

Soigner ?

« *Il n'y a pas d'homme condamné.*¹ »
Maurice Bellet

La loi du 18 janvier 1994², relative aux soins en milieu pénitentiaire et à la protection sociale des détenus a désormais douze ans. Cette loi, en créant les UCSA³, était pleine de bonne volonté, puisque son objectif affiché était « *d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population* »⁴. Les moyens pour ce faire étaient doubles : d'une part transférer la responsabilité des soins du Ministère de la Justice à celui de la Santé ; d'autre part, assurer la protection sociale des détenus en les inscrivant systématiquement à la Sécurité Sociale. Douze ans après, si beaucoup de choses ont changé (et tant mieux), nous sommes loin du compte. Je ne ferai pas là l'inventaire des efforts qu'il faudrait poursuivre ou relancer pour que ce vœu d'une égalité de soin dedans et dehors ne soit pas pieux, d'autres l'ont fait, mieux que moi⁵.

1. Maurice BELLET, *La traversée de l'en-bas*, Bayard, 2005, p. 65.

2. Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et la protection sociale, et décret n°94-929 du 27 octobre 1994.

3. Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (il s'agit ici des soins somatiques, les soins psychiatriques dépendant d'un SMPR : Service Médico-Psychologique Régional).

4. Circulaire d'application de la loi 45 DH /DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994.

5. Lire en particulier la récente (et sans appel) *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues*, de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, adoptée le 19-01-2006 et consultable sur le site :

<http://www.commission-droits-homme.fr/binTravaux/AffichageAvis.cfm?IDAVIS=771&iClasse=1>

SOIGNER ?

En revanche, j'aimerais partager quelques questions autour du soin, questions suscitées par ma pratique dans ce milieu très particulier. Le propos oscille autour de deux questions : Comment soigner en prison ? Est-il possible de soigner en prison ? Questions complexes, on l'aura compris. Je me situerai dans le cadre que je connais, les soins somatiques dans une maison d'arrêt de 350 femmes, en région parisienne.

I

L'épreuve carcérale comme « épreuve totale ».

Face à la difficulté de la vie en détention, nombreuses sont les personnes qui viennent nous voir pour les aider à supporter ce qui leur arrive. Les plus typiques sont les demandes de somnifères « pour que le temps passe plus vite », ou encore « pour que la peine soit plus courte ». Par ailleurs, les cheveux tombent, la peau s'irrite plus facilement, le sommeil tarde à venir et les nerfs sont « à fleur de peau ». Nous rangeons facilement tout cela sous la rubrique fourre-tout du « psychosomatique », mais de plus en plus je pense que c'est un raccourci impropre.

L'épreuve que ces femmes traversent n'est pas seulement psychosomatique. C'est une épreuve de leur être en son entier : épreuve de la volonté qui veut mais qui ne peut pas ; épreuve du corps contraint ; épreuve de la faute commise, de la peine imposée aux siens (très douloureuse chez les femmes qui savent bien qu'elles manquent à leurs enfants et qu'ils leur manquent) ; épreuve du regard d'autrui, de l'étrangeté éprouvée en soi ; épreuve de l'effondrement ; épreuve de l'isolement ; épreuve de la perte d'une place, ou de l'absence de place sociale ; épreuve de l'injustice parfois, de l'incompréhension souvent ; épreuve de l'humiliation ; épreuve du temps qui dure et du corps vieillissant ; épreuve du temps perdu et de l'irrévocable ; épreuve de l'attente infinie ; épreuve de l'oubli et peur de la mort. C'est tout cela et bien d'autres choses encore que nous résumons trop rapidement dans les catégories psychosomatiques.

On se souvient de la description magistrale des univers de réclusion que Ervin Goffman proposait en 1968 dans *Asiles*. Il y faisait la description de divers mondes clôt, allant de la prison au couvent, en passant par

le navire, la caserne et l'hôpital psychiatrique. Il définissait ces univers comme « institutions totales »⁶. En écoutant ceux qui connaissent la prison depuis longtemps, on mesure l'ouverture : arrivée de l'éducation nationale, arrivée des soignants de l'hôpital avec les UCSA, multiplicité des intervenants extérieurs...

