

SOIGNANTS ET MALADES INCARCÉRÉS

Conditions, pratiques et usages des soins en prison

AUTEURS: Marc BESSIN et Marie-Hélène LECHIEN

INSTITUT: Centre d'étude des mouvements sociaux, EHESS, Paris
Centre de sociologie européenne, EHESS, Paris

DATE: Novembre 2000

PUBLICATION: Ronéo. 427 pages

Introduction

Cette recherche porte sur la prise en charge sanitaire des détenus, dans le cadre d'une réforme, en 1994, transférant la médecine pénitentiaire au service public hospitalier. En interrogeant les articulations entre le social, le médical et le pénal, l'enquête s'achève à un moment où la question pénitentiaire est revenue à l'ordre du jour. Pourtant, loin de répondre à l'actualité politique ou à une logique d'évaluation, nous avons poursuivi un questionnement posé dès 1996 – une première étude pilote donna lieu à un rapport en 1997. C'est en respectant une temporalité propre à la recherche et en étudiant les processus d'évolution de l'institution carcérale, que nous avons pu décrire les multiples facettes des soins aux détenus et ainsi contribuer au débat public.

Si la question de la santé en prison est longtemps restée une question annexe d'une problématique strictement pénitentiaire, elle est devenue, pour des raisons extérieures à l'institution pénitentiaire, un enjeu de santé publique. La pandémie du sida a servi de catalyseur au renouvellement des problématiques de prise en charge sanitaire. Le développement de la toxicomanie et des pathologies qu'elle propage, la détérioration des conditions économiques et sociales et ses conséquences sanitaires, les politiques de réduction des risques, tous ces enjeux de santé publique ont imposé une reconsidération de la prise en charge sanitaire des détenus.

La réforme des soins en milieu carcéral est le produit de ce contexte. La loi du 18 janvier 1994, dans le prolongement des textes de 1986 créant les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR dépendant des hôpitaux spécialisés) et des dispositions de 1989 pour le traitement des séropositifs et malades du sida emprisonnés, repose sur deux grandes mesures : d'une part le principe du bénéfice de la protection sociale pour tous les détenus dès leur incarcération, d'autre part le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre du dispositif de soins en prison de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Concrètement, pour assurer la prise en charge des soins somatiques, chaque établissement de santé jumelé avec une prison devait créer une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Ces services sont animés par une équipe pluridisciplinaire composée de personnels hospitaliers, les anciens soignants pénitentiaires pouvant ainsi intégrer la fonction publique hospitalière. Les structures médico-psychologiques ont été renforcées par cette loi, dans une dynamique similaire.

Cette importante réforme a suscité des enjeux institutionnels importants, tant pour la prison que pour l'hôpital. L'implication de celui-ci participe d'une recomposition des politiques de santé et d'un redéploiement des pratiques et des espaces de prise en charge sanitaire face aux transformations de la question sociale, dans un contexte budgétaire difficile. L'arrivée du personnel hospitalier avec la réforme confirme un processus de décloisonnement de

l'univers carcéral par l'intervention d'institutions extérieures à l'administration pénitentiaire. La réforme intervient au moment où la prison est plus que jamais confrontée aux doutes des personnels pénitentiaires, notamment des surveillants, de plus en plus formés alors que l'autonomisation des démarches de réinsertion, de soin ou de formation les confine aux seules "missions" de garde et de maintien de l'ordre. Les surveillants demeurent seuls à gérer les incertitudes et les contradictions de leurs fonctions, liées "aux impensés de la prison".

Dans la mesure où en prison, quelle que soit sa mission première, chaque intervenant est enfermé dans une contradiction structurelle qui traverse le monde carcéral, pris entre la garde et l'entretien, l'interprétation par les acteurs de la réforme en termes de "choc des cultures" ne pouvait qu'appeler une recherche permettant de saisir les ajustements professionnels et les conditions dans lesquelles les malades incarcérés sont soignés. La sociologie des soins en prison proposée a consisté à observer et à identifier, d'une part, les conditions et les représentations de la prise en charge sanitaire des détenus et, d'autre part, les pratiques professionnelles et les usages des prestations soignantes qu'elle mettait en œuvre. L'approche sociologique adoptée dans cette enquête se conçoit comme une démarche compréhensive des phénomènes, afin d'appréhender l'ensemble des points de vue avancés dans ces situations, qui n'ont pas de définition univoque. L'activité de soins en prison y est appréhendée comme une suite de négociations entre les différents acteurs aux intérêts divergents, l'observation sociologique consistant à rendre compte des manières dont s'élaborent des compromis, des arrangements et des accords.

La configuration organisationnelle et institutionnelle de la relation de service (Goffman) où s'interpose, entre les professionnels (soignants) et leurs clients (patients-détenus), un troisième acteur profane omniprésent dans la relation – l'administration pénitentiaire incarnée le plus souvent par les surveillants, mais plus généralement par l'ensemble du contexte carcéral – se prête bien à une analyse fondée notamment sur le concept d'"ordre négocié" (Strauss), que nous reprenons en termes d'ajustements. La confrontation des logiques propres aux différents acteurs impliqués dans cette relation impose une négociation des contraintes inhérentes à chaque univers professionnel.

À l'encontre du cadre interprétatif ("choc des cultures") entretenu par les professionnels de santé pour mettre en avant leur appartenance à une communauté médicale unifiée en tirant tous les avantages moraux d'une confrontation avec l'institution pénitentiaire, nous nous sommes attachés à observer les segmentations professionnelles. Car si les soignants se présentent dans une neutralité affective ("soigner sans juger") et une intégrité déontologique ("chacun sa place"), nous avons observé des manières différenciées de partager les compétences avec les autres professionnels. Des recompositions de pratiques et des redéfinitions du travail et de l'éthique professionnelle se mettent en place dans l'ajustement des logiques pénitentiaires et sanitaires, chacun tentant de légitimer son travail, menacé par la dévalorisation liée au cadre d'exercice.

Il fallait enfin inscrire ces recompositions de pratiques dans les trajectoires professionnelles leur donnant sens et étudier également les trajectoires des détenus afin d'analyser leur rapport à la santé et au corps, élément fondamental de l'expérience carcérale.

Cette enquête se situe au croisement des sociologies thématiques et permet une relecture de certains objets. Elle apporte une contribution à la sociologie carcérale, mais aussi à la sociologie de la santé et de l'hôpital, tout en se situant au cœur de la sociologie des professions.

La méthodologie qui découle de cette problématique se caractérise par une très grande importance donnée au travail de terrain. La perspective socioethnographique de cette recherche s'articule autour de deux méthodes complémentaires d'investigation : une enquête ethnographique d'observation de l'activité de soins en prison et une enquête par entretiens approfondis, permettant le recueil de récits de vie des détenus et de récits de pratiques des professionnels. Ce dispositif de recherche a nécessité une longue immer-

sion dans deux établissements pénitentiaires. C'est en cernant les spécificités de nos terrains d'enquête – la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy (850 détenus en moyenne) et le centre de détention de Caen (400) – que nous avons pu nous dégager d'une approche monographique, en proposant une analyse générale des logiques sociales qui sont à l'œuvre dans la prise en charge sanitaire des détenus.

Première partie

Le détenu : un patient ?

Cette première partie dicte les suivantes, en montrant que l'amélioration objective de l'offre de soins n'implique pas mécaniquement un accès des détenus au statut de patients. Les conditions de la santé en prison et de l'accès aux prestations sanitaires, qui restent dérogatoires, favorisent une rhétorique du soupçon qui pèse sur la relation de soin.

Chapitre 1

Des conditions d'accès aux soins dérogatoires

L'accès aux services médicaux en prison est fortement réglementé. Outre les consultations d'entrée, les prisonniers peuvent solliciter par courrier les services pour un suivi ou une visite ponctuelle. Alors qu'en centre de détention une mobilité plus grande permet aux détenus de se rendre directement aux consultations, l'obstacle de la demande écrite est important en maison d'arrêt. Le recours au courrier, transmis généralement par l'intermédiaire des surveillants, constitue un frein pour certains détenus qui hésitent à consulter et induit une surjustification de la demande de soins.

