rendre visite à leur proche, les familles doivent obtenir un permis de visite. A cela s'ajoute des contraintes d'ordre géographique car les proches vivent parfois loin de l'UHSI ou de la prison. Pierre n'avait pas vu sa femme depuis plusieurs années car elle ne pouvait pas faire le déplacement du fait de son coût. De plus, les temps de rencontre entre le détenu et ses proches sont réglés d'un point de vue spatial et temporel. En effet, les parloirs se déroulent à date et heures fixes, avec une durée limitée (45 minutes) et dans une salle située à l'extérieur de la détention ou du service de soins. Les rencontres se passent sous surveillance (caméras ou surveillants derrière la porte), les affaires des familles sont contrôlées et le patient-détenu est fouillé à corps par les personnels de surveillance à l'issue du parloir⁷⁴. Au cours d'un temps d'observation au poste de contrôle de l'UHSI, je fus étonnée de voir un sandwich « fouillé » par un surveillant qui justifie son acte en déclarant : « vous savez on a déjà retrouvé des téléphones dans des boîtes de conserve. » (Professionnel de surveillant, UHSI 1). Comme le note Caroline Tourault (2011) dans son travail sur les relations entre les détenus et les familles, l'administration pénitentiaire est particulièrement suspicieuse quand il s'agit des familles. Mes observations ont montré que cela restait de mise à l'UHSI.

A l'UHSI, les parloirs se situent à l'extérieur du service de soin (vers le poste de contrôle). Ainsi, lors de leur arrivée, les familles sont installées dans l'espace dédiés aux visites et les surveillants vont chercher le détenu-patient dans sa chambre. Parfois, des patients alités ont pu recevoir des visites dans leur chambre, ce qui n'est pas possible dans les cellules en prison. Comme pour les « portes ouvertes », un certificat médical et une autorisation du capitaine de l'UHSI doivent être délivrés. Toutefois, ces ajustements arrivaient parfois quelques semaines ou quelques jours avant la mort du patient-détenu. Les familles sont donc en partie exclues de la trajectoire de la maladie de leur proche. Impossible aussi pour eux d'assister à un rendez-vous médical par exemple. Ainsi, soignants et familles ne se croisent pas forcément, bien qu'ils soient à proximité. Chacun semble être dans l'attente d'une manifestation : les

⁷⁴ Tant que cette fouille n'a pas eu lieu, les visiteurs restent dans les lieux. Si des produits illicites sont retrouvés sur le détenu, la police est appelée pour auditionner le détenu et ses proches.

médecins attendent que les proches prennent rendez-vous et les familles attendent d'être convoquées. Le médecin de Thierry raconte qu'il n'a pas encore rencontré sa fille et il déplore que son patient ne bénéficie pas d'« un soutien débordant » de la part de ses proches. Les familles des malades sont parfois jugées et disqualifiées par le monde du soin ou alors elles passent un peu inaperçues. La femme de Pierre qui ne vient pas lui rendre visite est presque absente du discours des différents acteurs (médecin, CPIP et juge) alors que pour Pierre le plus difficile a été d'annoncer à sa femme par téléphone qu'il était gravement malade. Il n'attend qu'une chose « retrouver sa femme » et se demande : « est-ce qu'on va arriver à se retrouver un peu...C'est tout, maintenant le reste n'a plus d'importance ».

Les proches ont le sentiment d'obtenir peu d'information et souvent de façon tardive. La fille de Robert nous explique avoir pris connaissance de l'intervention chirurgicale faite à son père deux semaines après qu'elle ait été réalisée. Aussi, elle dit avoir été « prévenue qu'il sortait » de l'UHSI pour intégrer un appartement thérapeutique « huit jours avant » la date de sa libération. Ce manque d'information donne naissance à de la méfiance envers les professionnels de santé : « Une fois le médecin m'a appelé, j'avais l'impression qu'il nous mentait, un cancer sans chimiothérapie, sans laser, sans rayon, ça c'est un cancer ! Soit il n'y a plus rien à faire soit ils veulent pas s'embêter avec quelqu'un de malade en prison... » (Fille de Robert). Les doutes de cette fille par rapport aux traitements proposés ne sont pas sans rappeler ceux que les détenus malades évoquent par ailleurs. La fille de Robert a également obtenu des informations contradictoires par rapport au pronostic vital de son père, le médecin évoquant deux ans de durée de vie et la CPIP lui confirmant que le pronostic n'était plus engagé. Les deux échanges téléphoniques qu'elle aura avec le médecin ne suffiront pas à lever ses inquiétudes et apaiser sa colère. Instaurer une relation de confiance lors d'un contact téléphonique est moins aisé que lors d'un face à face. De plus, la fille de Robert se sent « culpabilisée » par les sollicitations du médecin qui lui demande de s'investir auprès de son père : « j'ai appelé le médecin et après je me suis énervée, le médecin me disait mais vous vous rendez compte, il lui reste deux ans, dans deux ans il est plus là, je me suis fait jugée, critiquée par les médecins ». Si elle réalise que son père est très malade, elle exprime ne pas se faire à l'idée qu'il va mourir : « je peux pas me dire que dans 2 ans il va mourir » même si sa sœur lui a avoué « il faut mieux qu'il s'en aille, on serait soulagées ». Les filles de Robert ont très mal vécu les retombées sociales suite au crime et vivent une situation d'exclusion sociale et reçoivent des menaces de la part des habitants de l'endroit où l'affaire a eu lieu.

Les relations entre les détenus et leurs familles ont souvent été ponctuées de moments de rupture et de conflit, du fait de l’incarcération elle-même et de la nature du crime ou encore de la personnalité du patient-détenu. Souvenons-nous des membres de la famille de Sylvie qui, apprenant les faits commis par cette dernière, éprouvent de la colère, de la honte. « Sous le choc », ils ne viennent pas lui rendre visite au cours des premiers mois de son incarcération. La fille de Robert explique que c’est compliqué de venir aux parloirs et qu’elle reste parfois « trois/quatre mois » sans voir son père mais « dès qu’il nous voyait, il se plaignait, il recommençait toujours les mêmes choses, qu’il était une victime... » (Fille de Robert). Ainsi la personnalité de Robert, a pour conséquence de diminuer les rencontres qui restent intermittentes. L’ancienne compagne de Jean-Michel affirme ne jamais pouvoir pardonner l’acte qu’il a commis et garde secrètes ses visites dont la fréquence est de deux à trois fois par an depuis plus de 10 ans : « Mais attention, Mr X a tendance à fabuler, soit il dramatise tout ou il enjolive les choses, et le fait d’être incarcéré depuis longtemps, il est dans le déni de ce qui a provoqué... je viens le voir une fois par trimestre à l’UHSI car en prison, ils ne peuvent pas le lever donc ce n’est pas possible. Je fais le service minimum “Imaginez-vous à la place d’une femme qui a un mari qui a touché son enfant, je ne peux plus être solidaire”» (Ex-femme de Jean-Michel). Le crime est toujours présent, il est au cœur de la relation vingt ans après les faits et cette femme ne peut pas pardonner son acte. Néanmoins, suite à l’appel téléphonique d’un médecin de l’UHSI qui lui a signalé « une dégradation de son état général et un problème de détresse respiratoire », elle est venue lui rendre visite. L’imminence de la mort peut redéfinir les relations, elle est le moment ultime pour régler des comptes, obtenir des informations, ou parfois pardonner.

Certains détenus ne sont pas autorisés à recevoir leurs proches du fait d’une interdiction judiciaire. En prison suite à des violences conjugales, la femme et les enfants de Kevin n’ont pas obtenu d’autorisation de parloir à l’UHSI. Cependant, quelques visites ont pu être réalisées lors de son passage dans un service hospitalier classique où il était « entre la vie et la mort » afin que ses proches puissent lui dire « au revoir » selon le médecin de l’UHSI. En effet, la mort de Kevin était annoncée comme imminente par ce même médecin. Pourtant, après une période d’inquiétude et de crise, le pronostic vital de Kevin engagé à court terme a été revu à la hausse et sa mort repoussée. En dehors de cet épisode aigu, Kevin n’a eu aucune visite au cours des trois mois passés à l’UHSI. Finalement, la grande proximité de la mort, même si parfois les médecins se trompent, amène à remettre en question les contraintes liées à

la peine et à favoriser les possibilités de rencontre entre les malades et leurs proches. On accorde aux mourants un statut d'exception, quand ils sont au seuil de leur mort, certains détenus accèdent à d'autres droits (Schepens, 2010).

Revoir ses enfants et sa femme semblait important à Kevin et au médecin qui le suivait car la norme est de se rapprocher de ses proches en fin de vie. Cet entourage permet, dans l'idéologie professionnelle des soins palliatifs, de construire une mort accomplie qui repose sur un bilan de sa vie, la somme de ses différents rôles : être un bon père, un bon mari, un bon voisin, un bon travailleur, un bon humain. La possibilité de revenir sur son passé, d'en additionner les différentes portions, fait partie du travail biographique dont Michel Castra a montré l'importance au moment de la fin de la vie et dans le rituel de la mort contemporaine (Castra, 2008). Pourtant, calquer un modèle normatif n'a pas toujours les effets attendus car les interactions entre le détenu-patient et ses proches sont souvent intermittentes et conflictuelles. Ainsi, au-delà des contraintes spatiales et temporelles, l'histoire familiale et la nature du crime permettent de comprendre les difficultés d'implication des proches aux côtés du détenu malade pour aborder la question de la fin de vie. En outre, la nature du crime rompait parfois les liens établis dans le passé. Louis qui avait été condamné à 20 ans de réclusion criminelle, savait que par rapport à « ce qu'il avait fait », il n'aurait pas de visite et que la prison serait son dernier lieu de vie. La distance entre les malades et leurs familles, parfois l'absence de proches, limitent de fait les possibilités de passer du temps ensemble, de revenir sur une partie de son histoire de vie, voire de favoriser des retrouvailles. Cela va à l'encontre de la culture palliative qui se base sur la disponibilité et le dialogue entre les soignants, les proches et le mourant. Cela va aussi à l'encontre des objectifs du monde de la peine et du rôle des CPIP qui travaillent au maintien des liens familiaux et à la préparation de la sortie de prison.

9.1.3 Le temps de la reconnaissance

La mort et l'accompagnement palliatif sont des impensés de la rationalité de la peine et des objectifs du soin en prison. Mourir en milieu contraint s'apparente à une « mauvaise mort » et à une « double peine », estiment souvent les professionnels de santé rencontrés. Le terme de « double peine » est sans doute mal choisi car le malade n'est pas responsable du développement de sa maladie, ainsi la fin de vie en prison s'apparenterait plutôt à une double « épreuve » au sens où l'emploie Danilo Martucelli (2006). Si la fin de vie et la mort sont également « violentes » dans bien d'autres services hospitaliers, y compris en soins palliatifs (Schepens, 2013 : 214), en prison, elles renvoient à une forme de punition supplémentaire qui ne faisait pas partie du contrat de départ. Finir ses jours en prison, c'est ne plus pouvoir négocier ou modifier son identité, c'est garder son statut de détenu jusqu'au bout. La peine non achevée devient infinie. La tension se situe autour de ce non-achèvement au seuil de la mort qui vient renforcer le caractère punitif et incertain de la peine.

Dans ces conditions, la sortie de prison apparaît comme une opportunité temporelle inédite qui permet de modifier son statut, en échappant au statut présent (détenu) et à son histoire passée (crime), mais aussi d'échapper à l'incertitude temporelle « totale » portant sur la sortie de prison des détenus condamnés à de longues peines (Combessie, 2001 : 45). Mourir libre, sans porter une étiquette de détenu semblait important pour les personnes détenues afin de ne pas conserver cette identité « *ad vitam aeternam* » comme le souligne Aurélie Gauthier (2010 : 171). Parfois, quand il est trop tard, les soignants se déchargent d'un patient mourant, en le transférant dans un autre service hospitalier. Un médecin rencontré en UHSI me livre un exemple de cette volonté d'éloigner la mort, il me parle d'un patient en fin de vie qui, lors d'une détresse respiratoire, a été orienté en urgence dans le service de réanimation où il est décédé quelques heures plus tard, encadré de deux surveillants de l'UHSI. Cette attitude face à la mort n'est pas propre à l'UHSI, Anne Vega montre que dans un service hospitalier classique, les soignants ont bien souvent « tendance à reculer » face à la mort, ils espèrent que le malade « ne décède pas trop rapidement » et peut-être que la responsabilité va « échoir à une autre équipe » (Vega, 2012 : 122). Florent Schepens souligne qu'en Unité de Soins Palliatifs (USP), la mort est envisagée comme un « processus "normal" qui ne met pas la responsabilité du soignant en jeu » dans un environnement « pacifié » (Schepens, 2013 : 216).

Force est de constater qu'en prison et en UHSI, les soignants n'entretiennent pas un rapport aussi ouvert avec la mort. D'ailleurs, ils n'imaginent pas gérer la mort des patients-détenus, ils souhaitent plutôt l'éloigner. Par conséquent, ils sont frileux à l'idée de développer des dispositifs de soins palliatifs à l'intérieur même des prisons ou des UHSI. Ils préfèrent généralement privilégier, quand cela est envisageable, un aménagement de peine afin de respecter les droits des patients et leur « dignité », pour reprendre un vocabulaire fréquemment utilisé par les médecins.

À l'inverse, aux États-Unis et plus récemment en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, la création de dispositifs de soins palliatifs en prison (équipes formées aux soins palliatifs, aide par les paires) ou d'unités pour détenus vieillissants sont considérés comme un facteur favorisant la possibilité d'accompagner « dignement » les détenus à la fin de leur vie (National Hospice and Palliative Care Organization, 2009). Certes, les dispositifs développés permettent de contourner un certain nombre de difficultés rencontrées dans les prisons françaises par rapport aux contraintes liées à l'espace ou encore au sentiment d'isolement ressenti en prison et dans une moindre mesure à l'UHSI (Turner *et al.*, 2011 ; Cloyes *et al.*, 2014, 2016). La « médecine pénitentiaire » française semble privilégier la libération au regard des objectifs du monde du soin et selon certains médecins par principe de respect de l'humain (Groupe de travail santé et justice, 2013 ; Chassagne *et al.*, 2017 : 72). Toutefois, quel que soit le pays, finir sa vie en prison reste controversé et pose des questions éthiques (Devoto, 1997 ; Linder and Meyer, 2007 ; Laguarrigue *et al.*, 2014 ; Chassagne, 2014 ; Bedard, 2015).

Si mourir dans le monde « libre » était le souhait de la majorité des personnes rencontrées dans l'enquête, pour quelques détenus malades, le fait de rester en prison permettait de se sentir plus entouré qu'à l'extérieur. Aussi, le monde de la peine offre à certains détenus malades des interactions sociales plus fortes que celles auxquelles ils s'attendent de l'autre côté des murs. Certains détenus n'ont plus de relations avec leur famille, par conséquent : « si le mourant privé de possibilité relationnelle à l'extérieur, est condamné à rester seul, il est préférable qu'il demeure dans la communauté des soignants pénitentiaires » (Gonin, 1991 : 247). Cette idée est loin de faire consensus auprès des professionnels de santé parce qu'il s'agissait de penser l'accompagnement de fin de vie dans les murs, alors que leur perception idéale de la fin de vie visait la sortie de prison et si possible un rapprochement avec la famille, souvent très difficile à mettre en œuvre, parfois impossible. Les trois personnes détenues rencontrées dans notre étude qui n'avaient pas exprimé de souhait de sortir de prison

n'avaient pas de visite et posaient le maintien en prison comme une stratégie. La prison étant alors perçue comme un espace de protection et une façon d'éviter une situation d'isolement total. Cette posture permet également d'éviter un cumul d'incertitude, en conservant son identité de détenu jusqu'à la fin de sa vie, mais elle réduit l'incertitude à une seule composante, celle de la maladie. Le maintien en prison représente alors plus de gains d'un point de vue spatial (avoir un habitat), d'un point de vue temporel (inscrit dans des rythmes), du point de vue de l'entourage (les différents professionnels et les autres détenus). Que pouvaient attendre ces détenus vis-à-vis d'une éventuelle sortie de prison ? (s'ils n'ont pas de logement, pas de proche, pas de projet)

On peut faire l'hypothèse que le choix du lieu de la mort dépend des possibilités de « reconnaissance réciproque » et de l'intensité des interactions avec autrui à l'intérieur et à l'extérieur de la prison (Honneth, 1992). Selon Axel Honneth, « La relation de reconnaissance comporte donc une contrainte de réciprocité, qui oblige sans violence les sujets à reconnaître de telle ou telle manière l'être social auquel ils sont confrontés » (*Ibid.*, 67). Cependant, qui va apporter cette reconnaissance ? Qui prendra la place de l'Autrui significatif, qui aura le rôle de confirmer au patient-détenu sa valeur ? Les soignants ? Les surveillants ? Les autres détenus ? Dans quelle mesure, le processus de reconnaissance sociale décrit peut s'appliquer à des personnes en marge de la société et privée de leur liberté ? En suivant le propos d'Axel Honneth, produire de « l'estime sociale » passe aussi par une forme de reconnaissance juridique, ainsi comment atteindre ce but dès lors que la loi a positionné certains individus à l'écart ? Comment reconnaître à l'autre sa propre contribution à notre société ?

Pour comprendre ce qui se joue au moment de la mort, l'élément le plus pertinent serait alors de questionner la notion d'entourage. Dans *l'écriture ou la vie*, Jorge Semprun raconte la mort de Maurice Halbwachs à Buchenwald, lieu d'enfermement bien connu :

J'avais pris la main de Halbwachs qui n'avait pas eu la force d'ouvrir les yeux. J'avais senti seulement une réponse de ses doigts, une pression légère : message presque imperceptible. Le professeur Maurice Halbwachs était parvenu à la limite des résistances humaines. Il se vidait lentement de sa substance, arrivé au stade ultime de la dysenterie qui l'emportait dans la puanteur. Un peu plus tard, alors que je lui racontais n'importe quoi, simplement pour qu'il entende le son d'une voix amie, il a soudain ouvert les yeux. La détresse immonde, la honte de son corps en déliquescence y étaient lisibles. Mais aussi une flamme de dignité, d'humanité vaincue mais inentamée. La lueur immortelle d'un

regard qui constate l'approche de la mort, qui sait à quoi s'en tenir, qui en a fait le tour, qui en mesure face à face les risques et les enjeux, librement : souverainement.

Alors, dans une panique soudaine, ignorant si je puis invoquer quelques Dieu pour accompagner Maurice Halbwachs, conscient de la nécessité d'une prière, pourtant, la gorge serrée, je dis à haute voix, essayant de maîtriser celle-ci, de la timbrer comme il faut, quelques vers de Baudelaire.

C'est la seule chose qui me vienne à l'esprit. Ö mort, vieux capitaine, il est temps, levons l'ancre....

Le regard de Halbwachs devient moins flou, semble s'étonner. Je continue de réciter. Quand j'arrive à «...nos cœurs que tu connais sont remplis de rayons », un mince frémissement s'esquisse sur les lèvres de Maurice Halbwachs. Il sourit, mourant, son regard sur moi, fraternel. (1994 : 37-38)

Après sa sortie du camp de Buchenwald, Jorge Semprun parle de son passage à Buchenwald comme de l'expérience de « vivre sa mort ». La mort devient réalité, elle fait partie de l'horizon dès lors que la personne est privée de sa liberté. Parallèlement la personne enfermée vit dans l'attente qu'un jour s'ouvrent les portes. À travers l'histoire du moment de la mort de Maurice Halbwachs, Jorge Semprun dit l'importance du regard « fraternel », représentant l'Autrui significatif. Par sa présence, il rappelle à Halbwachs sa valeur et l'homme qu'il a été. Ce qui apparaît important à travers ce récit, c'est de se sentir entouré. L'écrivain montre que le sentiment d'être entouré est sans doute plus important que le lieu de la mort. La question du lieu de la mort entraîne également celle de sa temporalité. Les patients-détenus rencontrés imaginaient leur avenir ailleurs qu'en prison, certainement aussi car ils souhaitaient repousser la mort, qu'elle soit ailleurs et pour plus tard.

9.2 Le temps judiciaire et le temps médical : un problème de synchronisation ?

9.2.1. Des contraintes temporelles

La plupart des patients détenus rencontrés indiquaient attendre de savoir s'ils pourraient sortir de prison. En effet, sur les 17 patients détenus rencontrés, 14 avaient demandé une libération anticipée. Cependant, la décision du lieu de la fin de vie, importante pour les malades qu'ils soient détenus ou pas (Daneault, 2007), ne dépend pas uniquement du choix et de la responsabilité du malade ni de celle de l'équipe soignante. Comme le souligne un Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation exerçant en UHSI, les différents mondes n'ont pas toujours la même perception de la temporalité de la sortie :

Il faut aussi que les infirmières intègrent effectivement que ce sont des patients-détenus, et quand un patient dit il faut que je sorte etc..., il faut qu'elles aient en tête effectivement que on ne parle pas de sortie de l'hôpital toute simple comme c'est le cas dans n'importe quel service. On parle d'une sortie de détention. Donc ça peut être, ce n'est pas du tout la même chose qu'un patient qui dit "j'en ai marre, je veux rentrer chez moi". Là, même s'ils disent j'en ai marre, ce n'est pas "je rentre chez moi", ce n'est pas si simple. Donc ça c'est important aussi de pouvoir dialoguer avec l'équipe soignante. (CPIP, Thierry).

