

Juin 2023

RAPPORT N°18.32



Institut des Études  
et de la Recherche  
sur le Droit et la Justice

# Le cancer en prison (CaPri)

*Vécu et prise en charge de la maladie en  
Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale*

Sous la direction de

**Philippe COMBESSIE**



**MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

 **Université  
Paris Nanterre**

**Soφapol**  
SOPHIAPOL, EA 3932  
Laboratoire de sociologie, philosophie  
et anthropologie politiques

**SR**

**SYNTHÈSE DE  
RECHERCHE**



## Sous la direction de

**Philippe COMBESSIE**

Sociologue, professeur à l'Université Paris Nanterre.

## Contributeurs et participants à la recherche :

**Yvain AUGER**

Médecin, responsable d'UHSI, AP-HP, Sorbonne Université

**Clara BRONES,**

Interne en médecine, AP-HP, UVSQ

**Gilles CHATELIER,**

Médecin, AP-HP, CHI de Créteil

**Aurélien DJAKOUANE,**

Sociologue, maître de conférences à l'Université Paris Nanterre

**Seydou GORO,**

Biostatisticien, CHI Créteil

**Frédéric GRIMOPONT,**

Médecin, responsable d'UHSI, CHU de Lille

**Myriam JOËL,**

Sociologue, chercheuse à l'Université Paris Nanterre

**Emmanuelle KEMPE,**

Médecin, chef de clinique assistante, CHU Henri Mondor, UPEC

**Andrea LAZZATI**

Médecin, chef de service, AP-HP, CHI Créteil

**Vincent RUBIO**

Sociologue, chercheur à l'Université Paris Nanterre



## 1. Objectifs de la recherche

Les résultats de cette recherche participent à documenter le vécu et la prise en charge du cancer en prison, donc à offrir des pistes pour discuter des politiques sanitaires en milieu carcéral. S'intéresser au vécu et à la prise en charge du cancer en prison se justifie pour plusieurs raisons. En France, l'augmentation de la population carcérale, son vieillissement, sa précarité socio-sanitaire, l'environnement à risque que constitue la détention, tout comme les difficultés liées au fonctionnement de l'institution carcérale, notamment de la coordination des soins, soulignent la pertinence d'une recherche qui s'intéresse au cancer dont peuvent souffrir certains justiciables incarcérés.

Trois objectifs ont été poursuivis : 1/ éclairer ce que la question du cancer en prison révèle en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé ; 2/ renseigner les modalités pratiques de coordination des soins et d'hospitalisation des détenus atteints de cancer (diagnostic, orientation, traitements, accès aux soins, suivi) ; 3/ documenter qualitativement le vécu de la maladie chez les patients incarcérés et le vécu de l'accompagnement effectué par les professionnels.

## 2. Périmètre et méthode

Les enquêtes qui appuient cette recherche se sont déroulées, pour ce qui est de la partie qualitative, au sein de deux des huit Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) que connaît le territoire national. Ces unités prennent en charge les hospitalisations de plus de 48 heures des personnes détenues au sein d'un établissement public de santé français. Elles représentent des lieux centraux pour le soin et le suivi des personnes incarcérées atteintes de cancer. Les données qualitatives produites (observations ethnographiques et entretiens) sont mises en perspective avec des données quantitatives. Compte tenu de la crise sanitaire relative à la pandémie de Covid-19, le volet quantitatif – qui devait initialement intégrer une inclusion systématique des patients par questionnaire – se limite à une analyse exploratoire des données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) – elles concernent l'ensemble du territoire français (donc les huit UHSI). Malgré la crise sanitaire, nous avons pu développer le volet qualitatif qui s'est toutefois trouvé réduit. Il est basé sur plus de huit cents heures d'observations ethnographiques sur les deux sites et 45 entretiens qui se sont tous déroulés au sein des UHSI : 17 patients détenus, 27 membres du personnel hospitalier, 1 membre du personnel pénitentiaire. C'est nettement moins que les 90 entretiens prévus initialement ; la crise sanitaire ayant très fortement limité le déroulement de la recherche in situ.

## 3. Principales conclusions de la recherche

### - Panorama statistique

La présentation du panorama s'appuie sur un traitement exploratoire des informations enregistrées par le Système National des Données de Santé (SNDS) au sein duquel il nous a été possible d'identifier l'activité des UHSI. Il s'agit là de premiers résultats ayant vocation à être approfondis grâce à d'autres recherches – actuellement en cours – qui nous permettront d'affiner ces pistes d'analyse et de consolider nos indicateurs statistiques.