Les services médicaux sont en situation de monopole en prison, ce qui empêche les détenus de pouvoir choisir leur praticien ou le type de soins. Si cette situation se reproduit aussi à l'extérieur, elle est explicite en prison ; ce qui pose également des problèmes de coopération dans la continuité de soins entre médecins, lorsqu'un service refuse de pratiquer la substitution pour les toxicomanes par exemple. L'exercice libéral sur lequel se fonde le système de soins en France oblige les médecins à ménager leurs clients, alors qu'en prison la certitude de retrouver ses patients-détenus permet parfois d'éconduire certaines demandes pour diverses raisons (plainte abusive, demande relationnelle, simulation...). Pour contourner cette situation de monopole, les malades incarcérés jouent de tactiques en tentant de personnaliser les relations soignantes afin de retrouver certaines formes d'attention et d'écoute privilégiées. Ces tactiques consistent notamment à éviter les attentes dans les " cages ", qui mettent en porte-à-faux les soignants par le rappel du contexte carcéral alors que les services se veulent un cadre neutralisé.

Si l'offre de soins est nettement renforcée avec la réforme, de fortes carences persistent dans certaines spécialités et contraignent les détenus à de longues attentes. Le cas des dentistes est en ce sens assez emblématique, leur condition de travail, sans assistance, étant révélatrice des ambivalences de la " dynamique humanitaire " qui a porté la réforme : on considère qu'un dentiste en prison doit s'adapter de façon pragmatique à un cadre contraignant et à des conditions de travail dérogatoires, quitte à entériner cette situation au moment des arbitrages budgétaires.

Quand les moyens sont insuffisants au niveau de la prison, un malade incarcéré nécessitant une consultation spécialisée est amené à l'hôpital de proximité par une escorte pénitentiaire ; en cas d'hospitalisation, c'est généralement une escorte policière qui assure la garde statique de la chambre du détenu. Les " extractions médicales " sont un enjeu central du dispositif pénitentiaire de soins. La réforme a suscité chez les personnels pénitentiaires l'espoir de voir diminuer ce qui constitue de leur point de vue un coût et une source de travail et de risques supplémentaires. Du côté hospitalier, on justifie leur augmentation (lorsqu'elle se vérifie) par un meilleur suivi médical et une plus grande rationalité qui induit une bonne observance des protocoles. Celle-ci apparaît parfois superflue aux yeux des surveillants, certaines visites de contrôle de quelques minutes leur semblant inopportunes eu égard aux moyens humains mobilisés et au temps passé. De manière générale, ils dénon-

cent les lourdeurs bureaucratiques de l'hôpital et demandent à en être épargnés par une adaptation des procédures hospitalières afin de faciliter les extractions, notamment un raccourcissement des temps d'attente. En fait, sans entériner officiellement de telles accommodations, c'est dans les habitudes prises et le degré d'implication des UCSA dans cette facilitation des extractions que s'élaborent en pratique ces ajustements. La durée d'hospitalisation constitue un enjeu particulièrement important pour la police, mobilisée nuit et jour, certaines pressions s'exerçant auprès des services pour raccourcir le séjour des détenus.

Les détenus peuvent apprécier les extractions médicales qui les font sortir de la prison, pour " respirer la liberté " et retrouver un cadre commun de prise en charge d'où ils ne sont pas totalement exclus. Mais les conditions dans lesquelles s'effectuent ces escortes les en dissuadent parfois et certains les refusent. Les conditions de transports inconfortables sont d'abord mal vécues, les médecins semblant moins prescrire de transports médicalisés que pour la population générale. Mais les détenus redoutent surtout la " mise en scène sécuritaire " que donnent à voir en public les menottes et les entraves, particulièrement stigmatisantes. Humiliante et susceptible d'encourager les mauvais traitements de personnes déjà affaiblies par la maladie, cette situation d'homme attaché laisse libre cours à l'imagination des spectateurs, tout détenu dans cette situation pouvant être pris pour un criminel odieux. C'est ce regard-là, et notamment celui des enfants, que redoutent à l'hôpital les personnes incarcérées. Les surveillants d'escorte, qui ont parfois le sentiment d'endosser le mauvais rôle dans cette mise en scène, craignent de se trouver impliqués dans ce regard, qu'ils tentent parfois de neutraliser, en cachant les menottes par exemple. Les policiers affectés aux gardes statiques n'ont pas toujours cette attention, leur moindre implication dans la relation carcérale et ses ambivalences ne les obligeant pas à certaines considérations. C'est à leur égard que les détenus et les services hospitaliers semblent avoir le plus de récriminations à propos des extractions.

Les dérogations à l'intimité de la relation soignante à l'hôpital restent coutumières, les extractions étant paradoxalement l'occasion d'un secret médical plus exposé qu'en prison et d'un colloque singulier moins respecté, les surveillants assistant régulièrement aux consultations. S'ensuivent parfois des aménagements, des résistances aussi de la part des hospitaliers face aux impératifs sécuritaires.

Dans l'attente d'un nouveau dispositif national pour l'hospitalisation de longue durée, c'est l'hôpital pénitentiaire de Fresnes qui demeure la direction privilégiée de l'administration pénitentiaire. Or, pour tous les détenus, cette destination est honnie et souvent rejetée à cause de conditions de vie et de convalescence extrêmement difficiles. À cause aussi d'une discipline où l'arbitraire semble prendre le pas sur la dignité réservée aux malades prisonniers. Les refus de soins sont la conséquence directe de cet effet repoussoir.

Plusieurs pistes sont envisagées par les services pour répondre aux problèmes posés par les extractions. Selon la manière dont sont traduits ces " problèmes ", ces pistes empruntent deux directions : certaines consistent à renforcer les moyens des services pour contenir le plus possible les malades en prison ; d'autres tendent plutôt à faciliter l'accueil des détenus à l'hôpital, quitte à aménager le dispositif sécuritaire. Pour les premières, nous pouvons citer l'expérience de la télémédecine pour faciliter les diagnostics ; pour les secondes, outre une sensibilisation des hôpitaux à l'accueil des détenus, on peut surtout évoquer les aménagements de peine pour raisons médicales, qui s'envisageaient jusqu'à peu uniquement pour les situations irréversibles, alors que les permissions pour consultation à l'hôpital, par exemple, constituent un moyen de " responsabilisation " des patients.

Mais au-delà de l'accès aux services médicaux de la prison et à l'extérieur, c'est surtout dans les aménagements du milieu carcéral à l'état de malade que les détenus mesurent leur difficile accès au statut de patient. L'état des prisons a été récemment décrié : l'insalubrité et la promiscuité les rendent encore plus pathogènes. Car c'est avant tout l'expérience de l'enfermement et du traitement pénitentiaire des " affaires " pénales (absence de protection des " pointeurs " et " pédophiles ", mesures disciplinaires...) qui entraînent les souff-

frances et poussent aux suicides. Pour autant, limitons-nous ici aux conditions de vie des malades incarcérés. Leur convalescence est d'abord particulièrement entravée, les régimes dérogatoires étant très limités. L'absence de droit du travail et de congés maladie oblige les détenus les plus pauvres à ne pas respecter les prescriptions médicales d'arrêt de travail. Les médecins sont quant à eux réduits à une intervention très limitée sur ces conditions de vie et de travail, l'absence de contrôle externe les maintenant dans une confusion des genres entre administration de soins, expertise médicale des détenus et contrôle de leurs conditions de travail.

Pour ceux qui sont atteints de pathologies graves et surtout stigmatisantes, comme le sida, l'ensemble des relations carcérales exerce une pression constante à la divulgation. En ce sens, cette impossible préservation de l'intimité médicale montre l'étroite marge de manœuvre d'un patient ordinaire en prison : ce n'est pas un statut qui s'impose par simple demande de soins, mais un état variable qui se justifie en permanence, sans quoi toutes les suspensions sont permises.

Eu égard à l'évolution de la population carcérale, les prisons françaises seront de plus en plus confrontées à la prise en charge du handicap, des incapacités et de la dépendance, notamment des personnes âgées. Or pour l'instant, aucun aménagement n'est prévu à cet effet. C'est aux personnels pénitentiaires de répondre ponctuellement à certaines situations, lors de transferts inopinés, les "bricolages" improvisés localement ne faisant que refléter l'improvisation générale face aux détenus invalides. Les codétenus sont généralement appelés à l'entraide et au "bénévolat". L'exemple à Caen d'un aide-soignant employé par une association payée par la direction de l'établissement est révélateur de l'ampleur des enjeux soulevés par cette question.