Sortir de prison ou d'une UHSI, implique des démarches plus contraignantes et chronophages qu'une sortie hospitalière classique et nécessite un « travail d'articulation » des temporalités des différents mondes - du soin et de la peine - et un travail d'évaluation dans le cadre d'une sortie anticipée, loin d'être simple (Strauss, 1992). Le chemin peut sembler long jusqu'à ce qu'une libération soit possible grâce à un aménagement de la peine. La durée de la préparation de la sortie semble longue ou courte suivant le rapport qu'on entretient avec le patient-détenu et selon le monde auquel on appartient. Comme le résume bien un CPIP : « Pour le corps médical ça peut paraître une éternité autant de mois pour organiser ça et finalement c'est allé super vite (pour le monde de la peine). » (CPIP, Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale). En effet, le projet de sortie mêle des problèmes relatifs à trois

ordres : juridique, médical et celui de l'histoire de vie du malade. Le juge a un dossier pénal et la responsabilité de l'application d'un quantum de peine calculé en jours, mois et années ; le médecin a un dossier médical et le souci de la durée de vie de son patient et le patient-détenu a des projets qui lui sont propres et souvent le désir de sortir de prison. Le CPIP a une mission d'évaluation et d'orientation des détenus. En lien direct avec le JAP, il a un rôle vis-à-vis de la prévention de la récidive et prépare des mesures qui individualisent la peine (aménagement de peine entre autres).

Suivant le statut pénal de la personne détenue (condamnée ou prévenue), les possibilités de réduire son quantum de peine ne sont pas les mêmes. Seules les personnes condamnées (sous-entendu condamnées à une peine) peuvent bénéficier d'un aménagement ou d'une suspension de leur peine alors que les personnes détenues qui ne sont pas condamnées (en détention préventive) sont exclues de ces mesures et doivent demander une remise en liberté auprès du Juge des Détentions et des Libertés (JDL). Ce dernier décide des mandats de dépôt pour des délais de 4 mois. Il ne s'agit pas de « suspendre » ou d'« aménager » la peine mais de (re)mettre en liberté une personne en cours d'instruction avec le risque que cela puisse nuire à cette même instruction. Cependant, tant que le quantum de peine n'est pas posé, les possibilités d'action sur la durée de l'enfermement sont très limitées. Souvenons-nous de Sylvie qui était prévenue et se situait dans un no man's land. En effet, les possibilités d'action sur la durée de la peine étaient bloquées, tout semblait mis en attente, elle se situait en dehors de l'horizon espéré de la sortie. De fait, comme le souligne Anne-Marie Marchetti, les condamnés sont favorisés par rapport aux prévenus pour qui tout semble être mis entre parenthèses (Marchetti, 1997).

Toute personne condamnée et détenue peut demander un aménagement de sa peine sous réserve de ne pas être en période de sûreté et d'avoir déjà effectué une partie du quantum de peine. Les aménagements de peine qui permettent de continuer sa peine sous une autre forme que l'emprisonnement regroupent la libération conditionnelle, le Placement sous Surveillance Électronique (PSE), le placement extérieur et la semi-liberté. Une demande d'aménagement de peine s'appuie sur des garanties de réinsertion de la personne détenue (travail, famille, hébergement, etc...). Cependant, elle peut aussi être motivée par des raisons de santé dans le cadre notamment d'une demande de libération conditionnelle. De plus, les délais concernant la durée de peine effectuée sont non applicables aux personnes de plus de 70 ans (selon la loi pénitentiaire de 2009). La procédure d'aménagement de peine suit un ordre séquentiel,

respectant un ordre précis : après une condamnation et seulement après avoir réalisé la moitié ou les trois quart du quantum de peine ainsi qu'en fonction de la gravité de l'acte commis (Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 dite loi Perben II). Dans le cadre d'une condamnation à plus de 10 ans, les personnes détenues qui demandent un aménagement de peine doivent passer au préalable par un Centre National d'Évaluation (CNE) qui estime en particulier les risques de récidive. Pour cela, la personne détenue doit quitter l'établissement où elle est incarcérée et passer deux mois dans un CNE afin d'être évaluée. Le CPIP de Miguel explique que cette démarche est « le parcours du combattant ». Pour lui, cette démarche est chronophage, « difficile à organiser pour des personnes dépendantes ». Pour certains patients, le transfert au CNE n'est tout simplement pas possible comme dans le cas de Marcel qui est amputé d'une jambe et traité pour un cancer métastasé. Il semble donc exister un impensé juridique concernant les condamnés gravement malades.

Dans ces conditions, seule une demande de suspension de peine est envisageable, ce qui était le cas de nombreux patients-détenus rencontrés (10 avaient formulé une demande de suspension de peine, 3 une libération conditionnelle, 1 remise en liberté). Ainsi, ce type de mesure devient « la seule façon de permettre une sortie de prison » (JAP, Kevin), elle est demandée « quand on n'a pas le temps de faire autre chose » (sous-entendu : un aménagement de peine) et pour « faire vite » (JAP, Marcel). En effet, la durée de la procédure juridique est moins longue pour une suspension de peine car le JAP a quatre mois pour statuer alors que ce dernier dispose de 6 mois dans le cas d'un aménagement de peine. La suspension de peine est donc une opportunité temporelle qui ne suit pas le découpage séquentiel proposé habituellement par le monde de la peine. Cette mesure symbolise une bifurcation possible de la trajectoire pénale au regard de la maladie. Dans ce cas, le diagnostic peut remettre en question le verdict. Cela participe certainement au fait que cette mesure donne naissance à de l'incertitude et soit perçue par les professionnels de la santé et de la peine comme un « choix contraint », une mesure utilisée par défaut lorsqu'un aménagement n'est pas possible ou quand le temps presse. Un médecin d'UHSI donne sa perception de la suspension de peine : « quand on regarde ce qu'il y a derrière c'est forcément un couperet... Nous les suspensions de peine toutes celles que j'ai vu à partir de chez nous, c'est vraiment des gens qui sont sortis pour aller mourir quelques semaines après. » (Médecin de Bernard).

9.2.2 La suspension de peine pour raison médicale : du verdict au diagnostic

Depuis le 4 mars 2002, la loi Kouchner permet aux détenus gravement malades dont le pronostic vital est engagé ou l'état de santé est « durablement incompatible avec la détention » de *suspendre* leur peine afin de bénéficier de soins plus adaptés à l'extérieur et le cas échéant de vivre la période de leur fin de vie ailleurs qu'en prison (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). Suspendre, dans ce contexte, c'est interrompre momentanément la peine, en se basant sur un travail d'évaluation et d'expertise médicale. Suspendre une peine c'est aussi remettre en question son déroulement en termes de temps et d'espace pour une durée incertaine et parfois réintégrer la prison si l'état de santé s'améliore.

Au moment de l'étude (d'avril 2012 à juin 2014) l'article 720-1-1 du code de procédure pénale relatif à la suspension de peine était écrit comme suit :

Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.

La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent. Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant.

Avant la mise en place de cet article, il existait déjà la possibilité d'une libération conditionnelle médicale ou d'une demande de « grâce médicale ». La loi dite « Kouchner » est née d'une volonté de simplifier les mesures citées. Ce dispositif, comme les précédents, marque aussi le souhait d'éviter que des personnes détenues meurent en prison. Différents

amendements et jurisprudences ont complété la loi écrite en 2002⁷⁵. En 2003, la première modification empêche le bénéfice de cette mesure aux détenus présentant un risque de récidive par l'ajout suivant : « un risque grave de renouvellement de l'infraction » ; en 2005, la notion de pronostic vital engagé est complétée par un attribut temporel « à court terme » (Crim. 28 septembre 2005) ; en 2007, la cour de cassation indique que les magistrats ont toute compétence pour choisir d'ordonner ou non des expertises (Crim. 24 octobre 2007). En 2009, la loi pénitentiaire introduit la notion d'urgence vitale. Dans ce cas, la procédure est simplifiée et seul le certificat médical du médecin habituel est requis. Puis en 2013, il est établi qu'en cas d'expertises contradictoires ou indiquant que l'état de santé est compatible avec la détention, les magistrats sont tenus de vérifier qu'un maintien de détention ne soit pas constitutif de traitement dégradant pour le requérant (Crim, arrêt n°3667, 26 juin 2013). Enfin la loi est modifiée en 2014 et une seule expertise médicale au lieu de deux est requise. En outre, ce texte modifie les conditions d'accès à la suspension de peine puisque les situations de santé mentale incompatibles avec la détention ont été ajoutées (loi n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 51). Toutes ces modifications reflètent le décalage entre le droit qui établit des textes en tentant de prévoir tous les cas de figure (les cas d'urgence, les exceptions) et la réalité des situations. Finalement, les réformes qui concernent le régime de pénalité moderne si je reprends les termes de Gilles Chantraine, participent-elles à la « reproduction du système parce qu'elles en épousent implicitement ou explicitement la rationalité et les impensés » (Chantraine, 2006 : 273). Les critères mobilisés par les JAP pour accepter ou refuser une suspension de peine sont révélateurs de l'ambiguïté entre l'humanité affichée de cette mesure et le maintien d'une volonté de punir, reflétant ainsi les tensions « constitutives de l'institution carcérale » (Guilbaud & Malochet, 2011 : 10).

⁷⁵ Pour une présentation détaillée de la mesure de suspension de peine, voir MORTET Laurent, 2007. « *La suspension médicale de peine* ». Paris : l'Harmattan.

9.2.3 Des déterminants juridiques et médicaux

La place des expertises médicales

Les deux éléments évoqués précédemment : le pronostic vital engagé et la compatibilité de l'état de santé avec la détention sont évalués par des médecins experts auprès du tribunal. Les expertises médicales apparaissent dans le discours des magistrats comme les pièces maîtresses du dossier de demande de suspension de peine, l'expert apparaît ainsi comme un spécialiste qui va contribuer à produire un jugement grâce à des connaissances techniques afin d'apprécier l'état de santé du détenu malade. Le travail d'investigation de l'expert médical se situe à deux niveaux : une étude du dossier médical et un entretien avec le malade. La rapidité de cette visite telle qu'elle est décrite par les patients-détenus rencontrés, apparaît en décalage avec les attentes et les enjeux d'une possible libération. Le patient ne sait pas toujours quel est le rôle de l'expert, ni qui il est. Parfois, seule l'étude du dossier a été réalisée, ce fut le cas lors de la demande de remise en liberté de Sylvie.

À partir des expertises médicales, les Juges d'Application des Peines (JAP) recherchent à savoir si la mort est réellement à venir dans un délai proche⁷⁶. En d'autres termes, l'expertise leur permet de déterminer à quelle catégorie appartient l'individu. Toutefois, la justice se pose des questions auxquelles la médecine a du mal d'apporter une réponse précise : combien de temps leur reste-t-il à vivre ? Comment la pathologie va-t-elle évoluer ? Dans quel délai la mort va survenir ? L'estimation de la date de la mort et le travail de définition de la notion de « court terme » posent problème. Les médecins considèrent une situation d'urgence quand la pathologie s'avère incurable et que la mort devient la seule issue, cependant la temporalité et les modalités du décès à venir sont incertains. De plus, la définition de fin de vie ainsi que celle de « court terme » varient dans le monde médical, passant de quelques semaines à quelques années (Sandol Roy, 2004). En général, les magistrats rencontrés s'attendaient à ce que le décès soit très rapide alors que les médecins appréhendaient l'urgence sur une période plus étendue, de quelques mois.

⁷⁶ Dans le cadre des peines de réclusion criminelle, les demandes d'aménagements de peine sont évaluées par le Tribunal d'Application des Peines (TAP). Il est composé de trois magistrats.

La question de la compatibilité de l'état de santé avec la détention est le deuxième cas de figure permettant l'accès à une demande de suspension de peine. En 2003, le ministère de la santé a demandé à l'académie de médecine de préciser les pathologies qui pouvaient rendre « incompatible l'état de santé avec la détention ». Un bulletin paru en décembre de cette même année explique l'impossibilité de lister des catégories diagnostiques (Pellerin, 2003). Ainsi, aucun critère formel n'existe et cette question concerne de multiples situations : personnes âgées, maladies, handicaps. Pour les médecins, la situation des patients-détenus inclus dans l'étude était dans tous les cas incompatible avec la détention du fait de l'évolution de leur pathologie, de la lourdeur des traitements, de leurs effets secondaires et des transferts fréquents vers les hôpitaux. Cependant, la question de la compatibilité à la détention est rarement posée dans son ensemble par les magistrats qui s'inquiètent plutôt de savoir si la personne détenue reçoit en détention les soins médicaux dont elle a besoin :

Alors il nous dit [lit les conclusions de l'expertise] que ce détenu nécessite des soins de longue durée qui ne sont pas compatibles avec les conditions de la détention ordinaire, on ne peut pas le remettre en prison [...] alors le médecin il dit que son état par contre est compatible avec son placement en milieu hospitalier en univers carcéral (sous-entendu avec l'UHSI), (JAP, Marcel)

Dans cette perspective, quand un expert estime que les soins médicaux sont suffisants, la suspension de peine peut être refusée. Le fait que d'autres médecins (les médecins experts) estiment que l'hospitalisation en UHSI est une façon de poursuivre la peine dans des conditions d'enfermement acceptables étaient une source d'incompréhension pour les médecins exerçant en UHSI. Considérer qu'une personne malade peut rester en détention (ou à l'UHSI) car elle y reçoit les soins médicaux nécessaires est vu par les médecins comme une manière de détourner la fonction initiale des lieux dédiés aux soins des détenus. Selon ces derniers, les experts qui sont de passage ne saisissent pas l'ampleur des difficultés quotidiennes et se rangent du côté de la peine et de la punition. Une fois que les expertises sont rendues au juge (deux mois maximum après la requête), les magistrats considèrent généralement être contraints par les résultats des expertises : « si les deux experts sont concordants... Je ferai une suspension de peine ». Si elles ne sont pas concordantes en revanche : « On ne peut pas suspendre. Puisque là bon on est dans une peine criminelle. C'est vraiment un texte qui prévoit une suspension pour soit des fins de vie, soit vraiment des états de santé vraiment très difficiles et qui rendent la détention particulièrement incompatible

quoi. » (JAP de Pierre). Un autre magistrat explique aussi devoir se plier aux expertises dans le processus de prise de décision : « Mais bon moi je suis quand même lié par les expertises hein ! Puisque si l'expertise ne me dit pas que c'est incompatible... » (JAP de Pablo)

Voici les extraits des deux expertises médicales concernant Pablo :

Extrait de l'expertise du Professeur B.

« En l'absence de soins spécifiques le pronostic vital du détenu est susceptible d'être engagé à moyen terme, il doit bénéficier d'une thérapie le rendant durablement incompatible avec le maintien en détention. »

Extrait de l'expertise du Docteur A :

« Aggravation majeure par rapport à l'expertise du ..., engage le pronostic vital, traitement spécifique à dispenser en milieu hospitalier très spécialisé. »

Finalement, le juge se sentait « coincé » avec ces deux expertises médicales qui précisait que les soins dont le malade avait besoin ne pouvaient être délivrés qu'en « milieu spécialisé », et, parallèlement une expertise psychiatrique relevait : « la faiblesse de son empathie et sa centration sur lui-même » tout en faisant état « d'un risque potentiel de passage à l'acte » (JAP Pablo). Le JAP a néanmoins octroyé la suspension de peine à Pablo et explique sa crainte que ce dernier décède en prison en précisant que l'avocat de « Pablo » effectue « une pression » régulière en menaçant de recourir à la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Un autre magistrat s'est focalisé sur la différence d'estimation du pronostic vital entre les deux experts médicaux pour refuser l'octroi de la suspension de peine à Miguel :

Je considère, appliquant la jurisprudence de la cour de cassation qu'il doit être engagé à court terme et, l'un des médecins, dans son rapport disait que, il était engagé à court terme, l'autre disait qu'il était à moyen terme, donc il n'y avait pas concordance sur le pronostic vital et les deux médecins par ailleurs indiquaient que les soins que devaient subir et que nécessitait la pathologie dont souffre ce monsieur (Miguel), pouvaient lui être prodigué en détention. Donc c'est, le texte, soit pronostic vital, soit sur les soins ... puisque, ils pouvaient être pratiqué en détention et sur le pronostic vital engagé il n'y avait pas concordance des deux expertises donc il m'a, il est apparu au tribunal que les conditions n'étaient pas remplies, et qu'on ne pouvait pas lui apporter le bénéfice de la, de la suspension de peine... (JAP, Miguel).

Ce magistrat explique qu'il ne se sent pas lié à tout prix aux avis des experts. Dans cette situation, il semble utiliser la prescription formelle du texte de loi au regard de la non-concordance des expertises comme prétexte pour justifier son refus. Le magistrat s'appuie sur les avis de spécialistes pour légitimer son choix. Malgré la divergence de point de vue entre les deux experts sollicités, aucune discussion ne s'en suit, aucune contre-expertise n'est sollicitée. Suite à cette non-concordance, la suspension de peine est refusée à Miguel⁷⁷. Or, les expertises peuvent produire une classification différente et parfois contradictoire sur un même cas, ce qui a de fortes implications pour l'avenir du malade⁷⁸. Cette décision de refus d'octroi de la mesure pour Miguel apparaît incompréhensible au médecin exerçant en prison qui a sollicité le JAP, ainsi qu'au médecin expert qui écrivait « court terme ». On pourrait imaginer que les points de vue contrastés des différents acteurs concernés permettraient de prendre des décisions de manière plus collégiales et d'apporter un autre regard sur l'incertitude, mais ce n'est pas le cas (Lascoumes, 2002). La procédure de suspension de peine renforce le pouvoir du monde de la peine et permet soit de ne pas prendre en considération les expertises, soit de les utiliser à des fins de justification. Si les expertises médicales étaient souvent perçues comme la pierre angulaire de la décision, elles ne sont qu'un élément du dossier. Ces expertises sont à regarder à la lumière d'un contexte global. Elles sont un élément rationnel sur lequel le magistrat s'appuie pour définir le risque de mort et la possibilité de sortir ou non, mais elles ne sont pas le seul critère de décision.

⁷⁷ Le rapport du groupe Santé Justice en novembre 2013 souligne que cette non-concordance est à l'origine de la plupart des refus d'accorder une suspension de peine, ainsi l'article 720-1-1 du CPP a été modifié en août 2014 précisant qu'une seule expertise médicale était nécessaire (au lieu de deux).

⁷⁸ On pense ici à la célèbre histoire de Pierre Rivière présentée par Michel Foucault qui illustre la difficulté à délimiter la frontière entre le fou et le criminel. Ce jeune homme, auteur d'un triple assassinat, était-il l'idiot du village comme certains l'ont prétendu, ou un « furieux » agissant sous l'emprise de la folie. Trois expertises médicales établirent des analyses singulières voire contradictoires de l'état psychique de Pierre Rivière. In : Foucault, Michel, 1973. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... : un cas de parricide au XIX siècle présenté par Michel Foucault*. Paris, Gallimard-Julliard.

Risque de récidive et dangerosité

Le risque d'une récidive est un motif légal de refus de suspension de peine. Ce risque peut être estimé par un expert psychiatre. Un patient-détenu dont l'état de santé était défini comme incompatible par les deux expertises médicales, s'est vu refuser l'octroi de cette mesure du fait d'une expertise psychiatrique qui indiquait une forte dangerosité. À l'inverse, Pablo parvient à bénéficier d'une suspension de peine malgré une expertise psychiatrique défavorable. L'évaluation de dangerosité n'est pas toujours facile à mettre en place au cours des quatre mois dont le JAP dispose pour traiter la demande de suspension de peine, d'ailleurs les détenus rencontrés avaient rarement eu ce type d'expertise. Les magistrats vont alors s'appuyer sur des éléments inscrits au dossier pénal ainsi que les rapports des conseillers d'insertion et de probation pour évaluer ce risque. Dans ce contexte, la notion de gravité des actes est prise en compte à travers le motif d'incarcération. En effet, une première coupure opère entre les crimes sur les biens et ceux qui visent des personnes. Lors de ma rencontre avec le JAP de Jean-Pierre qui avait utilisé des chèques volés, cette distinction était très visible. Ensuite, existe une autre coupure ou frontière dans la catégorie des crimes commis contre les personnes où un classement moral entre les différentes catégories de crimes opère, allant du « crime grave » au « crime monstrueux ». Les affaires de mœurs en particulier quand il s'agit de victimes mineures semblent être celles qui sont automatiquement classées dans les faits les plus graves. Comme l'explique un magistrat :

Il y a inévitablement des comportements, des crimes qui génèrent plus facilement une certaine horreur naturelle que d'autres ! Et inévitablement ça aura un impact, si les critères imposés par la loi sont indiscutablement remplis quant à voilà, mais objectivement pour ce qui est des choses qui sont de l'ordre du sens commun. Meurtre passionnel n'a pas la même, n'est pas ... ressenti de la même manière par le juge, y compris le juge d'application des peines que, quelqu'un qui, je l'ai vu récemment, euh... tente de violer un petit garçon l'étrangle et massacre son corps après ... (JAP de Miguel).