Pour autant, il me semble que l'épreuve de l'incarcération demeure une *épreuve totale*, en ce sens qu'elle est radicalement une *épreuve de condamnation*. Même ce qui, dans le droit, relève de l'incapacité psychiatrique (article L 122.1 du Code Pénal⁷), est désormais souvent devenu, dans les faits, une responsabilité : « Tu es coupable car tu ne t'es pas soigné », et « je te punis pour que tu te soignes. »⁸

La pente est glissante. Si je suis coupable d'être malade « psychique », peut-être le suis-je aussi d'être malade « somatique » ? L'usager de drogue devient coupable de son hépatite C, le fumeur de son cancer, le gourmand de son diabète... La maladie serait le verdict, la condamnation de la faute. Pourtant, le rapport de cause à effet dans une pathologie peut-il être si facilement transposé en termes de responsabilité ? Prévenir est une chose (l'abus d'alcool est dangereux pour la santé, c'est vrai, et il faut le dire !) ; accuser en est une autre... Dans le soin, l'accusation n'a aucune efficacité, elle serait même plutôt porteuse de méfiance, là où ce qui permet le soin est confiance.

Curieusement, on retrouve le vocabulaire de la prévention et de la condamnation dans la façon de désigner la population pénale : et curieusement les prévenus et les condamnés sont ensemble dans les

6. « On peut définir une institution totale comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. » Ervin GOFFMA, *Asiles*, (*Asylums*, traduit par Liliane et Claude Lainé), *études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, éditions de Minuit, 1968.

7. « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. » Art. L 122.1 du *Code Pénal*.

8. Cf. l'article de Christian SUEUR, lors du Colloque *Les grands écarts de la psychiatrie*, « Enfermer ou soigner, accueillir ou exclure, Dedans, dehors, secteur, réseau ? », Laragne, les 7 et 8 mars 2002, disponible sur http://www.prison.eu.org/article.php3?id_article=3052

SOIGNER ?

mêmes lieux, avec *grosso modo* le même « régime » pénitentiaire. Ce serait donc que les prévenus seraient des condamnés en puissance, bien d'avantage que des innocents en puissance ? Il se pourrait donc bien que la prison soit épreuve de condamnation, même pour eux, les prévenus ?

II

Est-il possible de soigner en prison ?

* *Oui*

Pardonnez-moi de faire une réponse de normand(e). Bien sûr il est possible de soigner en prison. Oui, ceux avec qui je travaille, et particulièrement les infirmières et les préparateurs en pharmacie, font au mieux leur métier. Oui, il y a des personnes qui sont mieux soignées en prison que dehors, parce que leur vie à l'extérieur est un tel enfer que la parenthèse carcérale, avec son rythme régulier et ses contraintes, permet une certaine « observance »⁹. Oui, il m'arrive de dire à des femmes qu'elles devraient « profiter » de l'incarcération, afin que ce temps ne soit pas vain, pour entreprendre un traitement pour l'hépatite C, traitement de 6 ou 12 mois qu'elles ne feront pas dehors, car il est contraignant. Et il en est qui guérissent. Et nous sommes alors fiers d'avoir, un peu, servi à quelque chose.

Oui, certains des usagers de drogue profitent de ce temps pour se reposer, dormir et se nourrir, ne pas courir partout chercher le produit et l'argent pour l'acheter. Oui, certaines retrouvent un état dentaire « supportable » faute d'être parfait, parce que les soins dentaires sont trop chers dehors ; or la population pénale est pauvre, largement pauvre et c'est sans doute sa caractéristique la plus flagrante¹⁰.

9. Encore un mot qui mériterait d'être creusé : « de la facilité d'être observant quand on est observé... ».

10. Lire à ce sujet Loïc WACQUANT, *Les prisons de la misère*, Raisons d'agir éditions, Paris, 1999 et aussi : Anne-Marie MARCHETTI, *Pauvretés en prison*, éd. Erès, 1997, ainsi qu'un article issu du Colloque « Prison et accès au droit », du 19 janvier 2004, accessible sur le site : <http://www.sante-prison.org/2006.htmls>

Et l'urgence des pauvres n'est pas d'abord le soin du corps ou de l'esprit, mais de trouver un abri, un pays, un travail... Évidences tellement évidentes qu'on les oublie, parfois.

*** Non**

Et pourtant, fondamentalement, je crois que c'est « non » qu'il faudrait répondre à cette question. Car c'est une question dangereuse. S'il est possible de soigner en prison, alors, nous pouvons y mettre des gens très malades, ou très vieux, ou très fous. Ils seront soignés.