C'est donc un accès dérogatoire au statut de patient qui est réservé aux détenus, lesquels ne sont pas tous égaux face aux prestations soignantes exigeant de mobiliser certaines ressources pour y parvenir. Si de nombreuses plaintes de la part des prisonniers relèvent aussi du fonctionnement ordinaire de l'hôpital, ils imputent à leur condition les problèmes qu'ils soulèvent. Car au-delà des conditions objectives, seul le contexte des relations carcérales, fondées sur le soupçon, permet de comprendre le rapport aux soins en prison.

Chapitre 2

Une relation de soins traversée par le soupçon

De quelle manière une "affaire" et le statut qu'elle donne à celui qui la porte s'introduisent dans la relation de soins ? La neutralité affective affichée par la profession médicale est en prison directement mise à l'épreuve. Nous présentons dans ce chapitre la façon dont le sentiment d'illégitimité des prisonniers participe d'une défiance et d'une méfiance vis-à-vis des soignants. Les contextes locaux en changeant l'intensité, un établissement comme le centre de détention de Caen, enfermant une majorité de délinquants sexuels, étant par exemple propice à une lecture psychiatisante des relations. Il contraste en ce sens avec celui de Bois-d'Arcy, plus traversé par des problématiques comme celles de la toxicomanie et des comportements sanitaires des fractions les plus précaires des "jeunes de banlieue".

Quoi qu'il en soit, subsiste constamment un univers fortement manichéen où l'intervenant extérieur est sommé de "choisir son camp". En l'absence de positionnement affirmé exigeant beaucoup de tact dans la relation carcérale. Le professionnel à l'initiative du rire dans la relation soignante se risque constamment au décalage, les détenus en position de dominés y lisant souvent un mépris amusé.

Les détenus perçoivent dans le regard des professionnels une mise à distance liée à leur condition : "De toute façon, nous ne sommes que des prisonniers", dépourvus de droits. Beaucoup soulignent que les jugements sur les actes conditionnent en permanence ce regard, mais aussi la façon de soigner.

Certains types de délits fortement stigmatisés, comme les délits sexuels, entraînent une

diabolisation intériorisée et surtout de nombreuses brimades et violences. En ce sens, la forte concentration de délinquants sexuels dans un établissement comme le centre de détention de Caen protège certainement les “pointeurs” du harcèlement violent qu’ils vivent dans d’autres prisons. Mais cette “tranquillité” se paie par l’impossibilité d’accéder à une commune humanité et par la relégation dans la catégorie de “monstres”. Ils ressentent dans la relation soignante cette diabolisation, ou au mieux cette psychiatrisation, sans pouvoir vraiment la décrire : comme ils le disent, “c’est palpable”, “ça transpire”.

D’autres idées préconçues circulent sur les services médicaux. Les représentations des détenus sur la prise en charge psychologique, d’abord, constituent un obstacle à leur accès. L’image du médecin des “fous”, des “pointeurs” et des “toxicos” est largement répandue en prison à propos des psychiatres, le travail des SMPR consistant avant tout à lui opposer un travail d’information sur leur activité. L’intervention de psychiatres experts judiciaires dans la carrière des détenus, tant au niveau du procès que dans l’application des peines, vient également brouiller négativement le travail des “pys” en prison qui y sont assimilés. Une confusion – parfois encouragée par certaines pratiques de coopération avec les juges de l’application des peines – s’instaure et vient renforcer la défiance des détenus.

Plus généralement, des glissements s’effectuent dans les représentations négatives, en passant du doute sur l’authenticité de la relation à la mise en cause de la compétence professionnelle. De l’illégitimité des détenus, on passe à l’illégitimité professionnelle de ceux qui s’en occupent. En premier lieu, ce sont les détenus eux-mêmes qui intériorisent les effets d’homologie sociale en répandant l’idée selon laquelle “*si des professionnels sont réduits à pratiquer en prison, c’est que personne n’en veut à l’extérieur*”. Le postulat généralement développé intègre un principe d’expiation sociale en niant la possibilité de pouvoir accéder à des soins identiques à ceux administrés aux personnes libres. Des considérations matérielles sont également avancées. La rhétorique du rationnement propre à la condition de détenu s’applique aux prestations soignantes, et avant tout aux médicaments, certains affirmant qu’une gamme limitée (voire périmée) est réservée à la prison. En évoquant les restrictions budgétaires, généralisées à l’ensemble des dépenses de santé, ils se considèrent en être les premières victimes. Ceux qui ont vécu l’introduction de la rationalisation accompagnant l’arrivée des pratiques hospitalières, et surtout ceux qui bénéficiaient d’un statut “d’habités”, interprètent comme un rationnement l’impossibilité d’accéder à certaines prestations propres au fonctionnement “familial” antérieur, ce qui a modéré leur satisfaction vis-à-vis de la réforme.

Le milieu carcéral, traversé par la hantise de la mort, est également propice à la propagation des rumeurs. Les événements macabres viennent ainsi les alimenter, notamment les suicides, mais aussi tout ce qui peut impliquer la compétence des soignants. À Caen par exemple, le vieillissement de la population pénale et la multiplication des maladies graves alimentent l’image partagée d’un “mouroir”. Plus généralement, la lenteur d’intervention des soins est souvent mise en cause, notamment dans certains accidents. En ce sens, c’est surtout la nuit que l’angoisse de tomber malade est la plus grande chez les détenus, car il s’agit effectivement d’une situation à risque, ne serait-ce que par l’absence des soignants.

La métaphore animale (“*On est traité comme des chiens*”) qui ponctue très souvent les propos des détenus vient rappeler les liens, à l’œuvre dans les mécanismes punitifs, entre la faute et la douleur, entre corps et châtiment. Son usage systématique a aussi pour fonction, dans la guerre d’usure que se livrent détenus et surveillants, de nier le caractère humain de la relation carcérale et ainsi d’ôter son sens au travail des surveillants. Tout en revendiquant l’accès à la dignité humaine, les prisonniers rappellent sans cesse leur illégitimité morale et sociale, ce qui induit une illégitimité de toute intervention à leur égard. S’ensuivent des relations de soins très ambivalentes, dont il faut accepter les données structurelles pour ne pas trop vite interpréter comme de l’ingratitude les griefs avancés à l’encontre des intervenants en prison.

Des suspicions émanant des soignants sur l’authenticité des demandes de soins viennent

s'opposer à celles des détenus. Le spectre des usages détournés traverse en effet la relation soignante en prison et s'ensuit un processus d'inflation de la demande (*"Il faut en rajouter pour être sûr"*). Si les détenus imputent cette "chasse" à la simulation à leur condition, il convient aussi de ramener l'évaluation morale des professionnels de la santé sur la légitimité de la demande et des usages des patients au contexte hospitalier, où l'accueil sans sélection est dévalorisé.

Au terme de cette interrogation sur l'accès des détenus au statut de patient, c'est l'impatience de ceux-ci qui permet de poursuivre notre investigation. Au-delà d'un effet d'enquête, la tendance à la récrimination à l'égard des soins, malgré l'amélioration objective de l'offre apportée par la réforme, renvoie à la condition carcérale des patients. L'impatience "pratique" que dénoncent souvent les soignants (*"Ils veulent tout tout de suite"*; *"ils sont exigeants"*) interpelle la capacité de ces derniers à s'adapter à la spécificité de l'expérience carcérale du temps, sans remettre en question leur identité et leurs principes professionnels. Manifestant une impatience "politique" de voir les choses changer, les détenus, qui n'ont pas d'autres dérivatifs que la plainte ou l'exigence, deviennent de même réactifs à force d'être soumis à la dépendance et l'infantilisation.

Deuxième partie

L'hôpital incarcéré : l'ajustement des pratiques professionnelles

La deuxième partie s'attache aux effets de l'introduction, dans la gestion de la population pénale, de nouveaux intervenants extérieurs amenés, dans le conflit et l'ajustement, à négocier le partage de leurs attributs professionnels (déontologies, secrets, compétences, missions, lieux, temps...). Les contours des professions se redéfinissent dans une improvisation tout à la fois de coopérations et de protections, à travers le traitement ordinaire de la souffrance des détenus et de la violence carcérale. Violence qui redouble la précarité de destins sociaux dont le contrôle tend à contaminer les frontières entre la peine et le soin et à transformer les établissements pénitentiaires en "derniers" lieux de soins.