## **Entre 160 et 200 nouveaux cas incidents chaque année**

Les données du SNDS permettent de remonter la filière des patients atteints de cancer au sein des UHSI jusqu'en 2011. Pendant une période de dix ans, entre 2011 et 2020, on comptabilise 2 082 patients atteints de cancer ayant séjourné en UHSI, soit une médiane de 186 patients qui, chaque année, sont accueillis en UHSI. Il s'agit d'une tendance relativement stable au fil des ans, avec un taux d'incidence autour de 0,24% de la population carcérale. L'année 2020 interrompt ce rythme, avec plus de 409 nouveaux cas recensés en une année (incidence de 0,50%). À ce stade, rien ne permet d'expliquer cet accroissement. L'hypothèse spontanée de l'effet de la pandémie de Covid-19 semble à écarter dans la mesure où les deux UHSI partenaires de cette recherche ont plutôt observé une baisse de leur fréquentation durant la pandémie. Rappelons à ce propos, que la population carcérale, naturellement confinée, a plutôt été épargnée par le Covid-19. On peut donc formuler l'hypothèse d'une erreur de codage.

## **Une surreprésentation des populations vulnérables**

Les données du SNDS permettent également de pointer les individus atteints d'un cancer ayant séjourné en UHSI quel que soit le motif de ce séjour (cancer ou pas). À l'image de la population carcérale, les 2 082 patients atteints de cancer qui ont séjourné en UHSI entre 2011 et 2020 sont essentiellement des hommes (93% contre 96% pour l'ensemble des justiciables incarcérés) même si les femmes y sont légèrement surreprésentées (7% contre 4%). En revanche, l'âge étant un facteur de risque lié au cancer, les patients atteints de cancer en prison sont nettement plus âgés que la population carcérale par ailleurs : les 40-60 ans sont deux fois plus nombreux, les plus de 60 ans presque huit fois plus nombreux.

**Tableau 1. Répartition par classes d'âge des patients-détenus atteints de cancer (en 2017)**

Age	Patients-détenus atteints de cancer	Population carcérale
Moins de 20 ans	0,8	1,0
20-30 ans	8,4	42,9
30-40 ans	12,2	28,8
40-60 ans	50,0	23,7
60 ans et plus	28,6	3,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Données SNDS – CHI Créteil / Ministère de la justice

Par ailleurs, les caractéristiques socio-sanitaires des personnes en détention sont marquées par des comportements addictifs (consommation de tabac, de drogue et d'alcool) et de fortes comorbidités (notamment diabète, hypertension, dépression). Facteurs de risque pour le cancer, ces comportements et maladies sont surreprésentés au sein de la population carcérale atteinte de cancer.

Parmi les différentes formes de cancer, celui du poumon présente le plus grand nombre de cas enregistrés pendant la période de dix ans concernée (N = 332 ; soit 16%). Arrivent ensuite, ceux de l'appareil ORL (9%), de la prostate (7%), de l'appareil colorectal (6%) et de la vessie (6%). Comparé aux données nationales, le cancer du poumon est largement surreprésenté (16%

contre 6%) ; les autres formes de cancer sont presque toutes sous-représentées au sein de cette population – à l’exception notable du cancer du sein chez les hommes<sup>1</sup> incarcérés (2,7% contre 0,5% en milieu libre), situation qu’il serait peut-être intéressant d’investiguer dans une étude spécifique.

Ces données restent à affiner, notamment en standardisant par l’âge et le sexe afin de mieux comparer avec la population générale.

### **Une prise en charge étendue**

Il faut évoquer à présent la place qu’occupent les patients atteints de cancer au sein des différents établissements de santé qui les accueillent. L’indicateur à notre disposition est celui du séjour. Les types de « séjour » ont été classés en fonction du système de classification médico-économique des Groupes Homogènes de Malades (GHM) : « *séjour avec un acte chirurgical* », « *séjour d’ordre médical* » et « *séjour avec une séance* » (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, soins palliatifs, etc.).

Entre 2011 et 2020, les 2 082 patients hospitalisés en UHSI avec un diagnostic de cancer ont générés 37 599 séjours, tous établissements de santé (UHSI et autres) et tous diagnostics confondus. Parmi ces séjours, 29 379 ont été réalisés après le diagnostic de cancer. Sur ces 29 379 séjours, 20 946 (71%) sont en lien avec le cancer des patients. 6 493 (31%) séjours sont effectués en UHSI et 14 453 (69%) dans d’autres établissements. Par souci de précision, notons qu’un patient séjournant dans une UHSI peut également effectuer certains séjours en soins externes dans un autre établissement de santé, notamment pour les séances de soins. Ce que recouvre l’indicateur « séjour » au sein du SNDS devra donc être précisé.