Ce « non » pourrait se décliner selon quatre directions :

Comment soigner dans la contrainte ?

La prison est lieu de contrainte. Non que l'administration pénitentiaire soit inhumaine : elle applique les consignes qu'on lui donne. Mais nos logiques sont incompatibles : pour les uns, le détenu est malade, mais c'est un détenu ; pour les autres le malade est détenu, mais c'est un malade. Cela rend le système extrêmement fragile et dépendant de la qualité des personnes impliquées : par la discussion, la négociation, pour peu qu'on travaille avec un directeur intelligent (c'est mon cas), il est possible d'assouplir en expliquant, telle ou telle consigne abrupte. Mais malgré tout, la contrainte le plus souvent est un obstacle aux soins. Quelques exemples :

- Si quelqu'un doit aller à l'hôpital, il y va avec une escorte policière et des menottes attachées dans le dos. Une circulaire relativement récente précise que s'il n'est pas possible de mettre les menottes dans le dos, on mettra des chaînes aux pieds¹¹. On comprend que certains patients préfèrent refuser une consultation dans ces conditions.

11. Dans le but de prévenir les évasions, l'Administration Pénitentiaire a décidé, par une circulaire du 18 novembre 2004, que le directeur de l'établissement pénitentiaire pourrait imposer, non seulement le maintien des menottes et des entraves, mais aussi la présence des surveillants pendant l'examen et l'entretien médical. Seules les femmes qui accouchent échappent à ces mesures.

SOIGNER ?

Si quelqu'un est gravement malade, nous pouvons alerter le juge, qui demandera une expertise¹². Mais à quelle question l'expert va-t-il répondre ? Plusieurs de mes patientes ont des facteurs de risque cardiaques très importants. Mais elles marchent, mangent, vivent normalement. Si elles font un malaise nocturne, seule la première surveillante a la clé la nuit. Elle peut mettre du temps pour être prévenue et arriver. Alors si le juge pose comme question à l'expert : « L'état de madame X est-il compatible avec la détention ? », souvent l'expert répond que « oui ». Mais s'il demande : « Madame X peut-elle faire un malaise qui entraîne la mort faute de pouvoir appeler et d'être secourue dans les plus brefs délais ? », l'expert peut aussi répondre « oui ». On comprendra que la question posée peut induire une réponse différente et donc une décision différente.

La conséquence de nos logiques incompatibles est la dérive réglementaire qui nous conduit à établir des procédures internes pour régler un problème (le plus souvent en impliquant le plus grand nombre de personnes afin de diluer le plus possible la responsabilité). Dérive vers une éthique procédurale, ici comme ailleurs, qui supplée à un accord trop difficile.

Un exemple le fera comprendre : devant la crainte des suicides, l'administration pénitentiaire est amenée à mettre en « surveillance spéciale » certaines personnes. Il s'agit de passer la nuit, toutes les heures

12. Là encore, deux cas de figures : si la personne n'est pas jugée, c'est le juge d'instruction qu'il faut contacter. Il peut demander une expertise. Si la personne est jugée, on entre dans le cadre de l'article 720.1.1 du *Code de Procédure Pénale* : « 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... ». Au 1^{er} décembre 2005, on compte 461 demandes de suspension de peine déposées depuis la promulgation de l'importante loi de 2002 (loi Kouchner n°2002.303 article 10, votée le 4 mars 2002, et appliquée par décret (n°2002.619) le 26 avril 2002, cf. CPP, art. 720-1-1 cité ci-dessus) dont 191 ont abouti. Il faut d'autre part noter que la loi Perben II (Article 192 de la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004, *JO* du 10 mars 2004 p. 4567), entrée en application en janvier 2005, supprime l'exigence d'une nouvelle expertise médicale avant toute révocation de suspension de peine et rend désormais possible cette révocation pour le non-respect d'obligations telles que le paiement des dommages et intérêts.

ou toutes les deux heures, pour vérifier que tout se passe bien. Selon les surveillant(e)s, ce passage est discret (coup d'œil dans l'œilleton) ou plus invasif (lumière et réveil). On en arrive à ce paradoxe que des personnes déprimées, qui dorment mal, sont en quelque sorte réveillées pour vérifier qu'elles dormaient bien. Le seul consensus qui permet, dans l'établissement où je suis, d'éviter l'inflation du nombre de surveillances spéciales, est une réunion plusieurs fois dans le mois où sont présents un gradé, un éducateur du service d'insertion et de probation, le psychiatre et le généraliste, et où l'on décide ensemble qui enlever de la liste. Laquelle nouvelle liste est signée des personnes présentes. Nous avons hésité à participer à ces réunions. Mais si nous n'y allons pas, nombre de personnes continueront d'être réveillées.