Chapitre 1

"L'intrusion" de la rationalisation hospitalière

Dans la plupart des établissements pénitentiaires, l'arrivée de nouveaux professionnels hospitaliers a été vécue comme une "intrusion" par les personnels de surveillance et, dans une moindre mesure, par les soignants relevant de l'administration pénitentiaire. Le terme "intrusion" souligne la violence de cette confrontation et la multiplication des situations conflictuelles enregistrées dans les premiers mois d'application de la réforme. Celle-ci engage une opération de reconversion des anciennes "infirmières", totalement intégrées à l'ordre pénitentiaire. Mandatés pour la "création" de nouveaux services, les personnels hospitaliers importent leurs outils, postures soignantes et dispositions professionnelles. Ils imposent une délimitation physique des espaces sanitaires et pénitentiaires pour construire l'autonomie de leur intervention et substituer aux carences et à l'arbitraire de l'accès aux soins des détenus une forme d'égalisation médicale et de "responsabilisation" des patients.

Les conflits sont donc produits par "l'intrusion" de nouveaux partenaires statutairement indépendants dans la gestion de la population pénale et par la logique même de la réforme, qui disqualifie de fait les pratiques passées. Ils sont principalement saisis à travers les tensions entre infirmières hospitalières et surveillants. Ces deux catégories professionnelles sont en effet les plus présentes, sont placées au bas de leur hiérarchie respective et sont les plus exposées aux détenus et à la violence de l'ordre pénitentiaire. L'exemple des appels des surveillants des unités, appels pour des "urgences" traités par les infirmières des UCSA en maison d'arrêt, permet de saisir l'enjeu des conflits et la spécificité du travail soignant en prison : le rôle joué par les personnels pénitentiaires, partenaires profanes interposés entre soignants et détenus, mais aussi la gestion par les infirmières des demandes d'une population non sélectionnée, comme aux urgences hospitalières. Les conflits engagent donc la maîtrise, par chaque catégorie professionnelle, de ses conditions de tra-

vail et de la définition de ses missions : gestion de l'ordre précaire des unités pour les surveillants qui tentent de " se débarrasser " des prisonniers " ingérables " en obtenant leur passage à l'infirmerie, gestion de l'accès des détenus au statut même de patients pour les infirmières dont la charge de travail a été considérablement augmentée et renouvelée avec la réforme.

Dans les prisons étudiées, les tensions sont redoublées par le genre des acteurs, par une série d'oppositions entre " féminité " et " virilité " professionnelles (sécurité/soins, répression/humanité, violence physique/écoute, détenus/patients, voyous/malades...). Placés sous un nouveau regard, les surveillants se sentent renvoyés à l'indignité de leur métier face à des femmes représentant les missions nobles du soin et détentrices d'une autorité spécifique. Autorité portant la marque que l'organisation hospitalière imprime aux comportements et aux gestes les plus anodins, jusqu'aux inflexions de la voix, autorité liée au partage du savoir médical, à la maîtrise de gestes touchant à l'intimité du corps et à la proximité avec la mort.

Ces conflits, aujourd'hui pacifiés mais ponctuellement remobilisés, permettent de saisir des enjeux plus implicites, à présent recouverts. Enjeux de l'humanisation relative de l'univers pénitentiaire et de ses contradictions. Tout d'abord, les surveillants, placés du côté de la sécurité et de la répression, peinent à défendre leur dignité professionnelle et à faire valoir, dans les conflits avec les infirmières, la part d'humanité de leur travail. Cette part d'humanité tend à être réduite par les transformations progressives des établissements pénitentiaires. L'amélioration des conditions d'existence des détenus est largement déléguée à des intervenants extérieurs, qui se chargent d'informer les prisonniers de leurs droits, de les soigner, de les écouter et de les occuper. La présence de ces intervenants, dont les missions s'ajoutent sans coordination à celles des surveillants, augmente mécaniquement les contrôles et limite les agents pénitentiaires à leur rôle sécuritaire, au moment même où ils sont incités à s'investir dans la " réinsertion " et sont confrontés à une population pénale dont les comportements les désarment (toxicomanes, délinquants sexuels, malades psychiatriques, jeunes sans avenir qui opposent conduites de défi...). Par ailleurs, les tensions entre infirmières et surveillants donnent à voir des opérations ordinaires de qualification, d'imputation et de gestion de situations qui ont trait à la violence carcérale. Face à un détenu violent et à bout, qui doit intervenir et contribuer à la pacification des unités ? Si les personnels pénitentiaires sont portés à assigner les nouveaux services médicaux au rôle de simples lieux de " décompression " pour les détenus, les soignants hospitaliers luttent pour imposer une hiérarchie proprement médicale des demandes.

Pour autant, pénitentiaires et hospitaliers coopèrent, précisément parce qu'ils sont enfermés dans la même situation et s'affrontent à la même violence. Cette coopération peut même revaloriser le travail pénitentiaire d'observation. Avec l'importation de postures soignantes et d'outils hospitaliers, les nouveaux personnels importent de fait une plus grande vigilance à la santé, au corps, à l'hygiène, aux habitudes alimentaires et au suivi psychologique des détenus. Ils sont donc plus demandeurs d'informations sur l'existence quotidienne des prisonniers. De la qualité de l'observation des détenus dépendent la qualité des signalements aux services médicaux et la qualité du suivi sanitaire et psychologique. Les personnels des UCSA et des SMPR s'appuient sur le regard interposé des surveillants dans un système sanitaire où, à l'inverse de l'organisation hospitalière, les patients échappent largement au contrôle des soignants.

Chapitre 2

Identités et éthiques professionnelles à l'épreuve des ajustements

La rhétorique du " choc des cultures ", qui prévalait à tous les niveaux d'application de la réforme, avait une fonction de protection permettant aux différents personnels de maintenir un voile sur l'enchevêtrement des logiques professionnelles en prison afin de préserver des certitudes quant aux valeurs morales assignées aux finalités de leurs missions (sécurité ou soin). Nous avons étudié ce cas typique de " drame social du travail " où chacun définit la situation selon des perspectives différentes, en nous concentrant sur les

segmentations et différenciations, particulièrement lisibles aux frontières des interventions des agents et dans le partage de leurs compétences.

La circulation de l'information : partager les secrets ?

En premier lieu, la détention et la circulation de l'information, fondamentale en prison dans la mesure où elle conditionne la fonction de surveillance, donnent lieu à d'importantes négociations autour du secret médical. S'il est devenu emblématique des conflits initiaux autour de la réforme, c'est qu'il symbolise les enjeux de la coopération professionnelle, au croisement des visées à l'autonomie et des obligations à travailler ensemble.

Le secret professionnel est au fondement de la constitution d'un groupe professionnel. Pierre angulaire de la déontologie qui entoure l'exercice d'une profession et élément de mise à l'épreuve de l'éthique professionnelle, le secret est au centre de la culture d'appartenance à un groupe. Il peut donc aussi fonctionner comme un label destiné à défendre des intérêts propres. Le cas du secret médical l'illustre parfaitement : symbole d'une pratique médicale universaliste, indifférente aux caractéristiques des personnes et des lieux d'exercice, c'est au nom de sa défense absolue que le pouvoir médical préserve souvent ses positions. C'est en tout cas le type de critiques que les personnels pénitentiaires ont formulé à l'encontre des soignants en prison. Plus généralement, par une conception absolue ou relative de la préservation du secret médical, s'observe une plus ou moins grande prise en compte des spécificités du milieu d'exercice.

La coopération sur un même lieu d'exercice met en jeu la définition des contours des secrets propres aux différents professionnels. Le partage du secret s'effectue aussi sur fond d'opposition entre éthique professionnelle et morale commune, laquelle est elle-même soumise à discussion lorsqu'il s'agit de définir une menace collective dont on doit se préserver. Les cas du pédophile, du sidéen ou du braqueur dangereux mettent à l'épreuve, chacun à leur manière, la morale commune dans la définition du danger brandi pour divulguer le secret respectif de ces détenus.

En rapportant le secret à une personne, on évoque l'intérêt de celle-ci : ainsi parle-t-on du secret médical préservé dans " l'intérêt du patient ". Mais il arrive que cet intérêt consiste à divulguer des informations soumises au secret médical. C'est d'ailleurs cet argument qui est souvent utilisé en prison pour inciter les soignants à partager les informations médicales. Il rejoint aussi celui selon lequel " tout se sait en prison ". Face à ces arguments pragmatiques, les professionnels de santé les plus " puristes " opposent leur inscription professionnelle en développant une dimension performative du secret médical. Mais celle-ci peut être ébranlée quand l'appui du médecin est sollicité par le détenu pour des demandes d'aménagement de peine ou de conditions de détention.