Les types de « séjour » sont très différents entre UHSI et autres établissements de santé (cf. tableau 2). Tandis que les premières se concentrent essentiellement sur la médecine (85%) et la chirurgie (11%), les seconds accueillent les patients principalement pour des séances de soin : chimiothérapie (41%), radiothérapie (51%), soins palliatifs (3%) essentiellement. Ces différences renforcent le rôle de premier plan que les UHSI jouent dans la prise en charge du cancer en prison.

**Tableau 2. Répartition des types de séjour des patients atteints de cancer (2011-2020)**

Type de séjours	UHSI	Hors UHSI	Total
Chirurgie	718 (11%)	718 (11%)	1429 (7%)
Médecine	5487 (85%)	2250 (16%)	7737 (37%)
Séances (chimio, radio, soins pall.)	170 (3%)	11159 (77%)	11329 (54%)
Autres	118 (2%)	333 (2%)	451 (2%)
Total	6493 (100%)	14453 (100%)	20946 (100%)

Source : Données SNDS – CHI Créteil

<sup>1</sup> Pour les femmes, la différence est moins importante : 13,1% parmi les femmes incarcérées contre 9,9% en milieu libre.

Rappelons à ce propos qu'il n'existe que huit UHSI en France et que leur rayonnement est interrégional. Compte tenu de leur éloignement géographique vis-à-vis de certains établissements pénitentiaires, il est possible qu'une partie de la prise en charge médicale des patients atteints de cancer – notamment pour ce qui concerne les séances de soins – s'effectue en dehors de ces unités, vraisemblablement au sein des services ambulatoires des établissements de santé de proximité.

Dans tous les cas, ces premières données tendent à montrer la complémentarité entre les deux espaces de prise en charge du cancer en prison. Cela renforce la pertinence d'une focalisation d'une analyse de la coordination des soins – qui n'a pas pu être effectuée au cours de cette recherche.

Notons enfin que les patients atteints de cancer sont des patients souvent particulièrement vulnérables, aux comorbidités nombreuses, qui expliquent vraisemblablement l'importance des 8 433 séjours (29%) pour « autre motif ». L'ensemble des séjours – sans tenir compte d'un motif spécifique, au-delà des UHSI – permet de considérer l'étendue de la prise en charge des patients atteints de cancer en prison et de l'intensité des soins qui leurs sont nécessaires.

## **- Panorama qualitatif**

### ***Les UHSI : des organisations hétérogènes à l'image de celles des prisons***

Notons tout d'abord un point important. Le fait de n'avoir retenu, dans ce premier volet de la recherche, que deux établissements, tend à souligner, souvent même à accentuer, les différences entre chacun d'eux. Cela s'est manifesté tant au niveau du fonctionnement du service lui-même que des rapports respectifs entre les trois groupes d'acteurs : membres du personnel hospitalier, membres du personnel pénitentiaire et justiciables incarcérés – qui sont aussi, en l'occurrence, des patients.

Évoquons d'abord les questions qui relèvent de l'application des règles de fonctionnement pénitentiaires. Si une certaine souplesse prévaut au sein de l'une<sup>2</sup> des UHSI, favorisant une fluidité des relations entre agents au service des soins, on note que dans l'autre, la tension est plus grande autour de l'application de ces règles. Par exemple, la question de l'ouverture des portes – c'est-à-dire l'accès aux chambres des patients pour les soignants – polarise l'attention. Elle marque des divergences de priorités entre membres du personnel hospitalier et membres du personnel pénitentiaire : nécessité de circuler librement pour procéder aux soins pour les premiers, application des règles pour les seconds. Les difficultés liées à l'application des règles pénitentiaires ne doivent, cependant, pas s'interpréter comme la volonté de certains de faire passer la sécurité au second plan ; la sécurité des personnes reste une priorité pour l'ensemble des membres du personnels, hospitaliers comme pénitentiaires.

En effet, malgré ce contexte, les relations entre soignants et surveillants restent chaleureuses et familières. Soulignons parallèlement que cette rigueur concernant l'ouverture des portes – et plus globalement des règles de fonctionnement pénitentiaire – semble largement intériorisée par les membres du personnel soignant qui, en conséquence, ne sollicitent que très rarement une ouverture en dehors de celles prévues : tours de soins et de distribution des repas planifiés. Cela n'aboutit pas pour autant à un consensus tacite ou une acceptation homogène de cette situation par les membres du personnel hospitalier et du personnel pénitentiaire.



Dans l'une des UHSI investiguée notamment, le positionnement face à la contrainte pénitentiaire apparaît comme un débat récurrent au sein des équipes soignantes.