Sommes-nous des auxiliaires de justice ?

La question en filigrane derrière cela est la place des soins en prison. Pour dire les choses brutalement, sommes-nous des auxiliaires de justice ?

- Il ne se passe pas une journée sans demande d'un certificat médical. Certificat demandé par le détenu (ou son avocat) pour assurer qu'il est bien suivi sur le plan médical. Certificat demandé par la détention pour décrire les coups et blessures dans les rixes. Or, en toute rigueur, il faudrait que ce soit un médecin expert qui rédige de tels papiers.

- Bien souvent, on nous demande si l'état de santé de monsieur Untel est compatible avec le quartier disciplinaire. Or, si nous répondons à la question telle qu'elle est posée, nous portons d'une façon ou d'une autre un jugement sur la sanction. Il faut donc biaiser : si la personne au quartier disciplinaire à la jambe dans le plâtre (ça arrive), il faut faire un papier explicitant que « l'état de santé de monsieur Untel contre-indique l'usage de WC à la turque ». Mais, cette gymnastique, qui la fait tout le temps ? Certains ne sont-ils pas tentés de baisser la vigilance, et le week-end, en garde, après le 3^e appel pour aller au quartier disciplinaire, de faire ce fameux papier de compatibilité ? Quand il s'agit d'évaluer le risque suicidaire, on voit bien vite que ces certificats sont extrêmement compliqués !

SOIGNER ?

On pourrait multiplier de tels exemples où le pouvoir médical et le pouvoir judiciaire sont mêlés. Le médecin certifie et le juge ordonne des soins... Mais franchement, est-ce là notre travail de soignants ? Nous ne pouvons pas, et ne voulons pas être à la fois experts, auxiliaires de justice, et soignants, délibérément du côté du patient. Si le soin devient un enjeu pour raccourcir la peine, ne sommes-nous pas complètement instrumentalisés ? Cette pression est encore plus importante du côté de la psychiatrie. Et certains jours, nous avons un peu l'impression d'être le parapluie qui protège « le mystère de la responsabilité disparue ».

Est-il possible d'être autonome quand on est privé de liberté ?

Autre problème, et non des moindres : la grande absence du pouvoir éducatif¹³. Les éducateurs sont devenus des « Conseillers d'Insertion et de Probation ». Ils aident à monter le dossier pour le juge, afin d'organiser l'aménagement de la peine. Ils sont donc désormais du côté du pouvoir judiciaire : mais est-ce encore une tâche éducative ? Il serait intéressant d'entendre leur avis sur la question !

Du côté des soins, cette question de l'éducation est complexe. Une « éducation à la santé » serait certes souhaitable, mais foncièrement, est-il possible d'être autonome et responsable quand on est privé de liberté ? Comment prescrire une substitution aux usagers de drogue ? Ignorer le trafic que ces produits permettent en promenade, ou contrôler, au risque de ne plus faire confiance ? Débat complexe et sans réponse toute faite !

Pourquoi faudrait-il que la réponse à la souffrance existentielle soit médicale ?

Enfin, dernière remarque, s'il est vrai que la prison est lieu d'épreuve « totale », les soignants sont souvent le recours invoqué devant toute souffrance existentielle. Or, il n'est pas sûr que nous soyons plus

13. Il reste certes l'Éducation Nationale, mais combien ont accès aux cours ?

capables que d'autres d'aider à porter la faute, le deuil, l'ennui. Ni que les médicaments y fassent grand chose. Car il n'est pas sûr que souffrir de l'isolement, de l'ennui et de la condamnation soit pathologique en prison. Il se pourrait même que ce soit plutôt inévitable... Et c'est du côté du parloir, des visiteurs et du courrier que viendra un vrai soutien.

III

Alors, comment soigner en prison ?