Nous avons confronté cette mise en perspective générale du secret professionnel à quelques observations empiriques mettant par exemple en question les statuts respectifs de l'infirmière et du surveillant. Apparaît ainsi qu'au-delà des positions de principe, les ajustements s'effectuent dans la reconnaissance des compétences de chacun, le temps et certaines épreuves difficiles jouant souvent un rôle important.

Le cas des personnels éducatifs, soumis à de nombreuses inquiétudes quant à l'avenir de leurs prérogatives en prison dans un contexte de transformation importante de leur fonction, confrontés eux aussi à certaines résistances dans le partage des informations avec les soignants, prolonge cette discussion sur les identités professionnelles en milieu carcéral et la dignité et l'autonomie des pratiques.

Nous analysons enfin un autre type d'information dont la confidentialité est en discussion : les faits ayant entraîné l'incarcération, soumis à ce que nous appelons le secret pénal. Celui-ci ne revêt cependant pas la même valeur morale : alors que le secret médical est censé protéger un malade, donc une victime, le secret pénal concerne un coupable ou présumé tel. Ce qui suggère d'inégales dispositions entre les professionnels pour respecter l'intérêt de

la personne concernée. Le secret médical renforce le prestige social du médecin, alors que le secret pénal du surveillant n'aide pas à valoriser son "sale boulot". Face à ce secret pénal, les personnels soignants sont partagés entre leur déontologie et leur morale sociale, hésitant entre la banalisation de la condition pénale et son impossible neutralisation. Les soignants affirment ne pas vouloir connaître les faits, mais leur accès au travail d'écoute laisse ouverte la question. Selon la conception du travail relationnel, ce plus ou moins grand intérêt pour l'affaire renvoie aux liens qu'un soignant établit entre la peine et le soin.

Entre ordre, peine et soin : partager les objectifs ?

Nous abordons les dilemmes posés aux soignants en prison en examinant leur participation à l'ordre carcéral, à travers certaines situations critiques (états de crise, risques de trafic ou de suicide par les médicaments). Les soins améliorent la situation des détenus, mais ne contribuent-ils pas ainsi à les apaiser et à leur faire accepter leur condition ? L'instrumentalisation des infirmeries pénitentiaires aux fins de réduction des tensions carcérales était explicite avant la réforme, mais demeure aujourd'hui une source d'interrogations pour beaucoup d'hospitaliers. Pour autant, la souffrance d'un détenu en crise détermine leur intervention. Mais les conflits de perspectives entre le soin et le maintien de l'ordre sont parfois redoublés par des conflits entre UCSA et SMPR lorsque la personne agitée se blesse. Face à un toxicomane en manque, les infirmières hospitalières ont rompu avec les habitudes pénitentiaires qui privilégiaient l'apaisement à court terme du détenu et le maintien de l'ordre carcéral, ces refus face à la demande de produit étant au départ souvent mal interprétés.

Les médicaments ne sont plus dilués dans des " fioles ", mais les médecins continuent de s'inquiéter sur les limites à donner aux prescriptions de psychotropes qui allègent les souffrances de l'emprisonnement. S'ils contribuent à " assommer " les détenus (la " camisole chimique "), les médicaments demeurent cependant une source de perturbation en prison par les risques de trafics et de suicide. Les prescripteurs peuvent ainsi devenir la cible de l'administration pénitentiaire, qui trouve par là un moyen commode de ne pas parler de dysfonctionnements plus profonds.

Les soignants en prison sont régulièrement invités à s'associer à l'application des peines, clarifier les objectifs de la peine et du soin devenant dès lors une exigence éthique de leur profession. On leur demande notamment d'assister à des réunions interdisciplinaires destinées à partager les points de vue des intervenants en vue d'aménager la peine. Il est en fait assez peu courant que les soignants y participent, mais la situation spécifique du centre de détention de Caen nous a permis d'observer les enjeux de cette participation à l'aune de la délinquance sexuelle. Les psychiatres de cet établissement prennent en effet part aux commissions d'application des peines, répondant ainsi à une demande généralisée, tout se passant comme s'ils apportaient des repères et une réassurance face à des " affaires " auxquelles les personnels ne sont pas préparés. Le juge de l'application des peines attend beaucoup de cette collaboration, de nombreuses décisions dépendant des indications apportées par les psychiatres. Le consensus autour de cette coopération a été rompu par un nouveau directeur qui dénonce pour sa part une confusion des genres, estimant que la relation soignante se trouve affectée par ces interventions qui relèvent de l'expertise. Cette controverse permet d'étudier les arguments en présence, dans une conjoncture où se développe l'obligation de soins en matière d'agressions sexuelles. Les détenus intègrent ainsi le suivi psychologique dans leurs stratégies d'aménagement de peine, transformant dès lors toute la démarche qui aboutit à la demande de suivi, supposant pourtant, aux yeux de nombreux thérapeutes, du temps, de la réflexivité et du consentement.

L'obligation de soins représente l'aspect légal d'une tendance plus générale à considérer la prison comme un lieu de soins, largement entretenue par l'amélioration du dispositif sanitaire en prison. Certaines incarcérations se trouvent ainsi justifiées pour des personnes dont il est dit qu'elles pourront " rencontrer leur santé " en prison. Si les soignants constatent que l'incarcération peut être l'occasion propice pour entamer un suivi, leur expérience de l'épreuve carcérale et de ses conséquences psychiques et somatiques les

amène généralement à lutter contre cette conception de la prison “ réparatrice ”, qui constitue un important effet pervers de la réforme de 1994.

Un autre effet pervers consiste à renforcer la tendance à l'emprisonnement des malades psychotiques. Alors que la distinction entre les domaines sanitaires et judiciaires s'était établie dans la séparation entre l'asile et la prison, avec l'irresponsabilité du délinquant fou et son inaccessibilité à la peine, on assiste en fait aujourd'hui de plus en plus à la responsabilisation pénale des malades mentaux délinquants. Face à ces situations qu'ils doivent gérer sans guère de soutien hospitalier, les SMPR sont confrontés aux limites de leur action. De nombreux suicides résultent de cette carence des structures où la prison devient le lieu d'exclusion des “ malades ”. Le traitement de la “ problématique pédophile ” en constitue une autre illustration.

La proximité avec le corps des détenus : partager le “ sale boulot ” ?

À travers l'exemple de quelques situations de confrontation avec le corps malade des détenus, se pose enfin la question de la gestion des hommes incarcérés les plus diminués et du partage du “ sale boulot ”. Qui doit s'occuper des handicapés, secourir les grabataires, assister les toxicomanes les plus dépendants ? Infirmières et surveillants luttent pour ne pas ajouter cette charge à leur travail, en l'absence d'aides-soignantes. Consacrant une part importante de leur temps à des tâches administratives et techniques dont elles sont déchargées à l'hôpital, catégorie professionnelle la plus présente et la plus accessible, les infirmières détiennent de fait le monopole des relations affectives avec les détenus, à travers les consultations et les soins. Se protégeant, elles sont donc portées à déléguer l'assistance aux handicapés, habituellement assurée par des aides-soignantes. De leur côté, les surveillants, tentant de construire des barrières de distinction entre les détenus et eux, sont également déstabilisés par les prisonniers malades qui suscitent plus la compassion que la méfiance. Ils redoutent ainsi un glissement du relationnel à “ l'affectif ” qui paralyse les rapports sécuritaires, même si tout ce qui “ humanise ” et singularise les détenus peut aussi fonctionner comme un mode de prévention des violences.

La prise en charge des prisonniers les plus dépendants revient ainsi largement aux codétenus. Or les hommes les plus “ dévirilisés ” dont il faut assurer la toilette suscitent un même dégoût ou une même pitié. Ceux qui sont atteints de maladies incurables ou de troubles psychiatriques incarnent surtout, aux yeux des prisonniers, l'abandon de soi et parfois la mort, spectacle insupportable du dépérissement ou de la “ victoire ” du système pénitentiaire, avec la destruction des détenus transformés en “ fous ” ou en “ épaves ”. Ainsi, l'accompagnement des plus malades peut fonctionner comme un système de délégations en cascade, où chacun travaille à la préservation d'une distance avec une population qui symbolise soit l'exposition au risque de dévalorisation professionnelle, soit l'exposition au risque de la mort carcérale.