Le motif d'incarcération est alors un élément important qui sera pris en compte pour évaluer la dangerosité de la personne. Ainsi un magistrat nous indiquait : « quand je dis aux médecins “ mais déjà on se calme, vous avez vu sa peine ? ” Alors ils me disent “ non ça ne nous intéresse pas ”. Je lui dis “ ben, ça ne vous intéresse pas mais moi si ! ”. Parce qu'on ne peut

pas traiter un détenu criminel, surtout alors, enfin, je ne vous dis pas X (Marcel) c'est vraiment des faits euh... Enfin je, c'est des faits d'une gravité exceptionnelle quand même hein ! » (JAP de Marcel). Alors que pour une demande concernant un autre détenu malade, c'est l'inverse, le motif d'incarcération ne semble pas être un frein : « bon, ce n'est pas non plus le délinquant du siècle hein ! » (JAP de Kevin). Le CPIP de Kevin renforce la distinction de traitement entre les catégories de criminels au regard de la possibilité de réduire le quantum de peine: « Enfin ce n'est pas des faits gravissimes, il n'est pas là pour viol hein ! Concrètement donc, forcément c'est déjà un peu plus facile quoi. » (CPIP de Kevin).

Évaluer la dangerosité et le risque de récidive est important pour le magistrat car cela implique sa responsabilité : « Le juge est toujours suspicieux vis-à-vis d'une demande de cette nature, ... En se demandant si effectivement il n'y a pas derrière tout ça un stratagème tendant à obtenir une sortie bien avant la date prévue. » (JAP de Miguel). Tous les magistrats plaçaient dans leur argumentation des exemples de personnes qui ont utilisé cette stratégie pour se dérober de leur peine. Les magistrats ont en mémoire des exemples issus des expériences passées où les personnes détenues en fin de vie ne sont pas mortes dans les semaines voire dans les mois qui ont suivi leur sortie de prison. Certains juges se méfient du risque d'instrumentalisation de la maladie à des fins de sortie car la maladie pourrait être utilisée pour réduire le quantum de peine. Une personne qui demande cette mesure juste après son jugement peut être vue comme tentant de se substituer à sa peine, tandis qu'une personne qui a déjà purgé un temps de peine important pourra être perçue comme ayant une demande légitime. D'ailleurs, même si aucun critère de durée de peine n'est posé, force est de constater que les demandes de détenus proches de leur date de sortie de prison ne cristallisaient pas les mêmes tensions. Par exemple, Robert qui avait presque réalisé la totalité de son quantum de peine devait être libéré six mois plus tard. Ainsi, comme le souligne le JAP « il n'y a pas d'enjeux, il n'y a que des enjeux humanitaires ». Ce qui n'est pas tout à fait exact car ce même magistrat a posé plusieurs conditions à cette sortie : interdiction de retourner dans son village d'origine où les faits s'étaient passés et intégration d'un appartement thérapeutique. La logique médicale ne prime pas sur la logique pénale. Les magistrats vont ainsi être attentifs aux interdictions de lieux et de fréquentations qui avaient été posées dans le jugement ainsi qu'aux réactions des victimes à une sortie anticipée de la personne condamnée. Pour le magistrat se joue la notion de responsabilité et le principe de justice qui parfois heurte la vision « humaniste » du médecin.

9.3 Construire un horizon commun

9.3.1 Crédibilité du médecin

Dans l'interrelation médecin/magistrat, il est important que les premiers apparaissent comme crédibles pour que les magistrats entendent leurs demandes. Cette crédibilité va s'appuyer dans un premier temps sur ce qui est dit dans le certificat médical fourni par le médecin exerçant en prison, ou plus généralement à l'UHSI. Or, l'information donnée dans le premier certificat médical adressé au magistrat, celle qui déclenche la procédure est souvent limitée. Les médecins indiquent uniquement qu'ils appuient une demande de suspension ou d'aménagement de peine pour raison de santé au regard d'un pronostic vital engagé ou d'une situation de santé incompatible avec la détention. C'est donc aussi les expériences antérieures qui vont construire la crédibilité du médecin. Ainsi, le magistrat se référera aux autres situations et vérifiera *a posteriori* si les informations indiquées par le médecin se sont vérifiées en termes de temporalité et de gravité de la situation médicale. Lorsqu'un médecin fait valoir le caractère urgent de la sortie de détention, le magistrat s'attend à ce que l'urgence corresponde non pas à une urgence du temps médical mais une urgence du temps pénal (le patient va mourir dans quelques semaines ou alors il a besoin de soins spécifiques immédiatement). Lorsque la perception des magistrats vis-à-vis du temps de la mort ne correspond pas à la durée annoncée par les médecins, ils relèvent un manque de crédibilité, qui pourra nuire à l'obtention d'une suspension de peine pour les patients détenus suivants comme en témoigne les propos de ce magistrat :

Et puis vous savez ce qui est désarmant, enfin en même temps tant mieux pour les gens, c'est que les médecins de l'UHSI nous annoncent que les gens vont quasiment mourir dans la seconde et en fait ils ne meurent pas ! Donc... Au bout d'un moment... [Rires] Enfin je ne veux pas qu'ils meurent mais au bout d'un moment... Enfin vous vous excitez moins parce que d'expérience vous... Enfin, il y a un souci quand même ! Il y en a un autre là à l'UHSI, enfin moi le médecin m'a appelé excité comme un malade, soit disant le type il allait mourir dans la seconde. Là ça fait un mois et demi il est toujours vivant quoi ! (JAP de Marcel)

Plusieurs JAP ont émis des doutes quant à la gravité de l'état de santé du détenu-patient telle qu'annoncée par les médecins : « Mais monsieur X. je vous dis honnêtement quand on le voyait on n'avait pas du tout l'impression que il était... Mais je vous dis, mais moi je ne suis pas médecin ! Donc après, ce qu'il se passe, je dirais, à l'intérieur de son corps je ne sais pas ! » (JAP de Pablo). Face à cette méfiance, certains médecins ont le souci d'apparaître crédibles aux yeux du magistrat avec qui ils seront amenés à coopérer pour d'autres situations comme le souligne ce médecin d'UHSI: « Sur quatre que l'on a fait sortir il y en a trois qui sont décédés déjà... Donc euh...Ça nous crédibilise par rapport à la JAP ! » (Médecin de Pierre). En fonction des représentations du temps de la justice et du temps de la fin de vie, les stratégies de négociation utilisées par les médecins à l'égard du juge ne seront pas les mêmes. Ainsi, un médecin exerçant en UHSI et son équipe déclaraient « garder un peu plus longtemps les patients, pour aller jusqu'au bout des possibilités thérapeutiques » afin de « bétonner le dossier » pour avoir tous les éléments médicaux et tenter d'amoindrir leurs propres incertitudes. Puis, une fois les possibilités d'actions médicales réduites sur le plan médical, la demande de sortie pouvait débiter. Tout cela leur permet d'éviter d'essuyer des refus du juge et de paraître « crédible » à son égard mais aussi sans doute d'avoir la sensation de faire du bon travail. Ainsi, retarder la date de la demande de sortie est une stratégie pour multiplier les chances de concrétiser le projet de libération. Alors que d'autres médecins tentent d'agir plus activement sur la durée d'attente déployée par la justice en mettant en avant l'avancée inéluctable des semaines qui sont désormais comptées.

De ces deux grandes catégories de réactions de la part des médecins face aux juges, se dessinent en toile de fond les notions de crédibilité et de responsabilité. Les premiers relativement consensuels estiment qu'il faut suivre la procédure habituelle pour tenter d'apparaître crédibles, ce qui d'après eux facilitera l'articulation de leur travail pour les situations à venir. Les autres plus militants pensent que la poursuite de leur travail se concrétise par la mise en place de la sortie et le plus tôt possible. Ainsi, ces médecins tentent d'agir sur la temporalité de la procédure juridique, de l'accélérer tout en se positionnant comme des acteurs de la prise de décision. D'ailleurs ceux-là utilisent d'autres stratagèmes comme celui de solliciter à nouveau le CPIP, ou encore de téléphoner au juge toujours dans le but d'agir sur la durée d'attente. Ces intrusions au cours de la procédure peuvent toutefois être malvenues car il ne faut pas « embêter » le juge, d'après un CPIP rencontré, notamment lors de prise de décision car il ne doit pas « être influencé ». Aussi, une trop grande proximité peut

être un élément gênant pour le magistrat qui doit rester neutre donc il ne peut pas faire pleinement alliance avec le médecin. De plus, pour les magistrats, la précipitation apparaît en opposition à la rigueur et à la nécessité de prendre de la distance pour vérifier et pondérer leur décision. Autrement dit, faire trop vite pour les magistrats, est perçu comme mal faire son travail. Cette profession prudentielle base sa délibération sur des savoirs experts mais aussi sur une autonomie et un temps de réflexion suffisants dans le processus de décision.

Parallèlement, le juge peut aussi user de stratégies pour ralentir le processus, mettre en attente le dossier afin de pouvoir nuancer, vérifier et prendre toute la responsabilité de la décision. D'autant, qu'il existe différentes façons d'interpréter les textes de droit, c'est ce que Jacques Comaille nomme la « pratique judiciaire » (1991). Si la référence est le juridique, ce temps stable et lent du droit et de son interprétation est bousculé par la réalité sociale, une temporalité plus courte parfois urgente au regard de l'irréversibilité du temps et de ses incertitudes (Bessin, 1998). Le temps judiciaire traditionnel qui s'inscrit dans une certaine stabilité et permanence est bousculé par l'intervention du monde de la médecine et de plus en plus par les droits des détenus. Le magistrat n'est pas habitué à construire sa décision avec des acteurs extérieurs au champ judiciaire (à l'exception du domaine de la psychiatrie). Si cette intrusion remet en question le processus habituel voire le rituel de la construction d'un aménagement de peine, le JAP tente d'alléger sa responsabilité grâce à ce partage des responsabilités avec les médecins qui sont eux aussi habitués à construire des décisions (on pense à la sortie de l'hôpital par exemple). Ainsi, les activités de temporalisation des JAP et des médecins amènent à redéfinir les tâches visant la sortie de l'hôpital et de la prison ainsi que leur propre définition de la sortie de l'institution. Leurs activités vis-à-vis de ce projet, hiérarchisent les rapports sociaux. Plus le professionnel maîtrise le temps, plus il peut avoir du pouvoir vis-à-vis de la décision de sortie. Il faut donc trouver la bonne distance et construire au fil des expériences communes une légitimité afin que l'estimation de la durée de vie réalisée par les médecins soit perçue comme juste, comme une « vérité ». Cependant, apporter des réponses à cette question de la durée de vie restante et offrir des preuves solides semblent en contradiction avec le climat d'incertitude vécu par les professionnels de la santé. Et c'est leur capacité à construire un avenir commun qui rendra possible une synchronisation des calendriers.

9.3.2 La personnalité du patient / détenu

La personnalité du patient intervient dans les éléments pris en considération par le magistrat dans la construction de la réponse à une demande de suspension de peine. Il s'agit de l'élément le plus subjectif : Comment le magistrat perçoit-il la personne détenue demandeuse ? Ce travail de définition de la personne s'appuie également sur le ressenti qu'ont les médecins et le CPIP. Pour obtenir une réponse positive, il est aidant que le requérant soit défini comme sympathique, ce qui s'appuie sur des éléments tels que : sa manière de parler, de se tenir, de s'habiller, sa politesse. Aussi, ce dernier doit revenir sur le crime, en passant par sa reconnaissance des faits et une remise en question de son comportement. Le détenu doit prouver que la peine a eu un effet positif sur lui et qu'il se comporte « bien » en détention, qu'il n'est pas un élément perturbateur. Ces éléments font partie du rapport rédigé par le CPIP dans lequel figure le positionnement du détenu par rapport aux faits et la présence ou non de conseil de discipline. La personnalité du patient peut se lire selon deux axes. Le premier se situe autour de la façon dont les acteurs définissent la personne : un patient ou un détenu, le second juge la personne au regard de sa sympathie en le situant sur une ligne continue allant du « personnage agréable » au « personnage désagréable ».

Par exemple, dans la situation de Jean-Michel la personnalité « désagréable » est un facteur qui agit au niveau de la prise en charge en prison et de la prise de décision par rapport à la demande de suspension de peine. Il est perçu comme étant un « mauvais patient » et un « mauvais détenu » d'une part parce que sa prise en charge est très difficile (du fait de son manque d'autonomie) d'après les professionnels de la santé et de la surveillance. D'autre part, ce qui dérange les différents corps de métier est lié aux faits qui l'on conduit derrière les barreaux et la façon dont il en parle. Un CPIP explique que c'est « glauque » et que quand Jean-Michel lui a raconté la raison de son incarcération, ce fut « un choc ». Jean-Michel a été condamné pour violences sexuelles sur mineur de quinze ans et le JAP met en avant sa personnalité dans les éléments qui ont fondé sa prise de décision de refus de suspension de peine : « sa personnalité dans son ensemble laisse entrevoir la possibilité de ce genre de geste » donc il présente un risque de récidive, ce qui était une conclusion de l'expertise psychiatrique. Le discours de l'expert psychiatre renforce l'idée que Jean-Michel est perçu de façon négative en le désignant comme un « pacha pervers ». De plus, le médecin de l'unité sanitaire explique que « de voir tout le monde s'agiter pour améliorer sa prise en charge et

préparer sa sortie, cela doit être jouissif pour lui. ». Sa personnalité apparaît comme un élément déterminant vis à vis du refus d'octroi d'une suspension de peine. Pour Robert, c'est à l'inverse sa personnalité « discrète » et le fait qu'il passe inaperçu et ne se plaigne pas qui a joué en sa faveur et a permis l'obtention d'une libération conditionnelle. Sortir de prison avant la date prévue renvoie à un privilège temporel, un gain de temps car il permet au condamné de réduire la durée d'enfermement et de gagner du temps « libre ». Pablo par exemple, a eu « une réduction de peine non négligeable », selon le point de vue du magistrat. Il avait été condamné à 15 ans et a effectué 8 ans. Pablo était considéré comme quelqu'un de sympathique, et même plutôt drôle d'après le CPIP qui le définit comme un « papi » qui dénotait dans le paysage carcéral. Ainsi, ses représentations de la vieillesse, et sa définition de Pablo l'amenaient à reconsidérer les modalités d'exécution de la peine. Bien qu'il ait été condamné suite à un homicide survenu après une rixe, plusieurs signaux révélateurs d'une possible réinsertion étaient présents : un hébergement à la sortie (son appartement), les visites hebdomadaires de sa femme. Tous ces éléments permettent de comprendre la décision du magistrat. De plus, son CPIP pense qu'on ne le « reverra pas en prison ».

Ainsi, le distinguo entre patient et détenu, voire entre malade et criminel joue dans l'attribution d'une suspension de peine. Pablo n'est plus perçu comme un criminel mais comme un mari attendu et un malade vieillissant qui va rentrer chez lui et qui ne risque pas de récidiver. Ce qui fait la différence, c'est la façon dont les différents mondes définissent la personne, la façon dont ils vont additionner les morceaux de trajectoires, mettre certaines parties en valeur, en taire d'autres. Autrement dit, selon que la personne détenue est totalisée comme patient-détenu ou comme détenu-patient, les frontières s'ouvrent ou se ferment. Deux exemples très différents ont été présentés, celui de Jean-Michel qui est étiqueté et totalisé par tous les mondes comme un criminel et celui de Pablo totalisé comme un vieux malade. Ainsi, ce que donne à voir et à entendre le détenu est un point important du processus d'évaluation et d'octroi d'une libération pour raison de santé. Si les deux situations exposées présentent des coupures relativement nettes, les frontières sont bien souvent beaucoup plus ambiguës et ambivalentes et font ressortir les tensions liées à des idéologies professionnelles, formant des « débats de trajectoires » (Strauss, 1992). Cela crée des débats entre les différents professionnels « étant donné que des décisions particulières quant aux options à prendre à certains points critiques peuvent affecter profondément la forme de la trajectoire » (*Ibid.*, 172). Par exemple, Miguel était totalisé à la fois comme un patient par les professionnels de

l'UHSI et comme un détenu par le JAP en charge de son dossier de suspension de peine. Au final, le monde du soin souhaitait favoriser une sortie de prison, alors que celui de la peine non. Ce dernier l'emporte et Miguel qui ne s'est jamais remis en question et qui est toujours resté critique à l'égard des accusations portées sur lui, meurt avec un statut de détenu.

9.3.3 Le poids du passé

Bien que ces situations amènent les professionnels à travailler au cas par cas, des traits distincts se dessinent dans la façon dont les médecins et les juges intègrent les dimensions temporelles du patient-détenu. Les médecins apportent des réponses rapides au problème présent face à un horizon restreint. Les juges agissent à partir du passé dans une vision temporelle plus étendue et éloignée, ce qui alourdit et ralentit la durée de la procédure. Ce problème de synchronisation fait appel aux représentations des acteurs vis-à-vis du passé, du présent et du futur de la personne détenue. Les temporalités du magistrat et du CPIP se focalisent sur le passé du détenu (revenir sur les faits, relire le PV, les témoignages, ne pas oublier qui la personne a été), tout un travail d'évaluation de l'individu permet de mettre en évidence sa transformation ou au contraire le fait qu'il n'ait pas changé (comment parle-t-il des faits, quel suivi, a-t-il adhéré à un suivi psychiatrique ou psychologique). Comme le montre Yasmine Bouagga, « les conseillers d'insertion et de probation jouent un rôle central, puisque ce sont eux qui produisent l'expertise sur la sanction » (2013 : 461) De plus, ce rapport au passé incite le juge à chercher des garanties pour encadrer la sortie de prison et notamment à s'interroger sur l'environnement dans lequel la personne va vivre après. Alors que le médecin préfère mettre ce passé entre parenthèses. En effet, rares sont les médecins rencontrés ou les professionnels de santé de manière plus générale qui abordent volontairement les faits pour lesquels la personne a été incarcérée (en dehors des médecins psychiatres). Au contraire, ils souhaitent se distinguer des activités gérées par le monde de la peine et affirment bien souvent qu'ils préfèrent « ne pas savoir » (ce qui n'est pas tout à fait exact puisqu'ils savent presque toujours). Cependant, ils ont besoin de se détacher du passé de la personne pour la définir comme un patient. Les disjonctions de temporalités entre un présent dominant pour les médecins et un passé dominant pour les JAP paralysent souvent la construction d'un horizon commun. Ainsi, les difficultés de synchronisation des horloges

médicales et pénales marquent un paradoxe dans leur rapport au temps qui produit un ralentissement voire un blocage des activités.

Ce décalage de la définition de la situation et de la perception de l'individu (patient/détenu ou présent/passé) conduit à des situations très confuses. Souvenons-nous de la situation de Robert qui, suite à sa sortie de prison, est hébergé dans un lieu qu'il ne connaît pas et où il décédera quelques semaines après sa sortie de prison. De fait, la sortie de prison de cet homme a été envisagée au regard des valeurs et des intérêts propres à chaque monde (peine et soin), de leurs temporalités et sans forcément prendre en compte les prérogatives des autres, tout en manquant d'information et sans tenir compte des désirs de Robert (Kaspar et *al.*, 2012). À la croisée de ces activités de temporalisation, les détenus-patients attendent souvent avec impatience leur sortie de prison et se sentent bien souvent impuissants face à la temporalité de la sortie de prison et au lieu de vie après la sortie. Le juge peut prendre une décision quelques semaines voire quelques jours avant le décès. Cependant, si le processus juridique dure trop longtemps, un médecin explique qu'il y a « des moments où ça ne vaut quasiment plus la peine » de faire sortir la personne de prison. Par ces propos il montre que cette sortie ne peut pas être envisagée au dernier moment sans quoi elle perd le sens qu'il lui attribue (dans la perspective de l'idéologie professionnelle de la bonne mort). Ainsi, il serait parfois préférable d'accompagner la personne mourante dans un cadre carcéral plutôt que de la libérer quelques jours avant sa mort. Alors que pour le juge, le processus de sortie s'enclenche après réception des expertises médicales validant la fin de vie à court terme.