Car les gens sont là. Et la question de tous les jours, c'est bien « comment faire ? ». Les quelques pistes dégagées, très simplement, disent plus que le soin en prison. Mais peut-être justement, le soin en prison met-il à nu ce que serait l'élémentaire du soin.

Ne pas nuire.

Le degré zéro du soin, cyniquement, serait une sorte de devoir de maintenance. Ne pas nuire. Si déjà nous y arrivions, ce ne serait pas si mal. Cela veut dire tout simplement : être présents, compétents, pas moins qu'ailleurs, et suffisamment nombreux (ce qui n'est pas le cas¹⁴).

Ne pas abandonner

Il est, à mon sens, un autre niveau : le devoir de non-abandon, selon cette magnifique formule d'Emmanuel Lévinas : « Ne pas abandonner l'autre à son propre sort, à sa mort, vocation médicale de l'homme. »¹⁵ Concrètement, ce devoir de non-abandon prend forme tout particulièrement dans la consultation à travers l'examen clinique. La prison oblige les personnes incarcérées à se dénuder souvent, devant les surveillants, (qui, je crois, s'en passeraient) pour chaque retour

14. Cf. le rapport de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, cité plus haut.

15. Cité en exergue dans Emmanuel HIRSCH, *Médecine et éthique, le devoir d'humanité*, Cerf, 1990.

SOIGNER ?

« d'extraction », qu'elle soit judiciaire ou médicale. C'est ce qu'on appelle les fouilles intégrales. Et quand les surveillants doivent toucher les détenus, ils mettent souvent des gants, dans un but d'hygiène, mais cela renforce l'étrangeté des détenus par rapport à eux.

Or, l'examen clinique est justement à mains nues. Alors que la fouille intégrale est un examen du regard, l'examen clinique est un toucher. Ce toucher devrait presque être un non-voir, une ignorance, une intelligence de la main, qui ne cherche pas de coupable, n'est pas invasive, mais peut-être réintègre dans une relation différente, toi et moi, ensemble pour aller mieux. A l'extrême, ce toucher serait de la famille de la caresse.

Ne pas juger ; se fier.

Ce devoir de non-abandon passe par la sortie du couple innocent / coupable. En travaillant en prison du côté des soignants, le danger serait de se poser comme doublement innocents : ni du côté des coupables, ni du côté du maintien de l'ordre. Cette double « innocence » peut entraîner un immense pouvoir, sûr de lui-même, qui peut aussi être perçu comme une violence, d'autant plus redoutable qu'elle est bien pensante.

Mon expérience est que, si séparation il y a, elle passe ailleurs, non entre des « innocents » et des « coupables » mais entre la parole creuse et celle qui ne bavarde pas, entre la parole de surface et celle qui vient de loin ; quelque chose comme la vérité, quand elle se fait. Le secret médical, alors, c'est aussi un secret à s'appliquer à soi-même : un « ne pas savoir ». Ne pas savoir le motif d'incarcération. Ne pas le demander. Préserver un espace de confiance. Se fier à la parole d'autrui, délibérément, même quand la raison doute un brin, et être à la hauteur de cette confiance que l'on nous fait.

Alors, pourquoi travailler en prison ? On se souvient que la théologie de la libération avait conceptualisé son action autour de « l'option préférentielle pour les pauvres. » Il me semble que c'est de cela qu'il s'agit. Je préfère travailler là parce que j'aime ces femmes et leur paradoxale authenticité ! Surtout, je crois nécessaire de faire plus particulièrement attention à ceux que l'on oublie, dans un but politique : si des personnes

Anne LÉCU

peuvent percevoir que leur vie n'est pas résumée par leur condamnation, peut-être ont-elles quelque chance de « revivre » après la peine. Mais, encore faudrait-il que notre société et le pouvoir politique qu'elle s'est choisie, croient cela et fassent en sorte que ce soit crédible !

« Il n'y a pas d'homme condamné. »

Anne LÉCU

Anne LÉCU est dominicaine (Sœurs de Charité, Dominicaines de la Présentation). Depuis 1997, elle travaille comme médecin généraliste dans une maison d'arrêt de la région parisienne. Elle est l'auteur, avec Bertrand LÉBOUCHÉ (lui aussi médecin et dominicain), du livre Où es-tu quand j'ai mal ? (Cerf, 2005).