Mais dans cette répartition des tâches les moins nobles, les détenus occupent la position la plus fragile. Aucune déontologie professionnelle ne définit leur place dans le système sanitaire carcéral. Ils peuvent donc apporter leur concours aux malades incarcérés ou les mettre à l'écart et les “ punir ” de leurs défaillances. De fait, ils sont indirectement mais souvent sollicités dans la prise en charge de la santé : aide à la rédaction de courriers pour les UCSA et les SMPR en maison d'arrêt, soutien matériel et parfois affectif aux malades en convalescence, signalements, engagement dans des groupes de parole autour de l'alcoolisme... Cette participation multiforme des détenus constitue un levier pour l'administration pénitentiaire : dans la répartition stratégique de la population pénale et l'affectation des cellules, le choix des codétenus, des “ voisins ” ou d'un “ doublage ” est pesé. Certains prisonniers tentent de faire reconnaître cette participation, comme un “ ancien ” qui revendique l'instauration d'un “ bénévolat sanitaire ” en prison, à partir de son expérience de soutien quotidien à de jeunes codétenus toxicomanes placés dans un état d'abandon extrême. Cette revendication pose la question de l'autonomie et de la dignité des détenus, du statut des pratiques d'entraide.

Chapitre 3

La redéfinition des pratiques soignantes, entre relégation et autonomie

En tentant d'éviter le double écueil du " fonctionnalisme du pire " et d'une vision enchantée des services médicaux en prison comme " laboratoires " de pratiques hospitalières " décloisonnées " et " humanisées ", nous avons centré l'étude de la redéfinition du travail soignant en milieu pénitentiaire sur l'ambivalence : ambivalence des recrutements des personnels, ambivalence de leurs activités et de leurs modes de valorisation, ambivalence des configurations institutionnelles et de la routinisation des dispositifs créés avec la réforme.

L'improvisation des recrutements

Les procédures de recrutement et les motivations professionnelles des personnels informent sur la position initialement très basse des UCSA et des SMPR au sein des hiérarchies hospitalières. Cette position renvoie aux représentations négatives associées au monde carcéral et au moment même de la réforme de 1994, qui s'inscrit dans un contexte de restriction budgétaire pour les hôpitaux, de rationalisation gestionnaire et d'importation de dispositifs managériaux qui se traduisent par une intensification du travail. De manière schématique, les " volontaires pour la prison " ne sont pas très nombreux et parmi eux, l'insatisfaction professionnelle face aux conditions de travail l'emporte sur un intérêt militant pour la santé des détenus. Le " volontariat " est étroitement corrélé à la position occupée dans la hiérarchie des métiers soignants. Plus les personnels occupent une position basse, plus les candidats sont nombreux, plus les postes en milieu pénitentiaire fonctionnent comme l'occasion d'une promotion en quelque sorte horizontale pour des agents bloqués dans leurs trajectoires par les frontières des professions hospitalières. Ainsi, les chefs de service, les spécialistes, les psychiatres et les dentistes sont généralement recrutés à la suite d'incitations, voire de pressions et de " marchandages ". Pour autant, les postes en prison offrent un compromis relativement attractif pour les femmes soignantes investies d'une double carrière, professionnelle et familiale, infirmières usées par les rythmes hospitaliers décalés et médecins généralistes en libéral.

Des investissements professionnels ambivalents

Généralement, l'exercice soignant en milieu pénitentiaire est valorisé à partir de l'exemple des infirmiers et de la " plénitude " retrouvée de leur rôle : polyvalence et variété des soins, place prépondérante de l'écoute et apprentissage du " soigner sans juger ", travail en équipe, autonomie à travers les actions de santé publique et les consultations infirmières, spécificité de la profession en prison. Les UCSA, services pluridisciplinaires de petite dimension où la hiérarchie des professions est réduite, favorisent un " décloisonnement " qui retotalise le travail infirmier et assure des relations moins inégalitaires avec les médecins. Cependant, le " relationnel ", l'écoute et " l'éducatif ", objets de luttes de définition entre détenus, soignants et surveillants, constituent une dimension ambivalente du travail sanitaire en prison. De manière générale, les détenus appartiennent aux fractions les plus démunies des classes populaires, accordent peu de temps à leur santé et saisissent les institutions sanitaires dans l'urgence. En prison, le travail " éducatif " des personnels infirmiers se heurte ainsi à la logique sociale des conduites d'une population dont les conditions d'existence précaires et le rapport instrumentalisé au corps ne prédisposent pas au respect des conseils sanitaires. Les détenus opposent également une résistance spécifique à ces conseils lorsqu'ils entrent en concurrence avec les petites marges de manœuvre négociées pour supporter l'enfermement et la privation.

Mais l'enfermement, l'assujettissement et la solitude affective contribuent à transformer le rapport des détenus aux institutions sanitaires en prison. Les services médicaux sont des espaces " enclavés ", où l'ordre pénitentiaire semble temporairement suspendu. Ils sont investis d'usages " détournés " qui tirent le travail des soignants, et tout particulièrement des infirmières, vers le " relationnel ". La prise en charge globale et " relationnelle " des patients est produite tout à la fois par le fonctionnement même des UCSA (circulation des

informations et des modes de classement des détenus entre soignants, “ éducatrices ”, magistrats, surveillants...) et par les attentes des détenus. Les services médicaux sont souvent perçus comme les seuls lieux “ humains ” au sein des prisons, lieux de réassurance masculine et lieux d’écoute. Confrontées à l’introspection désarmée des détenus confinés, les infirmières reçoivent ainsi “ en première ligne ” les souffrances somatisées et travaillent à “ limiter leur accessibilité ”, puisqu’en l’absence d’aides-soignantes, elles ne peuvent déléguer une part de ce face à face éprouvant. Dans cette impossible délégation, le “ décloisonnement ” des UCSA revêt un nouveau sens. La consultation infirmière, dispositif d’autonomie, protège aussi les médecins.

Les pôles du travail soignant

À partir de cette exposition différenciée au face à face avec les détenus, au sentiment d’instrumentalisation et au découragement, on peut systématiser l’existence de trois pôles au sein des équipes soignantes. Pôles qui incitent à relativiser l’hypothèse d’une appropriation du cadre pénitentiaire par les seuls personnels infirmiers et qui ne correspondent pas à des pratiques figées, définies une fois pour toutes. Un pôle hospitalier “ traditionnel ” regroupe les soignants les plus attachés à l’excellence professionnelle comme excellence technique et traitement de pathologies graves, soignants qui déplorent l’“ inauthenticité ” de la relation thérapeutique ou l’“ inflation de la bobologie ” en prison. Le pôle “ réformateur ” désigne les infirmières qui se caractérisent par leur proximité avec la formation scolaire et le rapport particulier à la profession qu’elle induit. Attachées à leur “ rôle propre ”, aux relations d’aide et à l’écoute “ éducative ”, elles sont à la fois les plus investies et les plus réactives aux empiètements de l’ordre pénitentiaire. Enfin le pôle “ social ”, beaucoup plus hétérogène, rassemble les personnels qui se protègent le plus efficacement d’une lecture de leur rôle en termes d’instrumentalisation : “ transfuges ” des deux premiers pôles, anciennes infirmières pénitentiaires pratiquant une “ écoute maternante ”, personnels occupant une position plus élevée dans la hiérarchie des métiers soignants qui “ font de nécessité vertu ” et s’engagent dans une redéfinition sociale de leurs pratiques, anciens médecins généralistes libéraux qui réactualisent efficacement leurs savoir-faire (acceptation des prescriptions de “ confort ” qui constituent un réconfort pour les détenus privés de leurs repères familiaux, réinterprétation de “ l’instrumentalisation ” comme inhérente à la pratique généraliste, la condition carcérale des patients exacerbant seulement le rôle de “ soupape ” traditionnellement dévolu aux consultations). D’une certaine façon, ces trois pôles au sein des équipes soignantes restituent aux détenus une marge de manœuvre. Dotés d’un sens aigu de l’observation, induit par leur situation, ils repèrent assez vite les offres contrastées de soins et de “ relationnel ”.