La sortie de Marcel est aussi très révélatrice des discordances temporelles entre les deux mondes. Le médecin en accord avec certains membres de la famille de Marcel a anticipé la sortie de ce dernier dans la maison familiale alors que le JAP n'imaginait pas que Marcel puisse retourner vivre sur le lieu du crime. Le CPIP a finalement informé le médecin des actes « intrafamiliaux » commis par Robert. Malgré le « travail de traduction » réalisé par le CPIP afin de réunir les professionnels autour d'un projet dont le sens est partagé par tous, la question du sens de la sortie n'a pas été appréhendée de façon collégiale. Au contraire, la sortie résulte d'un ensemble de négociations à travers lesquelles le travail de traduction reste « gelé ». De fait, la question de la sortie de prison pour les situations de personnes détenues en fin de vie reste souvent dans une sorte de syncrétisme temporel. Cependant, si la perception de la « bonne mort » défendue par la culture palliative associe cette dernière période de la vie

à une vie chez-soi, près des siens, d'autres questions sont soulevées : sortir de prison pour aller où ? Pour rejoindre qui ? Et pourquoi ?

Cette réduction du quantum de peine pose parallèlement la question de la valeur de la peine puisque un autre juge a prononcé, quelques mois ou années auparavant, une durée de peine, au regard du crime commis et de l'atteinte produite à l'ordre moral. Au moment du procès initial, le jugement se traduit en quantum de peine, posé initialement comme un fait irréversible qui donne tout son sens à la peine. La possibilité de réduire le quantum de peine met en évidence le caractère réversible de la peine, incarné par le JAP qui est aussi, dans une certaine mesure, le garant de l'application de la peine, notamment à l'égard des victimes. Généralement, la possibilité de réduire la durée de la peine s'appuie sur une évolution positive du détenu, jusqu'à sa réintégration sociale, cette vision table sur une vision dans la durée et se tourne vers le futur. Or, dans le cadre d'une suspension de peine, les objectifs de la sortie de prison s'éloignent des objectifs de réinsertion et de cette vision du droit. Ainsi, la sortie de prison pour raison de santé échappe au rituel habituel et à sa temporalité.

Parfois, l'impossibilité de modifier le temps de la peine donne à voir le pouvoir du dispositif juridique sur le contrôle du temps de la personne détenue. En même temps, ces résistances temporelles rendent visibles des tensions morales et politiques issues de ces trajectoires de vie hautement problématiques. De fait, le temps est un instrument de pouvoir et son usage permet de maintenir ou de lever la punition. Maintenir un quantum de peine s'apparente à conserver voire à renforcer la durée d'exclusion sociale. De plus, l'horizon de la sortie de prison s'efface au profit d'un autre horizon d'attente qu'est celui de la mort. Or, la mort reste impensée en prison entre autre parce que l'avenir ne peut pas être imaginé derrière les barreaux. Autrement dit, le diagnostic médical ne peut pas toujours remettre en question le verdict, à savoir le quantum de peine. Finalement, ce calcul entre gains et risques doit maintenir un « déséquilibre » acceptable entre les personnes punies et celles qui sont libres, entre les auteurs de crimes et les victimes, entre les droits et les devoirs afin de maintenir toute sa fonction et son pouvoir à la peine.

Conclusion

Le temps retrouvé

L'ethnographie des détenus malades proposée dans le développement de cette recherche montre que les mondes qui se juxtaposent - celui de la peine, celui du soin et celui de l'environnement personnel du détenu - ne cessent de se composer et de se recomposer dans le temps et l'espace. Tout au long de ce travail, j'ai souhaité comprendre de quelle façon vivaient les mondes ; en les déconstruisant par l'observation des interactions entre les mondes et entre les humains et les non-humains puis en les reconstruisant par l'écriture. Chaque monde se comprend à partir de l'espace et du temps. D'un côté, l'unité sanitaire a délimité et aménagé un espace de soin malgré les contraintes physiques et le temps réglé de la prison. De l'autre côté, l'UHSI a été implantée dans le paysage hospitalier et agencée avec des objets propres au monde de la peine. Ces reconstitutions matérielles sont aussi plus largement des constructions professionnelles qui permettent de qualifier les mondes : un service hospitalier annexé à une prison et un quartier spécifique de la prison déposé, comme un isolat, au cœur du monde hospitalier. Même si l'on peut considérer ces deux lieux comme des enclaves du monde du soin plus ou moins autonomes, le monde de la peine tente toujours d'y régir les espaces et les temps. Chaque monde vit au regard de codes spécifiques, de routines, de conventions et de croyances que les passages de l'un à l'autre permettent de recueillir.

Cependant, la domination d'un monde sur telle portion de l'espace et/ou du temps de l'UHSI ou de l'unité sanitaire n'est pas stable et les frontières ne sont pas toujours claires. L'analyse d'objets-frontières, tels que les seuils et les portes, met en évidence l'instabilité et la porosité des délimitations entre les mondes. Ces derniers ne sont ni clos ni homogènes. On pourrait dire à la manière des sociologues de l'école de Chicago que les espaces et les temps sont des enjeux de conquête et de colonisation. Ainsi, des ajustements permanents ont pour but de défendre des frontières, de négocier des places, de donner un tempo, de maintenir un rythme et de trouver des compromis pour faire face aux problèmes rencontrés. L'intérêt de décomposer les mondes, de saisir de manière empirique les conventions et les tactiques du quotidien est de permettre d'aller

au-delà des clivages professionnels et institutionnels. Dans cette perspective, des séparations se forment et se lisent à l'intérieur d'un même monde. Par exemple, les professionnels du monde du soin (médecins et infirmiers) ont des rapports différents à l'espace (notamment dans les jeux de portes) qui révèlent des différences plus générales autour de leurs mandats, de leurs définitions du soin et de leurs perceptions des personnes détenues malades. On peut même saisir les segments non alignés au cœur d'une même profession et les possibilités de négocier propres à chacun. Il existe de multiples façons d'être soignant, d'être surveillant et tout autant d'être détenu. Le premier constat de mon travail fut de pouvoir saisir toute la diversité des échanges et des négociations par l'espace et dans le temps entre les mondes, et de lire à partir de leur juxtaposition, la constitution d'espaces « hybrides », de temporalités plurielles, ou comme le dirait Anselm Strauss la présence de « micro-mondes spécifiables » issus de la segmentation des mondes sociaux (1992 : 274).

La maladie vient rompre le déploiement de la peine dans une perspective pratique car elle perturbe les activités habituelles du détenu ainsi que celles du monde de la peine en entraînant de multiples discontinuités spatiales et des disjonctions de temporalité. Ce désordre apparent n'empêche pas le fonctionnement de la prison, au contraire, peut-être qu'il le permet, dans le sens où il ouvre des possibilités d'action et de transformation vis-à-vis de l'espace et du temps qui ont le pouvoir de modifier le sens des lieux et le statut des personnes. Un même espace peut se voir attribuer différents sens en fonction des jeux d'appropriation qu'en font les acteurs : une cellule, une chambre ou une habitation et en fonction de leur utilisation du temps : tempo rapide, ralentissements, blocages provisoires. À partir de cette gestion, les uns tentent de construire du temps et de l'espace pour des patients, les autres pour des détenus. Ainsi, le détenu malade s'éloigne de la figure habituelle du détenu car son engagement dans l'espace-temps régit par le monde de la peine devient de plus en plus problématique. De ces décalages se forme le statut de détenu-patient.

La maladie interroge le temps et l'espace qui fondent la peine et construit une double expérience. Être détenu et être malade est une double « épreuve » qui contribue à augmenter une forme d'impuissance car le monde de l'environnement personnel du détenu est en grande partie dépossédé de ce qui pouvait le définir auparavant, c'est-à-dire de son temps et de son espace propre, de sa subjectivité et de sa singularité. De plus, le détenu-patient ne peut plus s'inscrire pleinement dans le rythme cyclique et dans les activités (le travail principalement) qui font le temps en prison. Pourtant, à la lecture des rencontres, on peut se demander au contraire de quelle façon la maladie offre une « puissance d'agir » sur le cours des choses. Les activités de

temporalisation des professionnels de santé, notamment à l'UHSI, cadrent le quotidien, elles donnent un rythme là où la maladie balaie tout. Les soins et les interactions avec les professionnels de santé forment un temps et un espace pour des patients-détenus qui se différencient de celui des détenus. Tout cela peut contribuer à réduire le bouleversement occasionné par la maladie et la souffrance induite par la peine puisqu'un nouvel horizon est possible. Cet espace-temps « à part » de l'UHSI permet de lutter contre l'effondrement du malade. Peut-être est-ce à partir de cette attitude « guerrière » de la médecine et de l'espoir de sortir souvent associé à celui de guérir, que l'on peut comprendre les possibilités que réserve la maladie en termes de bifurcation biographique. Un nouveau calcul est possible. La maladie laisse entrevoir un gain dans cette situation de pertes majeures. Elle ouvre la possibilité de réduire la peine par un aménagement ou une suspension de peine quand le statut de détenu devient insupportable au regard des préoccupations du patient. Ainsi, même si elle est menaçante, la maladie suscite l'espoir d'être libéré. Cependant, la construction d'un horizon commun autour du projet de sortie de prison nécessite un travail de coopération entre le juge et le médecin qui est rendu complexe par leur perception différente du temps et de la personne détenue malade.

La question de fond est un problème de définition de la personne ou en d'autres termes d'étiquetage. Il s'agit de savoir, si la personne est un « patient » en fin de vie qui pourrait bénéficier d'un « privilège temporel » sur un plan pénal ou si cette même personne est un « criminel » qui doit purger sa peine jusqu'au bout. En fonction de l'étiquette qui lui est attribuée, la personne appartiendra au monde de la peine ou à celui du soin, le verdict va prévaloir sur le diagnostic ou inversement. Cette désignation a une forte incidence sur la signification de la peine prononcée et conditionne alors l'avenir du condamné tant à un niveau spatial que temporel. Soit ce dernier est reconnu comme un patient et libéré, soit il est défini comme un criminel et maintenu en prison. Le travail d'évaluation et d'expertise montre à quel point le maintien de l'ordre social est primordial pour les juges à qui revient la décision finale de classement. Les détenus malades qui sont jugés dangereux restent des indésirables dans l'espace public. La sortie de prison cristallise aussi une démonstration des enjeux de pouvoir et de savoir entre la justice et la médecine. La médecine se place à côté de la justice dans le déploiement d'un contrôle social de la population déviante. À l'issue de ce travail, il semblerait pertinent d'interroger, au-delà des normes juridiques et médicales, plus finement les mondes de la vie des personnes vulnérables et de prendre en considération leur possibilité de se reconstruire dans un environnement enfin défini par eux, d'être reconnu, de formuler des attentes pour leur avenir.

Cinq années se sont écoulées depuis le début de ce travail. Les détenus rencontrés au cours de l'enquête sont pour la plupart sortis de prison, excepté Miguel, Louis, Emir et Bernard, décédés entre les murs et Céline condamnée à quinze années de prison après avoir fait appel. Jean-Michel a intégré un EHPAD après avoir « purgé » sa peine jusqu'au bout. Les autres détenus-patients rencontrés ont bénéficié d'une libération anticipée, cependant le gain de temps a été variable. Robert a réduit de quelques mois son quantum de peine et son décès est survenu quelques semaines après sa libération conditionnelle. De même, Mohamed meurt quelques semaines après l'octroi d'une suspension de peine dans l'unité de soins palliatifs où notre rencontre a eu lieu. Pierre est orienté vers un hôpital plus proche du lieu où vit sa femme. Pablo a retrouvé sa femme et sa liberté, je n'ai pas eu de nouvelle. Thierry est sorti de l'UHSI pour intégrer un appartement thérapeutique, plusieurs rendez-vous médicaux ont été posés par les professionnels de santé de l'UHSI, inquiets que cet ancien « tox » ne renoue avec ses vieilles amours. Amédée qui avait bénéficié d'une suspension de peine afin de réaliser ses traitements dans un service spécifique de l'hôpital, a réintégré la prison quelques mois plus tard lorsque ses jours n'étaient plus en danger. Aux dernières nouvelles, il préparait un dossier de demande de libération conditionnelle.

J'ai mis plusieurs mois à retrouver la trace de Sylvie. Après 13 mois passés en prison, elle a bénéficié d'un aménagement de sa peine. Lorsque je parviens enfin à contacter le CPIP auprès de qui Sylvie se rendait deux fois par mois, ce dernier m'annonce que son travail est terminé. Le temps a passé et j'étais en retard sur la temporalité de Sylvie. D'après le CPIP, Sylvie a bénéficié d'un traitement de faveur non seulement par rapport au quantum de peine (quatre ans) mais aussi à l'aménagement de sa peine, certainement lié au fait qu'elle soit une femme. D'autres éléments ont favorisé cette réduction : sa maladie grave bien sûr, le fait qu'elle soit la mère d'un enfant jeune, le risque très réduit d'une possible récurrence et la possibilité pour Sylvie et sa fille d'être accueillies chez une amie. Au cours des six mois de suivi extérieur, son CPIP souligne une dégradation de son état de santé, une perte de ses cheveux pendant sa chimiothérapie et un amaigrissement. Sylvie a-t-elle pu reprendre sa vie là où elle s'était interrompue le jour de son arrestation dans un aéroport parisien ? Quels effets la peine a eu dans sa trajectoire de vie, sur sa maladie ?

Trois années après notre rencontre, Sylvie et sa fille vivent dans l'appartement d'une amie. Revenir sur son passage en prison n'est pas agréable pour elle, car la prison lui a « volé sa vie d'avant ». Vie qu'elle ne retrouvera plus jamais car désormais, elle n'a plus de travail, plus de maison, plus les mêmes relations avec sa famille. Sylvie dit avoir une « vie de mamie », elle qui

était une personne indépendante et active avant son incarcération, n'a jamais pu « rebondir » après cette épreuve. Au final c'est « 13 mois qui ont tué ma vie », en plus « j'ai été médicalement parlant mal suivie ». Elle subit encore les conséquences des traitements à base de morphine qui, selon elle, étaient utilisés pour faire dormir les détenus afin de maintenir le calme en prison. Sylvie s'interroge sur les normes sociales et morales du monde de la peine, elle met en tension ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas : « Ils m'ont mis en prison parce que je vendais de la cocaïne, je suis sortie accro à la morphine ! Où est la morale ? ». Dans le monde de Sylvie, l'usage de certaines drogues relevait d'une pratique « récréative ». D'un regard festif, on passe à un interdit légal. Elle n'avait pas pris la mesure de ce décalage. Toutefois, dès son arrestation et son passage au poste de police, elle avait compris et savait qu'elle ne réitérerait pas son acte. Tous ces mois de privation de liberté n'auront pas eu d'utilité particulière, sauf à « ruiner sa vie ». De fait, toutes les tensions vécues avec les autres détenues, les temps qu'elle a passés à l'isolement et les conflits avec les surveillantes n'auront donc servi qu'à prendre conscience de la misère humaine. Elle voit et entend encore dans ses cauchemars les insultes et les cris jetés sur elle. Sylvie est toujours très malade mais elle a le moral. Elle teste un nouveau médicament qui vient de sortir « contre la récidive » !

Au terme de ce travail, je souhaite revenir sur les difficultés rencontrées par rapport à l'objet de l'enquête, et livrer quelques réflexions sur le sens de mon engagement ethnographique. La relation enquêteur-enquêtés rencontre des heurts et malheurs qui participent au travail réflexif. Mener une enquête en prison, et notamment auprès de personnes détenues c'est aussi être confronté à une population stigmatisée, disqualifiée et fragile, et éprouver des malaises pour différentes raisons (Rostaing, 2010). Je me souviens du sentiment de gêne ressenti dans la chambre de Thierry face à cet homme effondré. Et de l'entretien avec Miguel qui a passé la moitié du temps dont nous disposions à m'expliquer qu'il avait été victime d'une erreur judiciaire. Il « m'imposait » le message qu'il souhaitait faire passer par rapport à la prison et à la justice et tentait de me prendre à parti. Malgré mes tentatives pour réorienter l'entretien, il revenait sans cesse au sujet qui l'intéressait. L'heure tournait... et marquait un « décalage important entre les attentes des interactants » (*Ibid.*, 31). Je me souviens également de mon malaise quand Jean-Michel m'expliqua d'un ton calme qu'il avait été « un peu salaud avec sa fille... Mais qu'elle était belle, vous comprenez ? », ajoutant « j'avais pris de mauvaises habitudes en Thaïlande ». Bien que prévenue par l'équipe médicale, je fus à moitié surprise mais quelque peu bousculée d'entendre cet homme décrit comme un « pervers » me tenir ces propos. Ma démarche fut de le laisser parler, après tout qui étais-je pour juger l'homme qui se trouvait là

allongé, incapable de se déplacer seul et de surcroît déjà condamné par la justice ? Aurais-je eu une autre réaction s'il n'avait pas été impotent, mourant ? Il me racontait tranquillement les faits qui avaient fait basculer sa vie quinze ans plus tôt, était-ce de la provocation ? Dans tous les cas, qu'est-ce que notre rencontre pouvait dire de son monde ? Quel sens donner à ce spectacle ?

Évidemment, j'avais conscience que les personnes rencontrées ne seraient pas des enfants de chœur, pourtant la proximité de l'échange au cours des entretiens me permettait très souvent d'oublier leur stigmat. De toute évidence, ma posture m'a amené à développer de l'empathie, à me placer en confidente, à être un réceptacle des craintes, des doutes et de la colère. Tout cela résonnait avec ma formation de soignante. Cependant, comme le montre Corinne Rostaing : Le chercheur ne sort pas indemne d'une recherche en prison, il se sent en décalage par rapport au monde ordinaire, ses valeurs morales sont brouillées » (*Ibid.*, 36). En outre, je ne souhaitais pas avoir de l'intérêt uniquement pour les « dominés », j'ai eu le souci de prendre en considération les points de vue et les émotions de tous, y compris ceux des professionnels rencontrés : de l'infirmière au surveillant, en passant par le détenu et le médecin, en accordant autant de crédit aux uns et aux autres. Comme le disait si justement Anne-Marie Marchetti en introduction de son livre *Perpétuité, le temps infini des longues peines* : « L'opinion des personnes que j'interviewe m'importe. Tous tant qu'ils sont, du perpète au surveillant en passant par l'aumônier ou le chef d'établissement, je les prends au sérieux et je voudrais qu'ils le sentent, qu'ils n'aient pas le sentiment d'avoir été trahis... » (2001 : 15). Comme cette ethnologue, je me suis laissée imprégner, voire « infecter » par mon terrain (Pouchelle, 2003), parfois même au-delà des murs.

Pourtant, je n'avais rien à donner aux enquêtés, matériellement parlant, en échange de leur don, rien à proposer en plus de mon écoute et de ma reconnaissance aux enquêtés. Le seul « contre don » possible passait par l'écriture, une écriture fidèle et située. Il y avait là quelque chose de paradoxal dans le fait de donner à voir des trajectoires hors du commun, d'exposer l'inexplicable, en le polissant, sans le dénaturer, pour le rendre accessible et audible dans une mise en récit « cohérente et acceptable » (Ricoeur, 1985). Ce travail d'écriture met en évidence la singularité des situations, des détenus rencontrés, des professionnels et des mondes côtoyés. L'écriture m'a permis de donner du sens aux données recueillies au cours des deux années de terrain, à rechercher le sens de l'action des uns et des autres au-delà du sens figé des mots (Paillé, 1994). En ce sens le chercheur devient un interprète qui fait inévitablement une sélection de plusieurs ordres (Revel et Passeron, 2005), en prise avec les lieux où les entretiens et les observations ont été réalisés, la temporalité dans laquelle les actions se sont enchaînées et l'expérience émotionnelle née du travail de terrain. J'ai été marquée par les rencontres vécues en

tant que chercheur mais aussi en tant que personne. Mon regard s'est parfois focalisé sur certains objets, renforcé sur certaines personnes et parfois « détourné », il a sans doute fui les affres de l'intolérable, de l'inacceptable car le regard « sélectionne ce qu'il peut soutenir et réfléchir » (Laé et Murard, 1995 : 159).

Ce choix d'écriture peut donner la sensation d'une réalité qui semblerait aller de soi. Il en est tout autre. Si je n'ai pas choisi le chemin de la « dénonciation » ou de « l'indignation », c'est pour ne pas « rayer le sens des événements » mais leur donner toute leur profondeur et leur intensité en laissant une liberté au lecteur dans l'interprétation des fragments d'histoires des hommes et des femmes rencontrés (Laé et Murard, 2005). C'est aussi par l'émotion ressentie à la lecture des figures exposées que les définitions de détenu, de patient et tout simplement d'humain peuvent être relues, lorsque notre humanité est elle-même bousculée. Le récit de la situation de Sylvie interpelle. C'est à partir des émotions que le sentiment d'humanité se dessine, au regard des désirs, des peurs et des projets qu'elle formule : « c'est parce qu'une émotion implique une commotion » (*Ibid.*, 192). L'empreinte laissée par le récit de la situation de Sylvie appelle à une prise de conscience de toutes les « Sylvie » qui vivent cette double épreuve de l'autre côté des murs. Le récit permet d'inscrire une permanence, les fragments d'histoire ne sont ni anecdotiques ni épisodiques, ils s'inscrivent dans une temporalité plus étendue que l'immédiateté de l'évènement et de la rencontre : « écrire c'est faire retour, c'est revenir à l'origine, se ressaisir du premier moment ; c'était de nouveau être au matin » (Foucault, 1994a : 407). C'est aussi se placer dans un espace plus large que celui du lieu de la rencontre et des mondes concernés en inscrivant cette problématique non seulement dans le champ de la connaissance mais aussi dans l'espace public. En ouvrant les portes de la prison, en donnant à voir un espace invisible de notre société, cette recherche porte une dimension politique qui propose au public un autre regard sur la peine.