La hiérarchie implicite entre la sécurité et le soin se trouve donc différemment appréciée et mise en œuvre d'un site à l'autre. Si des différences – organisationnelles comme fonctionnelles – sont très fréquentes en milieu carcéral et témoignent de variations (parfois considérables) dans la gestion des établissements pénitentiaires, ces dissemblances sont nettement moins identifiées à propos des services hospitaliers. **Il semblerait donc qu'au sein des UHSI, c'est l'esprit de la prison – et ses dispositifs organisationnels variables d'un établissement à l'autre – qui prévaut, et qui aboutit, en l'occurrence, ici, à des situations différentes pour ce qui est de l'articulation entre soin et sécurité.**

Ces différences se lisent aussi à travers l'analyse de l'organisation des équipes soignantes. L'une des UHSI se distingue par une cohésion plus forte des personnels, nonobstant quelques tensions et inimitiés (on nous a notamment parlé de : « planning des vacances d'été », « implication dans le travail », « disponibilité », « bienveillance pour les autres »). Dans l'autre UHSI, les équipes soignantes s'organisent davantage en petits groupes constitués selon des affinités professionnelles (conceptions et représentations du métier, domaines ou gestes de prédilection, etc.) ou personnelles (proximité socioculturelle, générationnelle, etc.). Toutefois, l'unité de groupe reste présente. Elle se construit davantage en réaction face à la gestion néolibérale de l'hôpital public (dont tous estiment souffrir), le mode de fonctionnement et les injonctions de l'administration pénitentiaire.

Ces différences de cohésion ne sont sans doute pas étrangères à la sociologie des équipes elles-mêmes : plus jeunes et moins expérimentées dans l'une des UHSI, plus mûres et plus aguerries dans l'autre. S'ajoute à cela un fort turn-over de l'équipe soignante de l'une des UHSI tandis que l'autre connaît une importante stabilité. Mieux connaître les circuits de recrutement des agents au sein de ces deux structures est sans doute une piste à ne pas négliger pour la poursuite de nos recherches.

## **- Vivre le cancer en prison**

La situation sanitaire liée au Covid-19 n'a pas permis de rencontrer autant de personnes concernées par le cancer en prison que nous aurions souhaité, mais cela nous permet tout de même d'esquisser quelques pistes d'analyse, d'autant plus que les patients détenus interrogés nous ont éclairé aussi bien sur la situation qu'ils avaient connue au sein des établissements pénitentiaires avant leur arrivée dans l'UHSI et sur ce qu'ils vivent au sein de l'UHSI où nous les avons rencontrés. L'analyse des entretiens nous a permis de comprendre à la fois des situations communes à l'ensemble des patients détenus et de distinguer des types de « trajectoires » différentes – voire opposées.

### ***Deux types de « trajectoire de la maladie »***

Sans doute le concept de « trajectoire de maladie » proposé par le sociologue Anselm Strauss trouve-t-il, avec l'exemple de l'expérience du cancer en prison, un terrain particulièrement emblématique. Il nous a semblé juste de distinguer **deux trajectoires diamétralement opposées** : ascendante dans certains cas, descendante dans d'autres.

Dans les cas de « **trajectoires ascendantes** », on peut dire que, pour certains patients incarcérés atteints de cancer, la prison constitue une « chance » pour reprendre le mot employé par plusieurs des interviewés. Deux cas peuvent être distingués : 1/ lorsque le diagnostic est établi au cours du processus d'entrée en détention, 2/ lorsque le fait d'être incarcéré raccourcit le diagnostic. Il est important de souligner que si l'incarcération peut se révéler dans ces cas bénéfiques aux patients détenus, c'est au regard de la situation dans laquelle la plupart d'entre eux se trouvaient avant la détention, dans des milieux sociaux parfois faiblement médicalisés, désaffiliés des réseaux de prise en charge sanitaire ordinaires ou venant de pays où le système de santé était moins efficace pour les personnes dotées de ressources financières limitées.