Routinisation du dispositif de réforme et configurations institutionnelles

L’exposition différenciée au découragement est enfin déterminée par les conditions de valorisation, au sein des institutions hospitalières, du travail soignant mené en prison. De manière générale, la double illégitimité sociale et morale de la population pénale rejailit sur les personnels et décline leur travail, par un effet d’homologie entre publics et professionnels. Les disciplines les plus représentées en prison — médecine générale et santé publique — sont dévaluées. L’existence des UCSA, isolées géographiquement, est peu palpable. La définition même de leurs missions amplifie les obstacles : impliquant différents services et spécialistes, elles constituent un défi pour l’organisation hospitalière, fondée sur la spécialisation et la juxtaposition des services. Les compétences relationnelles et le temps passé à l’éducation ordinaire pour la santé constituent des pratiques peu quantifiables et donc peu reconnues dans la nomenclature d’évaluation des actes hospitaliers, malgré les consignes incitant au traitement des patients comme “ personnes ” et “ partenaires ” de santé.

Cependant, cette position dévaluée des services médicaux en prison se décline différemment selon les configurations institutionnelles. La confrontation des deux sites étudiés s’avère ici particulièrement féconde, tant les modes de routinisation observés au centre de détention de Caen et à la maison d’arrêt de Bois-d’Arcy sont contrastés. Les personnels hospitaliers du centre de détention de Caen se perçoivent comme isolés, cet isolement tire

l'ambivalence de leur travail vers la relégation et la routinisation du service peut être qualifiée de pénitentiaire (assignation des UCSA à la gestion principale des tensions carcérales et absence de soutien de l'institution hospitalière qui portent au désinvestissement). À l'inverse, le site de Bois-d'Arcy offre un condensé exemplaire de l'ensemble des processus qui contrecarrent la relégation des UCSA : équipe hospitalière importante, pôle infirmier réformateur très présent, stratégies de visibilité et de "bonnes pratiques gestionnaires" du chef de service qui lutte pour la dignité de la pratique soignante en prison, investissement de la direction hospitalière qui rencontre "l'humanisme gestionnaire" de la nouvelle direction pénitentiaire. Par là, on peut distinguer deux modes de lecture et de gestion de la réforme au sein de l'univers pénitentiaire : d'une part une vision "traditionnelle" portant à dénoncer la loi de 1994 et l'évolution carcérale comme risqué d'éclatement de l'institution et menace sur les missions de sécurité (la "balkanisation"), d'autre part une vision entrepreneuriale compatible avec la rhétorique des droits des détenus.

Lectures et légitimation de la pratique soignante en prison

Les stratégies de valorisation des UCSA renvoient à trois lectures possibles de la pratique soignante en prison, trois lectures qui circulent et s'affrontent au sein des institutions impliquées dans la prise en charge sanitaire de la population pénale : une lecture "humanitaire" fondée sur le pragmatisme et le dévouement, à la mesure de la situation sanitaire et matérielle très dégradée de la population pénale. Une lecture "hospitalière" stigmatisée pour sa "rigidité", qui contribue cependant au maintien de la vigilance sanitaire et tire les UCSA vers le haut, en évitant un glissement vers l'humanitaire "économique". Enfin une lecture "militante", absente des équipes étudiées, qui est plutôt portée par d'anciens médecins pénitentiaires, comme Véronique Vasseur. Lassés par le "dévouement humanitaire" dont ils ont fait preuve avant la réforme de 1994, ces médecins, souvent des femmes, mettent en cause l'inaction de l'administration pénitentiaire et posent indirectement une question recouverte par les contraintes et les routines du travail en prison : quelle prise les personnels ont-ils sur les conditions de production de la souffrance des détenus dont ils traitent la somatisation ?

Depuis la réforme, des instances de représentation ont été créées, comme l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) et le Syndicat des médecins exerçant en prison (SMEP). Les congrès de l'APSEP permettent aux personnels de se rencontrer, de se compter et de se réassurer. Ils instaurent un système de gratifications, avec la circulation et la comparaison des expériences, la généralisation des innovations... bref la construction de références et de modèles communs qui organisent des pratiques dispersées et différenciées. Ces lieux d'autonomisation et de concurrence pour la définition de l'organisation la plus légitime des soins en prison sont des outils dans la lutte contre la routinisation pénitentiaire et "l'oubli" hospitalier. Ils permettent la valorisation des innovations institutionnelles et de la définition large de la prise en charge sanitaire des détenus qu'implique l'adaptation au cadre pénitentiaire, à l'inverse de la définition "étroite" de la médecine hospitalière, divisée en spécialités et atomisant la gestion des patients, "corps allongés".

Troisième partie

Usages pluriels des services médicaux

Afin de restituer au plus près les logiques sociales et carcérales des usages, par les détenus, des prestations sanitaires, nous avons reconstitué quelques trajectoires à partir des entretiens réalisés avec les personnes incarcérées. Ces trajectoires articulent l'usage des services médicaux et la place occupée dans l'espace des positions carcérales. Elles indiquent les modes de retraduction, par les prisonniers, d'une offre soignante — incarnée par des femmes — qui constitue des opportunités de relations sociales, morales et affectives au sein d'univers pénitentiaires masculins fondés sur la privation.

Chapitre 1

Les formes de non-usage des services médicaux

De manière schématique, cinq formes de non-usage peuvent être distinguées :

- le non-recours de nombreux jeunes détenus,
- l’auto-exclusion revendiquée des prisonniers qui dénoncent la contamination pénitentiaire du regard soignant porté sur eux ou l’instrumentalisation des soins psychologiques échangeables contre des aménagements de peine,
- le repli des détenus dont l’état de santé physique et/ou psychologique appelle des soins, qui s’enferment dans une “ rétraction clandestine ” et dont le sort est découvert à l’occasion de leur suicide ou de leur décès,
- l’auto-exclusion des “ caïds ”, dont l’adaptation au monde pénitentiaire repose sur la construction d’une survirilité carcérale et le “ refus ” de l’offre institutionnelle, refus des prestations sanitaires (sauf si elles sont reconverties en occasions de réassurance masculine et de “ drague ” contrôlée) qui s’impose, dans certaines prisons, aux autres détenus n’osant pas afficher une proximité avec les services médicaux,
- le non-usage ou l’usage très occasionnel des détenus qui s’estiment en bonne santé et trouvent leur salut par exemple dans le travail, construisent une détention “ discrète ” dans un univers perçu comme dominé par les “ jalousies ” entre détenus, évitent toute complicité avec les personnels soignants et réactivent en prison une “ morale de nécessité ” qui accompagne leur existence précaire.

Chapitre 2

Les jeunes détenus, entre évitement et recours

Non-usagers par excellence, les jeunes détenus évitent tout particulièrement les SMPR. La vigilance médicale, les injonctions sanitaires ou pédagogiques peuvent être tournées en dérision, parce qu’elles rabaissent au statut d’enfants ou d’élèves des jeunes qui luttent pour imposer leur virilité naissante. Cependant, certains s’approprient l’offre soignante parce qu’ils ont pu nouer une relation plus personnalisée avec une infirmière, à travers un atelier de santé publique. Les actions de santé publique organisées par les UCSA permettent l’ajustement entre deux définitions des prestations soignantes, celle des détenus et celle des professionnels. Les premiers peuvent identifier des repères ou des soutiens parmi les personnels soignants, acquièrent une connaissance plus indirecte mais souvent plus efficace des mécanismes de fonctionnement des services médicaux. Ils apprennent à “ rationaliser ” leurs usages des prestations soignantes (usage plus “ modéré ” ou usage plus régulier, comme pour les jeunes détenus), qui rencontrent ainsi le sens que les personnels de santé tentent de donner à leur action en prison.

D’autres détenus, plusieurs fois incarcérés, tentent de “ faufiler ” leur jeunesse dans les interstices de l’ordre pénitentiaire. C’est le cas d’un jeune homme de 20 ans, qui multiplie les stratégies pour déjouer les règles d’accès à l’UCSA et étirer le temps de ses visites auprès des femmes soignantes. Représentatif de certaines pratiques des jeunes des fractions les plus démunies des classes populaires, il met en danger son corps (accidents de la route, consommation d’alcool) et s’investit, en prison, dans une pratique sportive qui désespère moniteurs sportifs, kinésithérapeutes, médecins et infirmières (“ refus systématique de s’échauffer ”, “ défi permanent par rapport aux autres ”, “ goût de la plastique ” et de la “ musculation à outrance ”... système de pratiques éloignées d’une définition plus légitime du sport, de fait plus respectueuse du corps). La violence faite au corps permet d’éprouver un sentiment de maîtrise de soi. Mais ce jeune détenu, usé par la prison, restitue également la violence “ instrumentalisée ” qui régit les relations entre hommes incarcérés. Doté d’une conscience aiguë de son exposition au risque de suicide, il tente de trouver un réconfort auprès des personnels soignants et s’en remet à un infirmier psychiatrique, qui constitue un repère important dans son existence.