Figure 16 : Accès à la cour de promenade (Aline Chassagne, 2017)

Bibliographie

AGAMBEN Giorgio, 2007. *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Paris : Ed. Payot & Rivages.

AÏACH Pierre et CÈBE Dominique, 2009. La redécouverte contemporaine des inégalités devant la mort. In : FASSIN Didier. *Inégalité et santé*. Paris : La documentation française. P. 23-26.

AKRICH Madeleine et CALLON Michel, 2004. L'intrusion des entreprises privées dans le monde carcéral français: le Programme 13 000. In : ARTIERES Philippe et LASCOUMES Pierre. *Gouverner, enfermer : La prison, un modèle indépassable ?* Paris : Presses de Sciences Po (PFNSP). p. 295-317.

AKRICH Madeleine, CALLON Michel et LATOUR Bruno, 2006. *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Paris : Presses des mines.

ANCHISI Annick, AMIOTTE-SUCHET Laurent et TOFFEL Kévin, 2015. Vieillir au couvent: stratégies des congrégations et paradoxe des laïcités. *Social Compass*, 63(1) : 3-19.

ANSERMET François, 2012. *Clinique de l'origine: l'enfant entre la médecine et la psychanalyse*. Lausanne (Suisse) : Payot.

ARTIERES Philippe, 2000. *Le livre des vies coupables*. Paris : Albin Michel.

ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre et SALLE Grégory, 2004. Introduction. In : ARTIERES Philippe et LASCOUMES Pierre. *Gouverner, enfermer : La prison, un modèle indépassable ?* Paris : Presses de Sciences Po (PFNSP). p. 23-54.

AUBRY François et COUTURIER Yves, 2014. Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec : Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, (1), 169-192.

AUBRY Régis, 2013. Ouverture : Ce que soigner en fin de vie veut dire. In : SCHEPENS Florent (dir). *Les soignants et la mort*. Paris : Erès. p. 241-245.

AUGÉ Marc, 1992. *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Seuil.

AVRIL Christelle, 2003. Quel lien entre travail et classe sociale pour les travailleuses du bas de l'échelle? L'exemple des aides à domicile auprès des personnes âgées dépendantes. *Lien social et Politiques*, (49), 147-154.

BACHELARD Gaston, 1957. *La poétique de l'espace*. Paris : Presses Universitaires de France.

BASZANGER Isabelle, 1992. Introduction : Les chantiers d'un interactionniste américain. In Anselm STRAUSS, 1992. *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan, 11-64.

BAZEX Hélène, 2009. L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse. Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles. *Les dossiers thématiques du Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire (CIRAP)*, 6, 1-78.

BECCARIA Cesare, 1991. *Des délits et des peines* (5^{ème} éd.). Paris : Flammarion.

BECKER Howard Saul, 1985. *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris : Éditions Métailié.

BECKER Howard Saul, 1988. *Les mondes de l'art*. Paris: Flammarion.

BEDARD Rachael, 2015. When Dying Alone in Prison Is Too Harsh a Sentence. *The New York Times* 28/12/2015, p. A19. Disponible sur : <https://www.nytimes.com/2015/12/28/opinion/when-dying-alone-in-prison-is-too-harsh-a-sentence.html> (page consultée le 24/02/2017)

BENGUIGUI Georges, CHAUVENET Antoinette et ORLIC Françoise, 1994. Les surveillants de prison et la règle. *Déviance et société*, 18, 3 : 275-294.

BENTHAM Jeremy, 1977. *Le Panoptique. Précédé de L'œil du pouvoir : entretien avec M. Foucault*. Paris : Belfond.

BESSIN Marc, 1998. Commentaire. La temporalité de la pratique judiciaire: un point de vue sociologique. *Droit et société*, 39(1), 331-343.

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, 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. Paris : École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Disponible sur : <http://prison.rezo.net/IMG/pdf/52-soignants.pdf> (page consultée le 22/09/2016)

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, 2002. Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison. *Ethnologie française*, 32, 69-80.

BETHOUX Élodie, 2000. La prison: recherches actuelles en sociologie. *Terrains & travaux*, (1), 71-89.

BIHR Alain et PFEFFERKORN Roland, 2008. *Le système des inégalités*. Paris : La Découverte.

BONNIN Philippe, 2000. Dispositifs et rituels du seuil, une topologie sociale. Détour japonais. *Communications*, 70, 65-92.

BONY Lucie, 2013. Enfermement et mobilités: les détenus et leurs proches à l'épreuve de l'incarcération. *e-Migrinter*, (11), 127-136.

BOUAGGA Yasmine, 2013. *Humaniser la peine? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*. Thèse de doctorat : sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).

BOUAGGA Yasmine, 2014. Le temps de punir. Gérer l'attente en maison d'arrêt ». *Terrain : Revue d'ethnologie de l'Europe*, 63, 86-101.

BOUILLON Florence, 2009. *Les mondes du squat: anthropologie d'un habitat précaire*. Paris : Presses Universitaires de France.

BOURDIEU Pierre, 1981. Préface, in LAZARSFELD Paul Félix, JAHODA Marie, ZEISEL Hans, LAROCHE Françoise et BOURDIEU Pierre, *Les chômeurs de Marienthal*. Paris : Editions de Minuit.

BOURDIEU Pierre, 1997. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil.

BOURDIEU Pierre, 1997. *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*. Paris : INRA.

BOURGOIN Nicolas, 1998. *Le suicide en prison*. Paris : L'Harmattan.

BRILLET Emmanuel, 2013. Vieillesse (s) carcérale (s). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, 38, 1-6.

BUFFARD Simone, 1973. *Le froid pénitentiaire: l'impossible réforme des prisons*. Paris : Seuil.

BUITING Hilde M., RURUP, Mette L., WIJSBEK, Henri, VAN ZUYLEN Lia et DEN HARTOGH Govert, 2011. Understanding provision of chemotherapy to patients with end stage cancer: qualitative interview study. *BMJ*, 342, d1933.

- CANGUILHEM Georges, 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CANGUILHEM Georges, 2002. *Écrits sur la maladie*. Paris : Seuil.
- CARADEC Vincent, 2007. L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 3, 11-37.
- CARDIN Hélène et MESSENGER Danielle, 2013. *La Révolution sida*. Paris : Odile Jacob.
- CARLILE Paul R., 2004. Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555-568.
- CARLILE Paul R., 2002. A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization science*, 13 (4), 442-455.
- CASSAN Francine, TOULEMONT Laurent et KENSEY Annie, 2000. L'histoire familiale des hommes détenus. INSEE Première, 706. Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/598> (page consultée le 18/10/2016)
- CASTEL Robert, 1983. De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47(1), 119-127.
- CASTRA Michel, 2003. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CASTRA Michel, 2008. L'usage de l'analyse psychologique comme support à la gestion de la mort en unité de soins palliatifs. In : BUSCATTO Marie, LORIOU Marc et WELLER Jean-Marc. *Au-delà du stress au travail*. Toulouse : Eres, 2013. p. 119-136.
- CEFAÏ Daniel, 2010. Introduction. In : *L'engagement ethnographique*. Paris : Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). p. 7-21.
- CHAMPY Florent, 2011. *Nouvelles théories sociologiques des professions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CHANTRAINE Gilles, 2000. La sociologie carcérale: approches et débats théoriques en France. *Déviance et société*, 24(3), 297-318.
- CHANTRAINE Gilles, 2004. *Par-delà les murs*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CHANTRAINE Gilles, 2006. La prison post-disciplinaire. *Déviance et société*, 30(3), 273-288.
- CHANTRAINE Gilles, 2012. Le soin sous pression. *Criminocorpus : revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*. Disponible sur : <http://criminocorpus.revues.org/2063> (consulté le 22 juin 2017).
- CHANTRAINE Gilles, SCHEER David et MILHAUD Olivier, 2012. Espace et surveillances en établissement pénitentiaire pour mineurs. *Politix*, 97, 125-148.
- CHASSAGNE Aline, 2014. Surveiller, soigner, accompagner. In : CHEVANDIER Christian, LARRALDE Jean-Manuel et TOURNIER Pierre V. (dir.). *Enfermements, justice et libertés : Aujourd'hui et hier, ici et ailleurs*. Paris : Harmattan. p. 227-239.
- CHASSAGNE Aline, 2015. Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt. *Espaces et sociétés*, 162, 3, 63-77.
- CHASSAGNE Aline, GODARD Aurélie, CRETIN Elodie, PAZART Lionel et AUBRY Régis, 2017. The collision of inmate and patient. End of life issues in French prisons. *Journal of Correctional Health Care*, 23(1), 66-75.
- CHASSAGNE Aline, GODARD Aurélie et AUBRY Régis, 2017. La fin de vie des patients détenus. Des temporalités incertaines dans un espace contrôlé. *Anthropologie & Santé : revue internationale francophone*

d'anthropologie de la santé. [pré-publication] Disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/2441> (consulté le 22 juin 2017).

CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise et BENGUIGUI Georges, 1994. *Le monde des surveillants de prison*. Paris : Presses universitaires de France.

CHAUVENET Antoinette, 1996. L'échange et la prison. In : FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (dir.). *Approches de la prison*. Bruxelles : De Boeck ; Montréal : Presses de l'université de Montréal ; Ottawa : Presses de l'université d'Ottawa. p. 45-70.

CHAUVENET Antoinette, ROSTAING Corinne et ORLIC Françoise, 2008. *La violence carcérale en question*. Paris : Presses Universitaires de France.

CHAUVENET Antoinette et ORLIC Françoise, 2002. Sens de la peine et contraintes en milieu ouvert et en prison. *Déviance et société*, 26(4), 443-461.

CHENIVESSE Sandrine, 2012. Soigner et punir en Unité hospitalière sécurisée interrégionale. In : TOURNIER Pierre V. (dir.). *Dialectique carcérale : quand la prison s'ouvre et résiste au changement*. Paris : Harmattan. p. 63-78.

CHODORGE Gilbert, NICOLAS Guy, COLIN Michèle et FUCHS Danièle, 1993. Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. Paris : Haut comité de la Santé Publique. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Rapports/hc001097.pdf> (consulté le 03/04/2013)

CHRISTIE Nils, 2003. *L'industrie de la punition : : prison et politique pénale en Occident*. Paris : Autrement.

CLEMENT Serge, 2003. Le vieillissement avec le temps, et malgré le monde. *Empan*, (4), 14-22.

CLEMMER Donald, 1958. *The prison community*. New York : Rinehart.

CLOYES Kristin G., ROSENKRANZ Susan J., WOLD Dawn, *et al.*, 2014. To be Truly Alive Motivation Among Prison Inmate Hospice Volunteers and the Transformative Process of End-of-Life Peer Care Service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(7), 735-48.

CLOYES Kristin G., ROSENKRANZ Susan J., BERRY Patricia H., *et al.*, 2016. Essential Elements of an Effective Prison Hospice Program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(4), 390-402.

COLIN Patrick et KLINGER Myriam, 2004. Vécu carcéral et situation d'illettrisme. *Déviance et société*, 28(1), 33-55.

COMMAILLE Jacques, 1991. Éthique et droit dans l'exercice de la fonction de justice. *Sociétés contemporaines*. 7(1), 87-101.

COMBESSIE Philippe, 1996. *Prisons des villes et des campagnes: étude d'écologie sociale*. Paris : Les Éditions de l'Atelier.

COMBESSIE Philippe, 2000. Surveillants de prison : condamnés à l'obscurité ? *Informations sociales*, 82, 64-71.

COMBESSIE Philippe, 2001. *Sociologie de la prison*. Paris : La Découverte.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA, 1993. *Prison, SIDA et Confidentialité : Rapport et Avis du Conseil National du SIDA sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire*. Disponible sur : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/1993-01-12_avi_fr_politique_publique.pdf (consulté le 10/02/2016)

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, 2006, *Avis n°94 : La santé et la médecine en prison*.

COUR DES COMPTES, 2010, *Le service public pénitentiaire, « Prévenir la récidive. Gérer la vie carcérale. »*. Rapport public thématique.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.

CUNHA Manuela I., 2016. Une prison à l'épreuve du temps. Temporalités carcérales d'hier et d'aujourd'hui. *Rhuthmos*, [disponible sur]. <http://rhuthmos.eu/spip.php?article533> (consulté le 10/05/2017)

CUNHA Manuela I., 2005. Les Gitans, la prison et le quartier: une relation spécifique devenue le modèle ordinaire. *Études Tsiganes*, 21, 34-47.

CUNHA Manuela I., 1997. Le temps suspendu. Rythmes et durées dans une prison portugaise. *Terrain*, 29, 59-68.

DANEAULT Serge, 2006. *Souffrance et médecine*. Québec : Presses Universitaires du Québec.

DANEAULT Serge, 2007. La poursuite d'une bonne mort est-elle une utopie ? *Frontières*, 20(1), 27-33.

DARBEDA Pierre, 1999. Médecine et Détenus. *Journal International de Bioéthique*, 10(1-2), 35-45.

DARLEY Mathilde, LANCELEVÉE Camille et MICHALON Bénédicte, 2013. Où sont les murs? Penser l'enfermement en sciences sociales. *Cultures & conflits*, (2), 7-20.

DE CERTEAU Michel, 1990. *L'invention du quotidien. 1. Art de faire*. Paris : Gallimard.

DE CERTEAU Michel, GIARD Luce et MAYOL Pierre, 1994. *L'invention du quotidien : 2.Habiter, cuisiner*. Paris : Gallimard.

DEFFONTAINES Pierre, 1972. *L'homme et sa maison*. Paris : Presses Universitaires de France.

DELARUE Jean-Marie, 2012. Continuité et discontinuité de la condition pénitentiaire. *Revue du MAUSS*, (2), 73-102.

DELBO Charlotte, 2016. *Auschwitz et après. 1, Aucun de nous ne reviendra*. Paris : Minuit.

DEMONCHY Christian, 2004. L'architecture des prisons modèles françaises. In : ARTIERES Philippe et LASCOUMES Pierre. *Gouverner, enfermer : La prison, un modèle indépassable ?* Paris : Presses de Sciences Po (PFNSP). p. 269-293.

DESCLAUX Alice, 2008. L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 101(2), 77-84.

DEVOTO José- Polo, 1997. Les mourants en prison. *Revue française des affaires sociales*, 51, 225-230.

DIBIE Pascal, 2012. *Ethnologie de la porte: des passages et des seuils*. Paris : Métailié.

DI MEO Guy, 2009. Espaces d'enfermements, espaces clos : L'esquisse d'une problématique. *Cahier d'ADES*, 4, 7-18.

DI MEO Guy, 1998. De l'espace aux territoires: éléments pour une archéologie des concepts fondamentaux de la géographie. *L'information géographique*, 62(3), 99-110.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES ET DE LA STATISTIQUE, 1999. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Études et résultats, n°4, ministère de l'emploi et de la solidarité.

DODIER Nicola, 2002. Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science : les leçons du Sida. *Santé Publique et Sciences Sociales*, 8-9, 37-52.

DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier, 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland.

DUBAR Claude, 2011. Temps de crises et crise des temps. *Temporalités : revue de sciences sociales et humaines*, 13. Disponible sur : <http://temporalites.revues.org/1563> (consulté le 22 juin 2017).

DUBAR Claude, TRIPIER Pierre & BOUSSARD Valérie, 2015. *Sociologie des professions (4e éd)*. Paris, Armand Colin.

DUBURCQ Anne, COULOMB Sandrine, BONTE Juliette, MARCHAND Cédric, FAGNANI Francis et FALISSARD Bruno, 2003. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, rapport final. *Étude pour le ministère de la Santé (dgs) et le ministère de la Justice* : [Disponible sur], http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf

JOHANNES Franck et DULIOUST Anne, 2013. Malades en prison : la colère du médecin de Fresnes. *Le Monde*. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/04/13/malades-en-prison-la-colere-du-medecin-de-fresnes_3159243_3224.html (consulté le 24/11/2015)

DUPRAT-KUSHTANINA Veronika, 2015. Texte de cadrage. Corps vieillissants, un objet pour les sciences sociales. *Gérontologie et société*, 37(1), 13-18.

DURKHEIM Emile, 1893. *De la division du travail social: étude sur l'organisation des sociétés supérieures*. Paris : Presses Universitaires de France.

DUTHÉ Géraldine, HAZARD Angélique, KENSEY Annie et PAN KE SHON Jean-Louis P. K., 2009. Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens. *Population et Sociétés*, (462), 1-4.

ECKERT Raphaël et TUFFERY-ANDRIEU Jeanne-Marie, (dir) 2015. *Le travail en prison: mise en perspective d'une problématique contemporaine*. Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg.

EDELMAN Nicole, 2003. *Les métamorphoses de l'hystérique, du début du XIXe siècle à la grande guerre*. Paris : La découverte.

ELIADE Mircea, 1965. *Le sacré et le profane*. Paris : Gallimard.

ELIADE Mircea, 1969. *Le mythe de l'éternel retour: archétypes et répétition*. Paris : Gallimard.

EL MAGROUTI Fatima, 2012. La question du placement en détention? In TOURNIER Pierre-Victor. (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, l'Harmattan, p.109-121.

FAINZANG Sylvie, 2006. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses universitaires de France.

FALISSARD Bruno et ROUILLON Frédéric, 2004. *Enquête de prévalence des troubles mentaux parmi les personnes détenues*. Colloque Santé en prison : Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues, Paris, 7 décembre 2004. Disponible sur : <http://prison.eu.org/spip.php?article6866> (consulté le 19/09/2014).

FASSIN Didier, 1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris : Presses universitaires de France.

FASSIN Didier, 2008a. *Les politiques de l'enquête*. Paris : La découverte.

FASSIN Didier, 2008b. L'éthique, au-delà de la règle réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines*, l'éthique de l'enquête ethnographique, 71, 117-135.

FASSIN Didier, 2015. *L'Ombre du monde : Une anthropologie de la condition carcérale*. Paris : Seuil.

FAUGERON Claude et LE BOULAIRE Jean-Marie., 1992. Prisons, peines de prison et ordre public. *Revue française de sociologie*, 33(1), 3-32.

FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette et COMBESSIE Philippe, 1996. *Approches de la prison*. Bruxelles : De Boeck.

FAURE Olivier, 1981. *Genèse de l'hôpital moderne: les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.

FAZEL Seena, HOPE Tony, O'DONNELL Ian, PIPER M. et JACOBY R., 2001. Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. *Age and ageing*, 30(5), 403-407.

FERNANDEZ Fabrice, 2004. La souffrance des usagers de drogues incarcérés: regards profanes sur le sens de la peine. In SCHWEYER François-Xavier, PENNEC Simone, CRESSON Geneviève et BOUCHAYER Françoise (dir.). *Normes et valeurs dans le champs de la santé*. Rennes : Éd. de l'École nationale de santé publique. p. 273-280.

FERNANDEZ Fabrice, 2010. *Emprises : Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*. Bruxelles : Larcier.

FISHER Nicolas, 2004. Foucault et le droit, de l'hypothèse répressive à l'instrument de gouvernement : le cas de la rétention administrative dans la France contemporaine. Communication au colloque « La politique vue avec Foucault », 7 et 8 janvier 2005, organisé par l'Association française de sciences politiques (AFSP) et le Centre interdisciplinaire de recherches comparatives en sciences sociales (Cir). Paris.

FORTIN Sylvie et MAYNARD Serge, 2012. Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent. *Anthropologie & Santé*, 5. Disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/1015> (consulté le 27 février 2017).

FOUCAULT Michel, 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.

FOUCAULT Michel, 1973. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...: un cas de parricide au XIX siècle*. Présenté par Michel Foucault. Paris, Gallimard-Juliard.

FOUCAULT Michel, 1979. La politique de la santé au XVIIIe siècle. *Les Machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*. In : *Dits et écrits*, texte 257, vol II. Paris, Gallimard. p.725-742.

FOUCAULT Michel, 1994a. Le langage de l'espace : critique n°203. In : *Dits et écrits. Tome I*. Paris : Gallimard. p. 378-382.

FOUCAULT Michel, 1994b. Des espaces autres. In : *Dits et écrits (1954-1988)*. Tome IV (1980-1988). Paris : Gallimard. p. 752-762.

FOUCAULT Michel, 1999. *Les Anormaux, Cours au Collège de France. 1974-1975*. Paris : Gallimard, Seuil.

FOUCAULT Michel, 2009. *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris : Gallimard.

FREIDSON Eliot, 1984. *La profession médicale*. Paris : Payot.

FROMENT Jean-Charles, 2003. *Les surveillants de prison*. Paris : L'Harmattan.

GARDELLA Edouard, 2016. *Proposition pour une sociologie des temporalisations*. Disponible sur : Académia.

GAUTHIER Aurélie, 2010. Prison du corps, geôle de l'esprit, étude du vieillissement en milieu carcéral. *Cahiers de la sécurité*, 12, 171.

GARFINKEL Harold, 2007. *Recherche en ethnométhodologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

GENET Jean, 1952. *Œuvres complètes de Jean Genêt*. Paris : Gallimard.

GENTILINI Marc, 1997. *Problèmes sanitaires dans les prisons: maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01. 1994, avant, pendant et après l'incarcération*. Paris : Flammarion médecine-sciences.

GIRARD René, 1972. *La violence et le sacré*. Paris: Grasset.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm L., 1966. *Awareness of dying*. Transaction Publishers.

GODEAU Emmanuelle, 2013. Des carabins, des garçons et des macchabées: interactions et constructions culturelles autour des cadavres dans les leçons d'anatomie. In : SCHEPENS Florent (dir). *Les soignants et la mort*. Paris : Erès. p. 75-89.

GODELIER Maurice (dir.), 2011. *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Paris : Presses Universitaires de France.

GOFFMAN Erving, 1968. *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Minuit.

GOFFMAN Erving, 1989. *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit.

GOFFMAN Erving, 2013. *Comment se conduire dans les lieux publics : notes sur l'organisation sociale des rassemblements*. Paris : Economica.

GONIN Daniel, 1991. *La santé incarcérée, Médecine et conditions de vie en détention*. Paris : l'Archipel.

GROS Frédéric, 2010. Foucault et la société punitive » dans *La prison. Pouvoirs, revue française*, (4), 5-14.

GROUPE DE TRAVAIL SANTE JUSTICE, 2013. *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale : Rapport à Madame la Garde des sceaux, Ministre de la justice [et] Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé*. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_aménagement_suspensions_peine_raison_medic.pdf. (page consultée le 27/02/2017).

GUILBAUD Fabrice et MALOCHET Guillaume, 2011. Prisons : l'équilibre des tensions. In : BENGUIGUI Georges, GUILBAUD Fabrice et MALOCHET Guillaume (dir.). *Prisons sous tensions*. Paris, Editions champ social, p. 7-18.

GUILBAUD Fabrice, 2008. Le travail pénitentiaire: sens et articulation des temps vécus des travailleurs incarcérés. *Revue française de sociologie*, 49(4), 763-791.

GUILBAUD Fabrice, 2015. Entre normalisation et différenciation, le travail des détenus au XIXème siècle. In : ECKERT Raphaël et TUFFERY-ANDRIEU Jeanne-Marie (dir.). *Le travail en prison: mise en perspective d'une problématique contemporaine*. Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg, p. 39-50.

GUILLONNEAU Maud et KENSEY Annie, 1997. La santé en prison : un enjeu de santé publique. La mortalité en prison hors suicide. *Revue française des affaires sociales*, 1, janvier-mars.

GUINCHARD Christian, 2011. *Logiques du dénuement, Réflexions sociologiques sur la pauvreté et le temps*. Paris : L'Harmattan.

HEIDEGGER Martin, 1958. *Essais et conférences*. Paris : Gallimard.

HESBEEN Walter, 1997. *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson.

HERZLICH Claudine, 1998. Gérer une longue maladie : le point de vue du sociologue. *Bulletin du cancer*, 85(3), 251-253.

HOFFMANN Heath C. et DICKINSON George E., 2010. Characteristics of prison hospice programs in the United States. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 28, 245-252.

HONNETH Axel, 1992. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Gallimard.

HOUDART Sophie et THIERY Olivier, 2011. *Humains, non-humains: comment repeupler les sciences sociales*. Paris : La Découverte.

HUBERT Annie, 1995. Anthropologie et recherche biomédicale. In : BARE Jean-François (dir.). *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*. Paris : Karthala. p. 222-239.

HUGHES Evrett C, 1996. *Le regard sociologique : essais choisis*. Paris : Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

JANKELEVITCH Vladimir, 1977. *La mort*. Paris: Flammarion.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, COUTURIER Elisabeth, LE STRAT Yann et *al.*, 2004. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot. *Bull Epidemiol Hebd*, 33, 244-7.

JEAN Jean-Paul et VERTET Hugues, 1995. L'inflation carcérale. *Esprit* (215), 117-131.

KANOUI-MEBAZAA Valérie et VALANTIN Marc-Antoine, 2007. La santé en prison. *Les Tribunes de la santé*, 4(17), 97-103.

KASPAR Roxane, BESSETTE Jean-Michel et GUINCHARD Christian, 2012. « Mieux comprendre les aménagements de peine en Franche-Comté », synthèse du rapport final, Université de Franche-Comté (LASA).

KATZ Jack, 2001. From how to why On luminous description and causal inference in ethnography (Part I). *Ethnography*, 2(4), 443-473.

KAUFMAN Sharon, 2005. *And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Chicago: University of Chicago Press.

KUBLER-ROSS Elisabeth, 1969. *On death and dying*. New York: Macmillan.

KUHLMANN Robynn et RUDDALL Rick, 2005. Elderly jail inmates: Problems, prevalence and public health. *Californian Journal of Health Promotion*, 3(2), 49-60.

LE BONHOMME Fanny, 2013. Au croisement des logiques politiques et médicales : les « patients-camarades » des services psychiatriques de la Charité. *Cultures & conflits*, 90, 21-38.

LAÉ Jean-François et MURARD Numa, 1995. *Les récits du malheur*. Paris : Éditions Descartes et Cie.

LAÉ Jean-François, 2009. Le lit, dispositif de l'institution totale. In : ARTIÈRES Philippe, LAÉ, Jean-François, *L'asile aux fous, un lieu d'oubli*. Vincennes, Presses Universitaires de Vincennes, 99-118.

LAGARRIGUE Aude, MONGIATTI Marion, BAYLE Paule, TELMON Norbert, ROUGE Daniel. Privation de liberté et fin de vie : mourir digne implique-t-il de mourir libre ? *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement – Éthique*, 13(4), 200-206.

LAMBERT Gérard, 2015. *Le mitard: Une approche sociologique de la discipline pénitentiaire*. Paris : L'Harmattan.

LANCELEVÉE Camille, 2016. Quand la prison prend soin? *Sociétés contemporaines*, (3), 91-110.

LANDREVILLE Pierre, 2001. Le vieillissement de la population pénitentiaire du Québec: Réflexions à propos des théories et des paradigmes en criminologie. *Sociologie et sociétés*, 33(1), 53-66.

- LATOUR Bruno, 2007. *Petites leçons de sociologie des sciences*, Paris : La Découverte.
- LATOUR Bruno, 2011. Faire de la politique. In : HOUDART Sophie et THIERY Olivier (dir.). *Humains, non-humains: comment repeupler les sciences sociales*. Paris : La Découverte. p. 77-80.
- LAZARSFELD Paul Félix, JAHODA Marie, ZEISEL Hans, LAROCHE Françoise et BOURDIEU Pierre, 1981. *Les chômeurs de Marienthal*. Paris : Minuit.
- LE BRETON David, 2011. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- LE CAISNE Léonore, 2000. *Prison: une ethnologie en centrale*. Paris : Odile Jacob
- LE CAISNE Léonore et PROTEAU Laurence, 2008. La volonté de savoir sociologique à l'épreuve du terrain. De l'enchantement du commissariat au désenchantement de la prison. *Sociétés contemporaines*, 4-72, 125 à 129.
- LECERF Jean-René et BORVO COHEN-SEAT Nicole, 2012. *Loi pénitentiaire: de la loi à la réalité de la vie carcérale*, rapport d'information (2011-2012) de la commission des lois et de la commission pour le contrôle de l'application des lois du Sénat. Disponible en ligne, <http://www.senat.fr/rap/r11-629.html>.
- LECU Anne, 2013. *La prison, un lieu de soin ?* Paris : Les Belles Lettres.
- LECHIEN Marie-Hélène, 2001. L'impensé d'une réforme pénitentiaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Le seuil, 136-137, 15-26.
- LEVINAS Emmanuel, 1991. *La mort et le temps*. Paris : Presses Universitaires de France.
- LEVI STRAUSS Claude, 1966. Introduction de l'ouvrage *Sociologie et anthropologie* de Marcel MAUSS. Paris, Presses Universitaires de France.
- LHUILIER Dominique et LEMISZEWSKA Aldona, 2001. *Le choc carcéral: Survivre en prison*. Paris : Bayard.
- LIEBLING Alison, 2001. Whose Side Are We on? Theory, Practice and Allegiances in Prisons Research. *British Journal of Criminology*, 41 (3), 472-484.
- LIEBLING Alison, 2017. The meaning of Ending Life in Prison. *Journal of Correctional Health Care*, 23(1), 20-31.
- LINDER John F. et MEYERS Frederick J., 2007. Palliative care for prison inmates: «Don't let me die in prison». *Jama*, 298(8), 894-901.
- LOEB Susan J. et ABUDAGGA Azza, 2006. Health-related research on older inmates: An integrative review. *Research in nursing & health*, 29(6), 556-565.
- LOT Florence, 2009. Le Sida, un non-dit de la question immigrée. *Problèmes politiques et sociaux*, 960, 56-57.
- LUCAS Claude, 2014(1995). *Suerte*. Paris : Plon.
- MALLON Isabelle, 2004. *Vivre en maison de retraite: le dernier chez-soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- MAHI Lara, 2015a. De (s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 10 [Disponible sur], <http://anthropologiesante.revues.org/1607> (consulté le 10 juillet 2016).
- MAHI Lara, 2015b. Une sanitarisation du pénal? *Revue française de sociologie*, 56(4), 697-733.
- MARCHETTI Anne-Marie., 1997. *Pauvretés en prison*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

- MARCHETTI Anne Marie, 2001. *Perpétuités : Le temps infini des longues peines*. Paris : Plon.
- MARIN Claire, 2013. *Souffrance et douleur : autour de Paul Ricoeur*. Paris : Presses universitaires de France.
- MARIN Claire, 2014. *La maladie, catastrophe intime*. Paris : Presses universitaires de France.
- MARIN Claire, 2015. *Violences de la maladie, violence de la vie*(2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, 2011. *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales n°RM2011-106P, et de l'inspection générale des services judiciaires n°52-2011. [Disponible sur], <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640.pdf> (consulté le 10 juillet 2016)
- MARTUCCELLI Danilo, 2006. *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- MARTUCCELLI Danilo, 2010. Grand résumé de *La Société singulariste*. *SociologieS*, [Disponible sur], <http://sociologies.revues.org/3344> (consulté le 04 juillet 2017).
- MEMBRADO Monique & SALORD Tristan, 2009. Expériences temporelles au grand âge. *Informations sociales*, (3), 30-37.
- MÉNORET Marie, 1999. *Les temps du cancer*. Paris, éditions du CNRS.
- MILHAUD Olivier, 2009. *Séparer et punir. Les prisons françaises : mise à distance et punition par l'espace*. Thèse de doctorat : géographie. Université Bordeaux 3.
- MILLY Bruno, 2000. *Professions et prison: soigner et enseigner en prison: un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu*. Thèse de doctorat : sociologie. Université Lyon 2.
- MILLY Bruno, 2001. *Soigner en prison*. Paris : Presses Universitaires de France.
- MILLY B., 2003. L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué. *Droit et société*, 55(3), 745-765.
- MINO Jean-Christophe, 2012. Les spécificités de la politique de développement des soins palliatifs en France. In : HIRSCH Emmanuel (dir.), *Fins de vie, éthique et société*. Toulouse: Érès: p. 282-290.
- MIKHAÏLOVA Maria V, 2004. La première maison d'arrêt pour femmes de Moscou vue par une prisonnière au lendemain de la révolution de 1917. In : ARTIERES Philippe et LASCOURMES Pierre (dir.). *Gouverner, enfermer: la prison, modèle indépassable ?* Paris : Presses de sciences po. p. 341-352.
- MONCEAU Marcel et JAEGER Madeleine, 1996. *La consommation des médicaments psychotropes en prison*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- MOREAU François, 2010. La santé dans les prisons françaises. *Pouvoirs*, 135, 69-86.
- MORELLE Marie, 2013. La prison centrale de Yaoundé: l'espace au cœur d'un dispositif de pouvoir. Paris, Armand Colin, 3, 332-356.
- MORIN Lucas et AUBRY Régis, 2015. Vingt-cinq années de développement de l'offre de soins palliatifs en France (1987–2013). *Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 14, 134-141.
- MORTET Laurent, 2007. « *La suspension médicale de peine* ». Paris : l'Harmattan.

MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine, BONNEVIE Marie-Cécile, 1999. La santé à l'entrée en prison, un cumul des facteurs de risques. *Études et résultats*, 4. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er004.pdf> (consulté le 19/09/2015)

MOUQUET Marie-Claude, 2005. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats*, 386, Direction de la recherche, des études et de la statistique, ministère de l'emploi et de la solidarité (DREES). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/>

National Hospice and Palliative Care Organization. 2009. *Quality guidelines for Hospice and End of Life Care in Correctional Settings*. Disponible sur : <http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Access/Corrections/CorrectionsQualityGuidelines.pdf> (consulté le 24/02/2017).

NEVERLOFF DUBLER Nancy, 1998. The collision of confinement and care : end of life care in prison jails. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 26, 9-156.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE, 2011. *Rapport 2011. Fin de vie : un premier état des lieux*. Disponible sur : <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFRapportONFV2011.pdf> (consulté le 20/10/2015)

OUTAGHZAFTE-EL MAGROUTI Fatima, 2009. L'espace-temps carcéral : vers une gestion temporelle des demandes des reclus. *Espace populations sociétés*, 2(3), 371-383.

PAILLÉ Pierre, 1994. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181.

PARSONS Talcott, 1951. *The Social System*. Londres: The Free Press of Glencoe.

PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, 2005. Penser par cas. Raisonner à partir de singularités. In : *Penser par cas*. Paris : Éditions de l'EHESS. P. 9-44.

PELLERIN Denys, 2003. Situation pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale, des personnes condamnées, suite à l'article 720-1-1 du code civil de procédure pénal. *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, 187(9), 1713-1718.

PEREC Georges, 1974. *Espèces d'espaces*. Paris : Editions Galilée.

PERROT Michelle, 1977. L'inspecteur Bentham. In : BENTHAM Jeremy, *Le Panoptique*. Paris : Belfond. p. 169-219.

PERROT Michelle, 1980. *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au XIXe siècle*. Paris : Seuil.

PERROT Michelle, 1984. *Les ombres de l'Histoire. Crime et châtiments au XIXème siècle*. Paris : Flammarion

PERROT Michelle, 2002. Préface. In : in PETIT Jacques-Guy, FAUGERON Claude et PIERRE Michel. *Histoire des prisons en France: 1789-2000*. Toulouse, Privat. p. 11-19.

PERROT Michelle, 2009. *Histoires de chambres*. Paris : Seuil.

PETIT Jacques Guy, FAUGERON Claude et PIERRE Michel, 2002. *Histoire des prisons en France: 1789-2000*. Toulouse : Privat.

PIETTE Albert, 2008. L'anthropologie existentielle: présence, coprésence et leurs détails. *Antrocom*, 4(2-131), 138.

PLANE Jean-Michel, 2013 (4ème édition). *Théorie des organisations*. Paris : Dunod.

POURTAU Lionel, DUMAS Agnès et AMIEL Philippe, 2011. Les individus face à l'événement «cancer». de la crise aiguë à la crise à répétitions d'une maladie devenue chronique dans le cadre du travail et de la famille.

Temporalités : revue de sciences sociales et humaines, 13. Disponible sur : <http://temporalites.revues.org/1531> (consulté le 22 juin 2017).

POUCHELLE Marie-Christine, 1998. « Ici on ne fait pas de cadeau »: Partages du temps et don de soi à l'hôpital. *Ethnologie française*, 540-550.

POUCHELLE Marie-Christine, 2003. *Essai d'anthropologie hospitalière. Volume 1 : L'hôpital corps et âme*. Paris : Seli Arslan.

POUCHELLE Marie-Christine, 2008. *Essai d'anthropologie hospitalière. Volume 2 : L'hôpital ou le théâtre des opérations*. Paris : Seli Arslan.

QUELOZ Nicolas, 2013. Les dérives des politiques pénales contemporaines. *Revue Suisse de Criminologie*, 2, 3-8.

QUELOZ Nicolas, 2014. Mourir en prison: entre punition supplémentaire et «choix» contraint. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 67(3), 373-383.

RAMBAUD Gonzague et Nathalie Rohmer, 2010. *Le Travail en prison : Enquête sur le business carcéral*. Paris : Autrement.

RAMBOURG Cécile, 2016. Les détenus âgés et le cadre professionnel des surveillants. *Chroniques du Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire (CIRAP)*, 21. Disponible sur : http://www.enap.justice.fr/sites/default/files/edito/pdf/chroniques_cirap_21_juillet2016.pdf (consulté le 13/04/2017)

RAZAC Olivier, 2009. *Histoire politique du barbelé*. Paris : Flammarion.

RENAULT Luc, PRADAT Eric, PERROT Emmanuel, BARTOLI Christophe, GREILLIER, Laurent, REMACLE-BONNET Anne, TELMON Norbert, MOLINIER Laurent, MAZIERES Julien et COURAUD Sébastien, 2017. Cancer bronchique chez les prisonniers: une incidence élevée chez les jeunes. *Revue des Maladies Respiratoires*, 34, 92-93.

RHODES Lorna Amarasingham, 2004. *Total confinement: Madness and Reason in the maximum security Prison*. Berkeley : University of California Press.

RICOEUR Paul, 1985. Le temps raconté. In : *Temps et récit*. Paris : Seuil. p. 223-224.

RIMBERT Gérard, 2006. «Taisez-vous, vieille folle!» : l'auto-contrôle des émotions en maison de retraite. *Face à face : regards sur la santé*, 9. Disponible sur : <http://faceaface.revues.org/185> (consulté le 22 juin 2017).

ROSTAING Corinne, 1997. *La relation carcérale, Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*. Paris : Presses Universitaires de France.

ROSTAING Corinne, 2006. La compréhension sociologique de l'expérience carcérale. *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV-135. Disponible sur : <http://ress.revues.org/249> (consulté le 23 février 2017).

ROSTAING Corinne, 2010. On ne sort pas indemne de prison, le malaise du chercheur en milieu carcéral. In : PAYET Jean-Paul, ROSTAING Corinne, GIULIANI Frédérique. *La relation d'enquête: la sociologie au défi des acteurs faibles*. Rennes : Presses universitaires de Rennes. p. 23-38.

ROSTAING Corinne, 2015. Des détenus perturbés qui perturbent la prison. *Rhizome*, 56, 5-6.

ROSSI Ilario, KAECH François, FOLEY Rose-Anna et PAPADANIEL Yannis, 2008. L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution. *Ethnographique.org*. Disponible sur : http://www.ethnographiques.org/IMG/pdf/ArRossi_et_al.pdf. (consulté le 12/12/2015).

SAINSAULIEU Renaud, 1988. *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de sciences po.

- SALLE Grégory, 2004. Mettre la prison à l'épreuve. Le GIP en guerre contre l'"Intolérable". *Cultures et conflits*, 55, 71-96.
- SANDOL-ROY Brice, 2004. La suspension de peine pour raison médicale. *Droit, déontologie et soins*, 54(1), 4-15.
- SANSOT Pierre, PILLET Gonzague et AMPHOUX Pascal, 1981. *Les donneurs de temps*. Albeuve : éd. Castella.
- SARRADON ECK Aline, 2002. La rencontre médecin patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. *La Revue du praticien. Médecine générale*, 16(578), 938-943.
- SARRADON ECK Aline, 2008. Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org*, 17. Disponible sur : <http://www.ethnographiques.org/IMG/pdf/> (consulté le 25/10/2013).
- SEGAUD Marion, 2007. *Anthropologie de l'espace. Habiter, fonder, distribuer, transformer*. Paris : Armand Colin.
- SCHEER David, 2014. La prison de murs troués...Essai d'analyse d'une micro-architecture carcérale de l'embrasure. *Champs pénal*, XI. Disponible sur : <http://champpenal.revues.org/8833> (consulté le 22 juin 2017).
- SCHEPENS Florent, 2010. Le bon soignant en soins palliatifs et les définitions du patient. In : Claire GRIGNON DE OLIVEIRA et Marie GAILLE, *Bon médecin, bon patient*. Paris, Séli Arslan. p. 5-20.
- SCHEPENS Florent, 2013. Nous on a pas de problème avec la mort : travailler en soins palliatifs. In : *Les soignants et la mort*. Toulouse : Érès. p. 213-226.
- SEMPRUN Jorge, 1994. *L'écriture ou la vie*. Paris : Gallimard.
- SHON Jean-Louis P. K., 2013. Suicides en situation d'enfermement au début du XXI^e siècle. Approche compréhensive à partir de la dernière lettre des suicidés en prison. *Sociologie*, 4(2), 139-162.
- STRAUSS Anselm, 1992. *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan.
- SYKES G., 1958. *The society of captives: A study of a maximum security prison*. Princeton : Princeton university prison.
- TERRA Jean- Louis, 2003. *Prévention du suicide des personnes détenues : rapport de la mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et ministre de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées*. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000724.pdf> (consulté le 22/06/2013)
- THOMAS Hélène, 1996. *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*. Paris : L'Harmattan.
- TOURAUT Caroline, 2011. Entrées et sorties des proches de détenus en prison : enjeux, rites et échanges. *Tsantsa*, 16, 61-69.
- TOURAUT Caroline, 2015. Corps vieillissants en prison: expérience des personnes détenues "âgées". *Gérontologie et société*, 37(1), 111-122.
- TOURAUT Caroline et DÉSEQUELLES Aline, 2015. La prison face au vieillissement : expériences individuelles et prise en charge institutionnelles des détenus « âgés ». Synthèse du rapport final, GIP - Mission de recherche Droit et Justice. Disponible sur : <http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/exprience-individuelle-et-prise-en-charge-institutionnelle-de-la-perde-dautonomie-et-du-vieillissement-en-milieu-carceral-tat-des-lieux-et-recommandations/> (consulté le 15/06/2017)

TREPIED Valérie, 2014. La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants. *Retraite et société*, (1), 93-110.