Chapitre 3

Les “ anciens ”, entre soupçon et adhésion

Les “ anciens ”, condamnés à de longues peines, oscillent entre le soupçon et l’adhésion dans leur perception de la nouvelle offre soignante. Le soupçon s’accompagne souvent d’un récit nostalgique des relations passées avec l’infirmier et ses personnels, sur le registre de la plainte. Déstabilisés par la rationalisation hospitalière du service médical, certains “ anciens ” redoutent de perdre un accès stabilisé aux soins avec la sélection des demandes, l’écoute “ éducative ” des infirmières réformatrices, la limitation de la médication de “ confort ”, l’anonymat et l’interchangeabilité des postes. À l’inverse, d’autres estiment que “ l’ancien système ” sanitaire laissait “ pourrir ” les détenus, s’appuyant sur l’exemple de leur corps affaibli et précocement vieilli par une longue détention. Pour ceux qui investissent une position réformatrice au sein de l’univers carcéral, les UCSA offrent des soutiens dans le combat pour l’humanisation du traitement des détenus : accès à la “ dignité ” avec l’accès aux technologies médicales les plus performantes et aux actions de santé publique qui rehaussent les détenus en leur proposant une gestion plus informée et plus autonome de leurs pathologies.

Chapitre 4

La trahison du corps malade

Fondant leur résistance à l’ordre pénitentiaire sur la mobilisation des ressources du corps, certains détenus sont contraints de réviser leur évitement des services médicaux. Passant d’un non-usage à un usage régulier, imposé par le suivi d’une maladie grave, ils supportent difficilement l’exposition de leur virilité diminuée et l’intimité des femmes soignantes avec la “ trahison ” de leur corps et l’incertitude de leur avenir. C’est le cas d’un homme atteint d’une hépatite C, qui se définit comme ancien toxicomane, auto-définition partiellement contestée par les infirmières qui le définissent comme un consommateur intermittent. Son exemple permet d’analyser les luttes ordinaires entre soignants et patients toxicomanes pour l’accès aux médicaments, les modes de classement de détenus jugés “ manipulateurs ” qui revendiquent les compétences médicales profanes acquises au cours de leur trajectoire de toxicomane et de leur expérience en prison. Ici, la violence du propos envers les soignants renvoie à la violence du destin social et à l’éventualité indicible d’une mort en prison.

Chapitre 5

L’investissement du statut de malade

À l’opposé, la maladie peut contribuer à la mise à distance de la condition carcérale. Elle peut en effet autoriser une reconquête de la dignité qui atténue l’épreuve de l’incarcération. L’investissement du statut de malade, comme à l’extérieur, fonctionne alors comme un recours identitaire permettant d’échapper à la réalité présente (la prison), mais aussi à la réalité passée (les actes). L’exemple d’une personne dialysée et atteinte de graves problèmes cardiaques, qui ne vit plus qu’à travers ses maux, montre que l’invalidité peut devenir la seule forme de reconnaissance et que la maladie peut fonctionner comme refoulement du délit. Il montre aussi, à travers un cas concret d’instrumentalisation du SMPR, l’imbrication des perspectives des psychiatres et des juges de l’application des peines.

Chapitre 6

L’adhésion au contrat sanitaire

L’exemple de la trajectoire exceptionnelle d’un détenu qui s’est engagé dans une cure analytique en prison permet enfin de saisir certains des ressorts d’une adhésion au contrat sanitaire par une participation contrôlée à l’offre institutionnelle et d’un investissement dans une position presque “ militante ” au sein de l’espace carcéral. Cette personne s’inscrit dans la figure de la “ bonne volonté sanitaire ”, bonne volonté des détenus qui ont incorporé les exigences de la “ responsabilisation ” et du souci de soi, réformant leur rapport au corps et leur vision du monde.

Les trajectoires restituées montrent que les “ stratégies ” d’adaptation au monde carcéral sont avant tout des stratégies relationnelles de préservation ou de reconstruction d’une

dignité, qui peuvent passer par la mobilisation des personnels soignants. On peut résumer le recours des détenus aux prestations sanitaires en distinguant le non-usage, l'usage contraint des hommes malades "trahis" par leur corps, les usages "utilitaires" (médicaments à usage de "défoncé" ou réinjectés dans les trafics, entretiens psychologiques attestant de la contrition nécessaire à l'obtention d'aménagements de peine, mise en danger du corps dans la résistance à l'ordre judiciaire et pénitentiaire) et les usages de réconfort, les services médicaux étant des lieux de réassurance masculine et d'écoute ou des lieux octroyant une nouvelle identité, statut principal de malade qui met à distance la condition carcérale et le délit ou statut de "partenaire" dans la "bonne volonté sanitaire". Cependant, l'opposition entre usages "utilitaires" et usages de "réconfort" occulte la dimension propre du temps, les rythmes des trajectoires pénales et carcérales qui transforment le sens d'une même prestation et l'intrication des registres dans une même demande de soins. La relation avec les professionnels des SMPR est exemplaire de cette imbrication. En prison, les SMPR sont des lieux où se négocie le destin judiciaire des détenus. Dans cette relation plus ou moins imposée, se greffe un usage "conversationnel" ambivalent, sans qu'il soit possible de séparer nettement la fonction exutoire des entretiens, la mise en scène du regret et le travail d'introspection sur le délit commis et la trajectoire individuelle.

Conclusion

Cette recherche, parce qu'elle porte sur l'introduction de nouveaux acteurs dans la gestion de la population pénale, ménage un regard décentré sur l'univers hospitalier et sur l'univers pénitentiaire. Les contradictions dans lesquelles sont placés les nouveaux personnels soignants, dont les missions en prison restent méconnues, soulignent le processus de rationalisation gestionnaire des prestations hospitalières qui s'accompagne d'un écart croissant entre une rhétorique personnaliste d'humanisation du traitement des malades et un resserrement des contraintes professionnelles, la charge de travail étant évaluée en termes de performance technique plus que "relationnelle". Pour autant, le travail de légitimation de la pratique soignante en prison, qui appelle une nouvelle enquête, ouvre l'avenir. La recherche offre également un point de vue décalé sur le monde pénitentiaire et les contradictions de son humanisation relative. La réforme des soins fragilise les frontières déjà floues du métier de surveillance, tout en requalifiant potentiellement le travail d'observation et de signalement des surveillants. Elle assigne de fait les nouveaux personnels hospitaliers à un rôle de pacification des tensions, les services médicaux fonctionnant comme des "coulisses" de la violence carcérale. Si les personnels des UCSA et des SMPR, et tout particulièrement les infirmiers, peuvent se sentir instrumentalisés dans cet univers de privation, c'est parce qu'ils délivrent des "biens de salut" et sont placés en position de proximité maximale avec le corps et la souffrance des détenus. C'est aussi parce que la prison tend à être assignée au rôle de "dernier lieu de soins".

SOMMAIRE

Liste des sigles utilisés

Introduction

Première partie: Le détenu: un patient?

Chapitre 1: Des conditions d'accès aux soins dérogatoires

Chapitre 2: Une relation de soins traversée par le soupçon

L'impatience des détenus

Deuxième partie: L'hôpital incarcéré: l'ajustement des pratiques professionnelles

Chapitre 1: «L'intrusion» de la rationalisation hospitalière

Chapitre 2: Identités et éthiques professionnelles à l'épreuve des ajustements

Chapitre 3: La redéfinition des pratiques soignantes, entre relégation et autonomie

Troisième partie: usages et non-usages des services médicaux

Chapitre 1: Les formes de non-usage des services médicaux

Chapitre 2: Les «anciens», entre supçon et adhésion

Chapitre 3: Les jeunes détenus, entre évitement et recours

Chapitre 4: La trahison du corps malade

Chapitre 5: L'investissement du statut du malade

Chapitre 6: l'adhésion au contrat sanitaire

Des usagers pluriels

Conclusion générale

Les services médicaux, «coulisses» de la violence carcérale

Bibliographie générale

Table des matières

Table des encadrés