TROMPETTE Pascale et VINCK Dominique, 2009. Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3(1), 5-27.

TUBEX Hilde et SNACKEN Sonja, 1995. L'évolution des longues peines. Aperçu international et analyse des causes. *Déviance et société*, 19(2), 103-126.

TURNER Mary, PAYNE Sheila et BARBARACHILD Zephyrine, 2011. Care or custody? An evaluation of palliative care in prisons in North West England. *Palliative Medicine*, 25, 370-377.

VASSEUR Véronique, 2000. *Médecin-chef à la prison de la santé*. Paris : Le Cherche Midi.

VEGA Anne, 2012 (2001). *Soignants/soignés: Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

WACQUANT Loïc, 1999. *Les prisons de la misère*. Paris : Editions Raisons d'agir.

WALLEMACQ Anne, 1991. *L'ennui et l'agitation : Figures du temps*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.

WATSON Roger, STIMPSON Anne et HOSTICK Tony, 2004. Prison health care: a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 41, 119-128.

WEBER Max, 2001. *Le Savant et le Politique*. Paris : 10/18.

Annexes

Annexe 1 : Lettres de la DGOS/DGS et de la DAP



MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE

SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre soins
Bureau prises en charge post aigues, pathologies chroniques
et santé mentale - R4
Dossier suivi par
Rozenn CALVAR et Odile MAURICE
Rozenn.calvar@sante.gouv.fr
odile.maurice@sante.gouv.fr

Direction générale de la santé

Sous-direction "Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques"
Bureau Cancers, maladies chroniques et vieillissement
Bureau Santé des populations
Dossier suivi par
Nicole BOHIC et Christine BARBIER
Nicole.bohic@sante.gouv.fr
Christine.barbier@sante.gouv.fr

MERC/11/n° Mercure

Paris, le 18 NOV. 2011

Monsieur le Professeur,

Nous avons pris connaissance du projet PARME que vous nous avez adressé et que vous avez présenté à Madame PETON-KLEIN. Ce projet soutenu par la Fondation de France et mis en œuvre en lien avec le centre d'investigation clinique en innovation technologique de l'INSERM a retenu notre intérêt.

La première partie qui vise l'observation des pratiques médicales d'accompagnement et de prise en charge palliative des personnes malades détenues nous paraît particulièrement utile pour recenser et évaluer la population requérant des soins palliatifs au sein des établissements pénitentiaires.

Une telle étude répond en effet à un enjeu de santé publique incontournable. La qualité et la continuité des soins doivent en effet être garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.


Régis AUBRY
Centre hospitalier universitaire de Besançon
Hôpital Jean MINJOZ
25030 BESANCON CEDEX

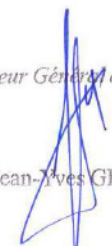
La dimension pluridisciplinaire de ce projet mérite d'être soulignée: l'association de praticiens hospitalo-universitaires, de philosophes, de psychologues, de juristes de différentes universités et structures de recherche devrait permettre la production d'une analyse approfondie de la complexité des situations rencontrées.

Il est souhaitable pour la réalisation de ce projet que les personnels hospitaliers des UCSA et des UHSI participent à cette étude afin d'obtenir des résultats exhaustifs.

Nous vous remercions de nous tenir informés du déroulement de cette étude et des résultats obtenus qui nous apporteront des éléments importants pour assurer le déploiement de politiques de santé répondant de façon appropriée aux besoins des personnes malades détenues dans ce domaine.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Professeur, en l'expression de notre considération distinguée.


**La Directrice Générale
de l'Offre de Soins**
Annie RODEUR

Le Directeur Général de la Santé,

Dr Jean-Yves GRALL



DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

- 5 JAN. 2012

N° 2 8 1

SOUS-DIRECTION DES PERSONNES PLACÉES
SOUS MAIN DE JUSTICE

Bureau des études et de la prospective
PMJ 5

Dossier suivi par :
Emmanuel Brillet
Téléphone: 01 53 00 79 75
Adresse électronique: emmanuel.brillet@justice.gouv.fr

Monsieur le Professeur,

Par lettre en date du 8 août 2011, vous avez sollicité auprès de moi une autorisation d'enquête dans le cadre d'une étude portant sur *l'évaluation de la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs dans les établissements pénitentiaires* (étude désignée sous l'acronyme PARME). Chef de service du département douleur et soins palliatifs au CHU de Besançon, vous souhaitez « *comprendre comment ces personnes, particulièrement vulnérables du fait de leur état de santé, sont prises en charge au sein des UCSA ou des UHSI et quelle organisation cela demande en termes d'exécution de la peine* ». La finalité étant de se poser en force de proposition, et de modéliser – en tant que de besoin – d'éventuels dispositifs de concertation et d'accompagnement.

Cette étude, placée sous votre responsabilité scientifique, est financée par la Fondation de France. Elle sera coordonnée par Madame Aurélie GODARD, ingénieur d'étude et de recherche clinique au CHU de Besançon, avec laquelle mes services – et notamment Monsieur BRILLET, du bureau des études et de la prospective (PMJ5) – ont noué de nombreux contacts aux fins de préciser le protocole de recherche et s'assurer du visa du ministère de la Santé (lequel vous a été signifié par lettre en date du 18 novembre 2011, co-signée par la directrice générale de l'offre de soins et le directeur général de la santé). Ce projet a également reçu le soutien de principe de la directrice des affaires criminelles et des grâces (lettre en date du 10 octobre 2011).

Périmètre de l'étude

L'étude a une visée potentiellement exhaustive, et pourrait porter sur l'ensemble des UCSA et UHSI volontaires. Cependant, avant que d'être lancée à grande échelle, l'étude serait précédée

Monsieur le Professeur Régis AUBRY
Hôpital Jean-Minjoz
25030 BESANÇON CEDEX

DAP

Adresse postale : 13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01
Bureaux situés : 55, rue de Rivoli - 75001 PARIS
Tél. 01 44 77 60 60

par une enquête de faisabilité de plus faible ampleur, touchant à l'ensemble des établissements situés dans la DISP de Lyon (y inclus l'UHSA et l'UHSI), ainsi que l'ensemble des établissements situés en région Franche-Comté, dans le département de la Côte-d'Or et dans le département de la Saône-et-Loire, soit 27 établissements au total (non compris les EPM et les CSL, qui n'entrent pas dans le périmètre de l'étude). Cette enquête de faisabilité devrait permettre d'affiner l'élaboration des outils nécessaires à la collecte de l'information (*questionnaires, guides d'entretien, cahiers d'observation...*).

Protocole de recherche

Sur le plan méthodologique, précisément, la démarche proposée est double :

1) Une *enquête épidémiologique* sous forme de questionnaires auto-administrés par les médecins responsables des UCSA, visant à estimer le nombre de patients relevant de soins palliatifs dans les établissements pénitentiaires et à décrire leurs caractéristiques. Il s'agira aussi de dégager des profils-types permettant de guider le choix des cas d'étude pour la démarche qualitative (voir ci-dessous).

Ce première phase ne nécessitera pas de déplacements en établissements, les questionnaires étant adressés par voie postale aux médecins responsables des UCSA.

2) Un volet *analyse de cas*, sous forme d'une étude approfondie, dans une perspective compréhensive, du parcours médical et judiciaire de certains patients. Il s'agit, d'une part, d'obtenir une description précise de la manière dont sont prises les décisions médicales et judiciaires les concernant (s'agissant par exemple des suites données à d'éventuelles demandes d'aménagement de peine ou de suspension de peine pour raison médicale) et, d'autre part, d'objectiver le point de vue de ces personnes, tant sur les décisions prises à leur endroit que sur les modalités de prise en charge qui leur sont offertes.

L'analyse de ces cas se fera sous forme d'entretiens avec les médecins, les magistrats, les chefs d'établissement, les CPIP et les personnes détenues concernées elles-mêmes. Ces entretiens seront conduits par Madame Aurélie GODARD et Madame Aline CHASSAGNE, doctorante au laboratoire de sociologie et d'anthropologie (LASA) de l'Université de Franche-Comté.

Cette phase d'enquête nécessitera la possibilité d'accéder aux établissements pénitentiaires concernés et d'y rencontrer tant des personnes détenues que des personnels pénitentiaires.

Notices d'information et de consentement

J'ai pris note des précautions prises pour vous assurer du consentement éclairé des personnes détenues retenues pour la phase d'analyse de cas. Ces personnes seront informées de la tenue de l'enquête par leur médecin qui leur remettra et leur commentera une notice d'information. Les personnes acceptant de participer à la recherche signeront un acte de consentement. Il leur sera bien entendu possible de revenir sur ce consentement à tout moment de l'étude.

Anonymat et confidentialité des données

J'ai également pris acte de votre engagement à mettre en place un système de collecte et des modalités de traitement des données personnelles qui en garantissent la stricte confidentialité (codage de la source), ainsi que votre engagement d'exploiter les résultats de vos travaux – qu'il s'agisse de publications ou de communications orales – de manière telle à ce qu'aucun élément ou développement ne puisse aisément permettre l'identification de tel ou tel participant à l'étude (respect de l'anonymat des personnes).

Vous rapportez, à cet égard, les avis favorables de l'*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* (AFSSAPS, avis en date du 8 août 2011), du *Comité de Protection des Personnes* (CPP) du CHU de Besançon (avis rendu le 8 septembre 2011), du *Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé* (CCTIRS), et de la *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés* (CNIL).

Compte tenu des éléments qui précèdent et de l'intérêt de ce projet, j'ai l'honneur de donner une suite favorable à votre demande d'autorisation d'enquête, tant pour ce qui a trait à l'accès aux établissements qu'à la conduite d'entretiens avec des personnels pénitentiaires et des personnes détenues (dans les conditions précédemment décrites). Cet accord ne vaut cependant, dans un premier temps, que pour l'accès aux établissements visés par l'enquête de faisabilité. Il reste en outre tributaire des possibilités réelles offertes sur le terrain. Il devra donc être expressément confirmé par les directions d'établissement concernées. A cet effet, je vous invite à prendre l'attache de chacune des trois DISP dont relèvent ces établissements (*DISP de Dijon, Lyon et Strasbourg*) afin : 1) de leur présenter votre démarche ; 2) de leur communiquer, le moment venu, la liste précise des établissements dont l'accès conditionnera la mise en place de la phase qualitative ; 3) de s'enquérir de l'accord des chefs d'établissements visés et convenir des modalités d'accès et d'enquête les plus appropriées (y compris la question de l'introduction d'un dictaphone, laissée à la libre appréciation des directions d'établissement).

S'agissant, par la suite, de l'extension à l'échelon national du panel des sites concernés par l'approche qualitative (et, à ce titre, susceptibles d'accueillir *in situ* l'équipe de recherche du CHU), je vous ferai connaître ma décision une fois connue et dûment communiquée à mes services la liste des nouveaux établissements concernés. J'adresse cependant dès à présent copie de ce courrier à l'ensemble des directions interrégionales pour information.


Par ailleurs, la diffusion nationale d'un questionnaire auto-administré par les médecins responsables de l'UCSA (volet épidémiologique de l'étude) aussi bien que la consultation – sous réserve de l'accord des personnes détenues concernées – des dossiers médicaux conservés dans les locaux de l'UCSA (volet analyse de cas) ne sont pas du ressort de la DAP, et n'ont pas à être soumise à son autorisation.

Enfin, pour ce qui a trait à la consultation du dossier pénal des personnes visées par le volet qualitatif de l'étude (volet analyse de cas), je vous informe que les pièces transmises à l'établissement pénitentiaire par l'autorité judiciaire sont considérées comme des documents judiciaires et ne peuvent en conséquence être communiquées que par l'autorité judiciaire. L'autorité administrative (l'AP) ne peut pas décider de les communiquer de sa propre initiative, quel que soit l'avis de la personne condamnée. La demande d'accès à ces documents

doit donc être faite auprès des autorités judiciaires compétentes (procureur de la République ou procureur général de la juridiction de jugement). Les mêmes règles sont applicables, que l'on demande – ou non – copie d'un document.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués. *Henri Masse*
Henri Masse

Le Préfet,
Directeur de l'administration pénitentiaire


Henri MASSE

Annexe 2 : Grilles d'entretiens

Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP)

Objectif général	Objectifs particuliers	Questions
Ouvrir le récit		Pouvez-vous me raconter ce qui a été fait dans la prise en charge de M/Mme X ?
Questions à aborder		
Voir quelle connaissance le CPIP a de l'état de santé du patient-détenu		<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de l'inclusion de cette personne dans une étude concernant les soins palliatifs ? • Comment décririez-vous l'état de santé de ce détenu ? • A votre avis, l'état de santé est-il compatible avec la détention ?
Comprendre le suivi du dossier fait par le CPIP		<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous été amené à suivre le dossier de ce détenu ? • Combien de fois avez-vous rencontré le détenu ? • Quels sont les problèmes que vous rencontrez à la prise en charge de ce dossier ?
Pour le patient-détenu ayant déposé une demande de suspension/aménagement de peine		
Détailler la procédure et comprendre la place du CPIP		<ul style="list-style-type: none"> • Qui a lancé cette procédure ? • Pouvez-vous me décrire comme s'est déroulé cette procédure ? • Quels ont été les arguments avancés lors de la CAP ? Qu'en pensez-vous ? • Quel est votre point de vue concernant la décision du JAP ?
Pour le patient-détenu n'ayant déposé aucune demande de suspension/aménagement de peine		
Comprendre quel parcours d'exécution de peine est envisagé		<ul style="list-style-type: none"> • Envisagez-vous un dossier d'aménagement de peine ou de suspension de peine ? • <i>Si oui</i> : quel type d'aménagement de peine vous semble approprié • <i>Si non</i>, pourquoi ? comment envisagez-vous la suite de l'exécution de peine de ce détenu ?

Grille entretien : Médecin

Objectif général	Objectifs particuliers	Questions
Ouvrir le récit		Pouvez-vous me raconter ce qui a été fait dans la prise en charge de M/Mme X ?
Questions à aborder		
Description de l'état de santé du patient-détenu	Description générale	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous me dire quel est son état de santé actuel ?
	Définitions des soins palliatifs par les médecins des UCSA/UHSI	<ul style="list-style-type: none"> En quoi considérez-vous que ce malade relève de soins palliatifs ?
Placer le médecin interrogé dans le parcours du patient-détenu	Comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins quand ils prennent en charge le patient-détenu	<ul style="list-style-type: none"> Quand vous avez pris en charge ce malade, quel était son état de santé ? Avez-vous disposé de toutes les informations nécessaires pour permettre la prise en charge adéquat ? Etes-vous en relation avec les médecins qui ont pris en charge le patient avant vous ? avec les médecins qui le prennent en charge pendant une hospitalisation ?
Comprendre les difficultés de la confrontation du milieu médical au milieu pénitentiaire	Définir les points de négociations avec la pénitentiaire	<ul style="list-style-type: none"> Pour la prise en charge, avez-vous demandé des aménagements particuliers à l'administration pénitentiaire ? Quelles sont les démarches à effectuer pour ces demandes ? Avez-vous rencontrés des problèmes particuliers pour la mise en place de ces aménagements ?
Pour le patient ayant déposé une demande de suspension/aménagement de peine		
Comprendre la place du médecin dans la démarche		<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous été sollicité pour cette demande ? Par qui ? Quel a été votre rôle ?
Avoir l'avis du médecin sur les expertises médicales		<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous eu accès au rapport des experts ? Quel est votre avis sur ces expertises ?
Comprendre les relations médecins-magistrats.		<ul style="list-style-type: none"> Quel est votre avis sur la décision rendue par le JAP ?
Pour le patient n'ayant déposé aucune demande de suspension/aménagement de peine		
Voir comment le médecin investit l'exécution de peine.		<ul style="list-style-type: none"> Savez-vous aucune demande de suspension ou d'aménagement de peine n'a été déposée ? Est-ce un sujet que vous avez déjà abordé avec le détenu malade ? avec son CPIP ? avec le chef d'établissement ?

Grille entretien : Juge d'application des peines (JAP)

NB : Le JAP n'est rencontré que dans le cas d'un patient qui a déposé une demande de suspension de peine ou d'aménagement de peine pour raisons médicales.

Objectif général	Objectifs particuliers	Questions
Ouvrir le récit		Pouvez-vous me raconter ce qui a été fait dans la prise en charge de M/Mme X ?
Questions à aborder		
Décrire la procédure	Temporaliser la procédure	<ul style="list-style-type: none"> Par qui avez-vous été saisi concernant cette demande ? Dans quel cadre ? Avez-vous rencontré le détenu ?
	Comprendre la place des experts	<ul style="list-style-type: none"> Comment avez-vous choisi les médecins experts ? Que pensez-vous de leur expertise ? ce document vous-a-t-il fourni l'ensemble des éléments dont vous aviez besoin ? Savez-vous comment l'expertise a été menée ?
	Comprendre le recours aux expertises psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous demandé une expertise psychiatrique ? <u>Si oui</u>, à qui ? pourquoi ? <u>Si non</u>, pourquoi ?
Comprendre la décision rendue		<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les éléments qui ont motivé votre décision ?
Voir s'il existe un décalage entre le discours médical et le ressenti du magistrat		<ul style="list-style-type: none"> Comment estimez-vous l'état de santé de ce détenu malade ?
Si la suspension de peine ou l'aménagement de peine a été refusé		
Voir si la demande de suspension de peine entraîne une réflexion sur l'exécution de peine.		<ul style="list-style-type: none"> Quelle est la modalité d'exécution de peine envisagée ? Pourquoi ?

Grille entretien : Patient-détenu

Objectif général	Objectifs particuliers	Questions
Entrer dans la conversation en abordant l'état de santé afin de poser le thème principale de l'étude.	Voir quelle connaissance la personne a de son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Comment décririez-vous votre état de santé ?
Comprendre l'impact de la maladie sur les conditions de détention	Voir quels aménagements doivent être mis en place pour être soigné en détention	<ul style="list-style-type: none"> • Actuellement avez-vous des aménagements de vos conditions de détention du fait de votre maladie ? • Est-ce que vous avez eu ce type d'aménagement dans les autres établissements pénitentiaires ou vous avez été incarcérés ?
Comprendre comment la détention modifie la prise en charge médicale	Détailler le suivi médical	<ul style="list-style-type: none"> • Quel suivi médical avez-vous en détention ? • Quand voyez-vous le médecin ? • Avez-vous un médecin référent ?
	Décrire quelles sont les nécessités d'extractions pour le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des examens ou des soins réguliers que vous devez faire en dehors de l'UCSA ? Lesquels ? • Où allez-vous pour faire ces examens ? • Pouvez-vous me décrire comment se passe une extraction médicale ?
	Voir la place des UHSI dans la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous été hospitalisé en UHSI ? • <u>Si oui</u>, Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de cette structure ? Combien de temps ? • <u>Si non</u>, avez-vous refusé d'être hospitalisé en UHSI ? Pourquoi ? • Avez-vous été hospitalisé dans un hôpital de proximité ?
	Comprendre l'impact de la détention sur le suivi médical	<ul style="list-style-type: none"> • Est-il déjà arrivé que des examens ou des soins soient reportés ou annulés ? • Pourquoi ?
Pour le patient-détenu ayant déposé une demande de suspension/aménagement de peine		
Phrase introductive : vous avez déposé une demande de suspension/d'aménagement de peine pour raison médicale. Nous souhaitons comprendre comment s'est déroulée cette procédure.		
Comprendre les objectifs du patient face à cette demande de suspension ou d'aménagement de peine.		<ul style="list-style-type: none"> • Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de cette demande ?
Décrire la demande de suspension ou d'aménagement de peine	Comprendre la temporalité de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Quand avez-vous fait votre demande ? • Avez-vous fait plusieurs demandes de suspension ou d'aménagement de peine ? • Pourquoi l'avez-vous faite à ce moment-là ?

pour raison médicale		(hypothèse : état de santé, conseil du médecin, demande faite par un tiers). Pourquoi avez-vous demandé ce type d'aménagement de la peine (suspension ou un AP particulier) ? Qui vous a conseillé ?
	Décrire le vécu concernant la procédure de demande de suspension ou d'aménagement de peine. Déroulement pratique de la demande	<ul style="list-style-type: none"> • Qui a fait la démarche ? • Avez-vous rencontré un CPIP pour cette demande ? • Quels sont les éléments qui vous étaient demandés pour faire la demande (hypothèse : documents de santé logement, famille garante) ? • Avez-vous rencontrés les médecins experts ? • Quels sont des questions qui ont été abordées avec vous ?
	Vécu au moment de la commission d'application des peines	<ul style="list-style-type: none"> • Étiez-vous présent à la commission d'application des peines concernant cette demande ? • Si oui, pouvez-vous me décrire la Commission d'application des peines où a été étudiée votre demande ?
	Ressenti du malade vis-à-vis de la décision	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu une réponse du JAP ? • Quel est-elle ? • Que pensez-vous de cette décision ? • <u>Si refus</u> : savez-vous quels sont les motifs de ce refus ?
Pour le patient-détenu n'ayant déposé aucune demande de suspension/aménagement de peine		
Comprendre pourquoi le patient n'a pas demandé de suspension de peine ou d'aménagement de peine pour raison médicale		<ul style="list-style-type: none"> • Comment souhaitez-vous que se poursuive l'exécution de votre peine ? En avez-vous parlé avec votre médecin ? avec votre CPIP ? • Pensez-vous demander un aménagement de peine ? <u>Si oui</u> : de quel type et quand ?

Glossaire

Aménagement de peine : les aménagements de peine regroupent la libération conditionnelle, le placement sous surveillance électronique (PSE), le placement extérieur et la semi-liberté. Toute personne condamnée et détenue peut demander un aménagement de sa peine sous réserve de ne pas être en période de sûreté et d'avoir effectué la moitié de sa peine pour une première condamnation et les deux tiers dans le cadre d'une récidive.

Centre de Détention (CD) : lieu qui accueille les condamnés à plus de 2 ans de réclusion considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion.

Centre Pénitentiaire (CP) : établissement pénitentiaire regroupant différents quartiers de détention destinés à des publics différents et avec une organisation différente (exemple : quartier maison d'arrêt et quartier centre de détention).

Condamné : personne sous le coup d'une condamnation judiciaire définitive.

Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) : les CPIP sont des agents pénitentiaires dont la fonction est (entre autres) de préparer les dossiers de demande l'aménagement de peine pour les personnes détenues.

Contrôleur des Lieux de Privation de Liberté : Il a pour mission de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Le législateur français a institué, par la [loi n°2007- 1545 du 30 octobre 2007](#), un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante. Le Contrôleur général peut visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté.

Détenu : une personne détenue est une personne sous écrou. Dans le cadre de cette étude, nous ne nous intéressons qu'aux personnes détenues hébergées, c'est-à-dire les personnes écrouées et domiciliée au sein d'un établissement pénitentiaire (au contraire des personnes sous Placement sous Surveillance Électronique (PSE) qui sont écroué mais ne réside pas à l'établissement pénitentiaire).

Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) : l'administration pénitentiaire est l'une des cinq directions du Ministère de la Justice. Son directeur est nommé par décret du Président de la République, sur proposition du Garde des Sceaux. Elle se compose d'une administration centrale et de services déconcentrés (directions régionales, établissements pénitentiaires, services pénitentiaires d'insertion et de probation).

Détenu Particulièrement Signalé (DPS) : les critères d'inscription au répertoire des détenus particulièrement signalés sont liés au risque d'évasion et à l'intensité de l'atteinte à l'ordre public que celle-ci pourrait engendrer ainsi qu'au comportement particulièrement violent en détention de certains détenus. Par exemple, les personnes détenues appartenant à la criminalité organisée locale, nationale ou internationale ou ayant commis des actes

terroristes ou certains types de crimes (certains meurtres, viols, actes de torture et de barbarie). Les DPS représenteraient un peu plus de 300 détenus sur l'ensemble de la population carcérale française.

Établissement pour peines : désigne tous les établissements pénitentiaires accueillant des personnes condamnées à plus de 2 ans (Centre de Détention, Maison Centrale)

Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF) : Établissement Public de Santé spécifiquement réservé à l'hospitalisation hors urgence et hors psychiatrie des personnes détenues (condamnées ou prévenues) d'une capacité de 80 lits (médecine, rééducation, moyen séjour). C'est un hôpital public avec une double tutelle ministérielle (Direction de l'Administration Pénitentiaire et Direction Générale de l'Offre de Soins). La direction de l'établissement est assurée par un directeur pénitentiaire. Un directeur d'hôpital, mis à disposition par le Ministère de la Santé, assure la gestion hospitalière et le fonctionnement courant de l'établissement.

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Corps de contrôle interministériel du secteur social, l'IGAS contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets. L'IGAS fournit régulièrement des rapports sur l'organisation des soins en prison et la santé des détenus. Depuis 1984, elle est en charge d'évaluer et de contrôler l'hygiène et l'organisation des soins en prison.

Maison d'arrêt (MA) : reçoit les personnes prévenues et les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.

Maison centrale (MC) : lieux de détention pour personnes condamnées à plus de 2 ans et présentant des problématiques de sécurité particulières.

Placement sous Surveillance Électronique (PSE) : mesure d'aménagement de peine. La personne condamnée peut rester à son domicile et travailler. Elle porte un bracelet à la cheville ou au poignet permettant de contrôler ses déplacements et leurs horaires.

Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Quartier arrivant : lieu où le détenu est placé à son arrivée en prison, en attendant son affectation dans une autre cellule de la détention.

Quartier disciplinaire : le quartier disciplinaire regroupe des cellules disciplinaires (nommées « mitard »). Le placement d'un détenu en cellule disciplinaire est en France une sanction administrative encadrée par les articles R.57-7-43 à R.57-7-48 du code de procédure pénale. Selon la nature et la gravité de la faute commise par le détenu, la durée peut être de 7 jours, 15 jours, voire 30 jours (refus d'obtempérer, consommation de stupéfiants, trafic de stupéfiants, violences physiques).

Remise en liberté : Toutes les personnes détenues incarcérées en détention préventive (prévenues) dans le cadre de l'instruction de leur dossier sont accessibles à cette mesure de remise en liberté. Elles sont exclues des

procédures d'aménagement de peine et de suspension de peine et peuvent demander à être remises en liberté auprès du juge des détentions et des libertés (JDL). Ce dernier décide des mandats de dépôts pour des délais de 4 mois.

Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) : Service à compétence départementale. Il intervient à la fois en milieu ouvert et en milieu fermé auprès des personnes incarcérées. Sa mission principale est la prévention de la récidive. Le personnel chargé de cette mission est nommé **CPIP** (Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation).

Services Médico-Psychologique Régional (SMPR) : service de psychiatrie implanté dans un milieu pénitentiaire comprenant une unité d'hospitalisation et offrant des soins. Il existe 26 SMPR dans les établissements pénitentiaires français.

Suspension de peine : inscrite dans le cadre de la loi Kouchner de 2002, cette mesure doit permettre à toute personne condamnée (les personnes prévenues ne peuvent pas accéder à la suspension de peine) et détenue dont l'état de santé est incompatible avec la détention ou dont le pronostic vital est engagé de sortir de détention afin d'effectuer ses soins à l'extérieur, ou le cas échéant de mourir à l'extérieur de la prison.

Unité Hospitalière Sécurisée Aménagée (UHSA) : unité implantée dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), permettant une prise en charge psychiatrique des personnes détenues atteintes de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement.

Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) : unité implantée dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), permettant une prise en charge médico-chirurgicale des personnes détenues. Dans cette unité exercent à la fois par des personnels pénitentiaires et des personnels hospitaliers. L'UHSI reçoit des patients de son ressort géographique présentant des pathologies somatiques pour des séjours programmés d'une durée supérieure à 48 heures.

Unités Sanitaires en milieu pénitentiaire : (US, anciennement appelées **UCSA** : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires), structure de soin hospitalière, implantée en milieu pénitentiaire, pour effectuer une prise en charge somatique et psychiatrique des personnes placées sous main de justice. Dans 26 établissements pénitentiaires, il existe également un Service Médico Psychiatrique régional.

Index

A

Aménagement de peine 26, 244, 245, 256
Libération conditionnelle 199, 244
Remise de peine 199

B

Bruit 18, 29, 88, 139, 165, 178, 179, 180, 184

C

Cancer 205, 210, 211, 212, 236
Fin de vie 232, 233
Temporalités 208, 225
Cellule 27, 28, 30, 62, 124, 128, 133, 159, 163, 170,
171, 180, 185
Chambre
Carcérale 39, 107, 108, 109
UHSI 99, 101, 103, 104, 140, 142, 144, 146, 218
Choc carcéral 44, 80, 81, 111
Crime
Discours 32, 212, 213, 214
Retombées sociales 236, 237, 260
Type de 53, 66, 170, 190, 207, 238, 252
Crise 204, 205, 206, 209, 216

D

Dangerosité 92, 104, 105, 134, 140, 252, 253
Diagnostic 51, 223, 226, 245, 261
Découverte d'un 151, 204, 216, 220
Temporalité 153, 155
Disjonctions temporelles 193, 208, 210, 214, 260
Douche 79, 179, 218
Douleur
Traitement de la 156, 157
Douleur 46, 47, 49, 89, 153, 155
Douleur 158

E

Emploi du temps 27, 28, 29, 47, 178, 208, 217
Expertise médicale 51, 52, 246, 247, 250, 251, 252

F

Famille 236, 240, 260, 266
histoire de 211
Parloirs 235
Relation soignant 235
Frontière 93, 100, 104, 115, 117, 120, 127,
167, 258, 263
Carcérale 61, 100
Double 126, 130, 133, 136
Entre hôpital et prison 25, 37, 49
Entre libre et enfermé 105
Hospitalière 92, 95, 110, 117, 119
Temporelle 206, 214

H

Habitation 130, 169, 171, 264
Hétérotopie 80, 172

J

JAP 245, 247, 250, 252, 255, 256, 260

L

Lit 50, 107, 108, 136, 148, 164, 165, 168, 206

M

Maladie

- Guérison 202, 214, 223, 225
- Relation thérapeutique 94, 109, 128, 135, 146, 150, 155, 223, 225
- Trajectoire 36, 46, 150, 158, 203, 216, 218, 220, 222, 226

Monde

- Monde du soin 159
- Monde 22, 110
- Environnement personnel 17, 18, 145
- Monde de la peine 17, 45, 48, 49, 79, 80, 100
- Monde du soin 18, 45, 46, 57, 59, 85, 93, 95, 119, 129

O

- Objet-frontière 95, 147, 148
- Organisation des soins en prison
 - Dispositif 38, 46, 179
 - Naissance 33, 35

P

- Pauvreté 56, 188
- Personnalité 140, 153, 237, 257, 258
- Portes
 - Fermées 77, 134
 - Médiatrices 130, 131, 147, 148
 - Ouvertes 77, 142
 - Protectrices 146, 171
 - Seuils 46, 134, 145, 148

Q

- Quartier arrivant 80, 81, 127

Quartier disciplinaire

- Consultation médicale 134, 135
- Organisation du travail 133

R

- Réinsertion 33, 191, 193, 194, 198, 201, 202, 244, 258
- Rythme
 - Cyclique 178, 181, 185, 188, 191, 196, 264
 - Imprévisible 131, 147, 204, 218
 - Linéaire 189
 - Météo aléatoire 225

S

Sentiments

- Abandon 152, 154, 188, 224
- Colère 47, 81, 130, 192, 236, 237
- Ennui 147, 183, 184, 185, 188, 196, 199
- Méfiance 151, 161, 236, 255
- Reconnaissance 159, 164, 241
- Sida 35, 36, 37, 135, 205
- Suicide 31, 44, 45, 80
- Suspension de peine 245, 248, 251, 257, 258, 261
 - Loi 52, 246, 247

T

- Tempo 48, 123, 137, 181, 182, 202, 218, 222, 264
- Travail 195
 - Chômage 195, 201
 - Identité 199, 201
 - Temporalité 196, 197, 198, 200, 202
 - Temps libre 200, 202

V

- Vieillessement 41, 42, 205

Table des figures

Figure 1 : Mur d'enceinte d'une maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)	72
Figure 2 : Grille d'entrée d'un quartier de la détention (Aline Chassagne, 2017)	78
Figure 3 : Entrée d'une aile de détention (Aline Chassagne, 2017)	83
Figure 4 : Accès UCSA, maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)	91
Figure 5 : Arrivée UHSI (Aline Chassagne, 2012)	97
Figure 6 : Plan du rez-de Chaussée de l'UHSI (2012)	98
Figure 7 : Plan 1 ^{er} étage de l'UHSI	101
Figure 8 : Couloir de l'UHSI et porte de chambre (CGLPL)	102
Figure 9 : Coursive dans un quartier de maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)	122
Figure 10 : Intérieur d'une porte de cellule (Aline Chassagne, 2017)	125
Figure 11 : Maison d'arrêt, étage détention (Chassagne Aline, 2017)	132
Figure 12 : Deux portes de cellules d'une maison d'arrêt (Aline Chassagne, 2017)	149
Figure 13 : Table, TV et mur d'une cellule (Aline Chassagne, 2017)	187
Figure 14 : Lit et fenêtre de cellule (Aline Chassagne, 2017)	187
Figure 15 : Type de trajectoire en fin de vie selon Murray et al.	230
Figure 16 : Accès à la cour de promenade (Aline Chassagne, 2017)	268

Table des tableaux

Tableau 1 : Présentation des situations de l'enquête qualitative d'avril 2012 à octobre 2014	67
Tableau 2 : Données extraites du Code de Procédure Pénale de 1994	190

Table des matières

Sommaire	7
Prologue	9
Requiem pour une libération	9
Introduction.....	17
Les mondes.....	17
Annonce du plan.....	21
Première partie	23
PETITES HISTOIRES DU SOIN EN PRISON	23
Chapitre 1	25
Des frontières entre l'hôpital et la prison	25
1.1 Du crime à l'infirmerie.....	25
1.2 Naissance d'une réforme	33
Chapitre 2	41
La juxtaposition du soin et de la peine.....	41
2.1 Une population malade et vieillissante	41
2.2 Les paradoxes	43
2.3 Des trajectoires de soin complexes.....	46
2.4 Mourir derrière les barreaux ou sortir de l'institution.....	50
Chapitre 3	55
Pour une approche socio-anthropologique de la prison.....	55
3.1. Les approches classiques de la prison	55
3.2 La prison vue sous le prisme du soin.....	58
3.3 Une anthropologie de l'espace et du temps	61
3.4 Une ethnographie des détenus malades	63
Deuxième partie	73
ESPACE DE LA PEINE ET ESPACE DU SOIN	73
Chapitre 4	75
Entrées.....	75
4.1 Voyage dans le « monde » de la prison.....	75

4.1.1	Passeport pour le chercheur	75
4.1.2	Entrée dans le monde de la peine	79
4.2	Passer du « monde » de la prison au « monde » de l'hôpital	84
4.2.1	Entrée en territoire hospitalier	84
4.2.2	La symbolique de la porte d'entrée	92
4.3	Reconstituer « son monde » en territoire étranger	96
4.3.1	Implantation dans le paysage hospitalier.....	97
4.3.2	Les objets du monde de la peine.....	100
Chapitre 5	115
Négocier les frontières	115
5.1	La porte : instrument de distance et de proximité	116
5.1.1	À l'intérieur de l'unité sanitaire.....	116
5.1.2	Le seuil de la porte de la cellule lors de la distribution des traitements.....	123
5.2	Portes « verrouillées » et portes « déverrouillées »	133
5.2.1	Une double frontière au « mitard »	133
5.2.2	La porte « ouverte » de la chambre à l'hôpital : un enjeu professionnel	137
5.3	Des portes et des seuils pluriels	145
Chapitre 6	150
Signifier : entre détenu et patient.....		150
6.1	Une relation soignant-soigné « traversée par le soupçon »	151
6.1.1	Une prise en charge tardive	151
6.1.2	L'attente dans la douleur	155
6.1.3	Un monde « hostile »	159
6.2	La transformation des lieux.....	162
6.2.1	Entrées dans les cellules.....	162
6.2.2	Habiter l'espace.....	169
Troisième partie.....		175
LE TEMPS DE LA PEINE ET LE TEMPS DU SOIN.....		175
Chapitre 7	177
Les donneurs de temps du monde de la peine		177
7.1	Le rythme, le tempo et la durée.....	177
7.1.1	Les portes comme synchroniseurs de temps	177
7.1.2	Tempo et pouvoir	181

7.1.3 Désynchronisation et ennui.....	184
7.1.4 La durée de la peine	190
7.2 Un modulateur de temps : le travail	195
7.2.1 Le travail, instrument de réinsertion.....	195
7.2.2 Le maintien des activités de projection.....	199
Chapitre 8	203
Un temps menacé par la maladie.....	203
8.1 Les temps de crises.....	203
8.1.1 Les ralentissements des corps.....	204
8.1.2 Les arythmies (les angoisses) et les représentations de la mort/réflexivité.....	209
8.2 Temps qui dure, temps chronique	214
8.2.1 Le rythme « à part » de l'UHSI.....	215
8.2.2 Le sentiment chez les professionnels de santé d'être contraints par les « effets pervers » de l'UHSI	224
Chapitre 9	228
Sortir/Mourir	228
9.1 Le concept de bonne mort	228
9.1.1 Estimations de la durée de vie	229
9.1.2 Une relation avec les proches sous contrôle et sous tension	233
9.1.3 Le temps de la reconnaissance.....	237
9.2 Le temps judiciaire et le temps médical : un problème de synchronisation ?	241
9.2.1. Des contraintes temporelles	241
9.2.2 La suspension de peine pour raison médicale : du verdict au diagnostic	244
9.2.3 Des déterminants juridiques et médicaux	246
9.3 Construire un horizon commun	252
9.3.1 Crédibilité du médecin	252
9.3.2 La personnalité du patient / détenu	255
9.3.3 Le poids du passé.....	257
Conclusion	261
Le temps retrouvé	261
Bibliographie.....	269
Annexes	284
Annexe 1 : Lettres de la DGOS/DGS et de la DAP.....	284

Annexe 2 : Grilles d'entretiens	291
Glossaire	296
Index	299
Table des figures.....	301
Table des tableaux.....	301
Table des matières	302

Résumé / Abstract

Ce travail, intitulé *La peine et le soin : une enquête sur l'espace et le temps des malades en prison*, analyse le sens de la peine sous le prisme du soin. L'enquête explore différents mondes juxtaposés : de la peine, du soin et de l'environnement personnel du détenu. À partir d'un ancrage empirique solide, constitué de nombreuses observations et d'entretiens réalisés auprès de détenus malades et des différents professionnels évoluant dans cet environnement, une anthropologie de l'espace et du temps est proposée. La démarche concerne la manière dont les détenus-patients ainsi que les professionnels de la surveillance et du soin tentent d'articuler leurs activités autour de la maladie dans le monde de la prison et dans celui de l'hôpital. Les activités de ces mondes sont aussi analysées au regard de l'horizon temporel de la sortie de prison menacé par le temps de la maladie et de la mort. Contraintes spatiales et temporelles, qualification des personnes, des objets, des lieux et des rythmes sont au centre de cette réflexion "socio-anthropologique". L'analyse apporte des éléments de compréhension sur l'expérience de la maladie grave, bousculant les objectifs attribués à la peine et le sens de la justice. Cette "double épreuve" nous révèle en filigrane les contours de l'humain.

Mots-clés : peine, maladie, soin, patient-détenu, anthropologie de l'espace et des temporalités

This work, entitled "*Sentence and care: an investigation of space and time among sick prisoners*", raises the question of the prison sentence through the prism of illness. The study goes to the heart of different worlds that are juxtaposed: the worlds of prison, healthcare, and the prisoner. With a solid empirical foundation based on extensive observation and interviews with prisoners and the professionals working in this environment, an anthropology of space and time is herein proposed. The approach deals with the way prisoner-patients, the prison staff, and the healthcare professionals attempt to orient their activities around the disease, within the confines of the prison, and in the hospital setting. The activities in these different environments are also analysed with regards to the temporal horizon of the prisoner's release, which is threatened by the time of disease and death. Spatial and temporal constraints, the qualification of the different persons, objects, places, and rhythms are all at the centre of this "socio-anthropological" reflection. The analysis provides some insights into the experience of serious illness, which upsets the aims attributed to prison sentences and the sense of justice. Through this "dual ordeal" we can see the outline of how humans are constructed.

Keywords: sentence, disease, care, patient-inmate, anthropology of space and time