« Quand j'étais à l'étranger... Dans ce pays-là, j'avais déjà eu une mauvaise expérience. Comme je vous l'ai expliqué. Ce n'est pas un pays où il y a la CMU. Ce n'est pas des pays... C'est des pays où, en général, c'est l'appât du gain. Donc, on voit le patient plus comme un client... Donc il y a une forme de méfiance qui s'est développée... » [personne à qui l'on a découvert, deux mois après l'incarcération en France, un cancer avancé – cette personne, qui ignorait sa maladie, vivait clandestinement en France depuis un an avant son incarcération]

L'enquête a conduit aussi à rencontrer des **patients incarcérés pour qui, à l'inverse, la détention a contribué à ce que le diagnostic soit particulièrement long. C'est ce qui a été dénommé une « trajectoire descendante ».**

« J'avais trop mal. Et, en attendant, j'ai vu que les selles... Quand j'allais à la selle, j'étais... C'était très noir donc j'ai dit : ce n'est pas possible. C'est... Ce n'est pas normal... Et j'ai dit... J'ai dit au médecin. Et donc à chaque fois, il m'a prescrit quelque chose, du Doliprane normalement, mais attention c'est bizarre, ça... Pour tout, c'est le Doliprane. Pour tout... Tous les médicaments, c'est le Doliprane d'abord, et après [...] À chaque fois que je suis allé au médecin : « Vous ne pouvez pas m'envoyer aux urgences ? Vous ne pouvez pas m'envoyer aux urgences parce que je sens que... quelque chose ne va pas ! ». C'était [les douleurs] c'était important. Et il m'a dit : « Non ». Et je criais pour aller voir ! Pour passer un scanner. Et en plus comme le scanner, c'est dehors, ce n'est pas dans... Ce n'est pas dans la détention, il faut attendre ! Il y a un créneau : il faut attendre... » [détenu dont on a découvert en prison qu'il est atteint d'un cancer gastrique].

Pour objectiver plus clairement les raisons des retards de prise en charge, il conviendra de poursuivre l'enquête auprès des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) qui sont les premiers espaces de perception des signes d'alerte, qui orientent les patients vers les unités hospitalières, notamment les UHSI. Sans doute la spécificité de l'organisation des établissements pénitentiaires participe-t-elle à expliquer ces phénomènes.

En effet, s'il est difficile de comprendre les raisons pour lesquelles un parcours de maladie se développe de façon plutôt ascendante ou plutôt descendante, il semble que la spécificité carcérale conduise à renforcer les deux logiques – on y trouverait peut-être moins de « trajectoires moyennes » qu'à l'extérieur.

Que le diagnostic ait été posé de façon particulièrement rapide, dans le cadre de ce que nous avons appelé une « trajectoire ascendante », ou au contraire particulièrement lent – « trajectoire descendante » – la situation carcérale entraîne une difficulté spécifique à l'un des moments cruciaux de la prise en charge d'un cancer : l'annonce au patient de la pathologie dont il est atteint.

## ***Spécificités de « l'annonce » d'un cancer en milieu carcéral***

Les difficultés de coordination entre les différentes structures engagées, à la fois carcérales et médicales – souvent les deux à la fois (USMP, hôpitaux de rattachement, centres d'imagerie médicale, UHSI) – constituent une situation propice à des problèmes d'ajustement des discours à tenir au patient détenu qui ignore encore sa situation médicale. Malgré l'effort des équipes, il est possible que certains patients apprennent leur maladie dans des conditions d'annonce qui échappent aux indications du dispositif d'annonce d'un cancer. Les récits des patients mettent en lumière le fait que, dans les deux UHSI investiguées pour cette recherche, les contraintes liées à la sécurité et les difficultés à articuler prérogatives médicales et pénitentiaires impliquent d'importantes disparités du dispositif d'annonce (soit les lieux, soit les interlocuteurs, soit les temporalités). Cela conduit à s'interroger sur les freins qui participent au développement d'une forme de démocratie sanitaire. Cela est d'autant plus important que le problème lié à la difficulté de disposer d'un dispositif d'annonce prend une acuité particulière lorsqu'on a en tête le fait que le détenu va se retrouver particulièrement isolé par la situation carcérale. Un patient-détenu interviewé le souligne en précisant : « vous retournez en cellule... et vous commencez à gamberger... la gamberge, c'est pas bon ! ».

## ***Être hospitalisé en UHSI pour un cancer : une expérience paradoxale***

Compte tenu de ce qui a été précisé plus haut, on comprend que ce n'est pas dans des dispositions identiques que les patients détenus atteints de cancer arrivent en UHSI : certains y sont admis dans des délais courts alors que d'autres doivent attendre plusieurs mois avant d'être orienté en UHSI.

Dans tous les cas, les détenus découvrent, en UHSI, un type d'univers auquel ils étaient peu familiarisés : **tous les patients-détenus rencontrés disent n'avoir pas eu l'habitude qu'on prenne soin d'eux de cette manière** (s'ils évoquaient bien sûr la situation carcérale préalable, on pouvait entendre aussi les univers auxquels ils étaient rattachés avant leur incarcération).

« Il y a les infirmières et les aides-soignants qui viennent vous visiter. C'est au niveau du paysage, il y a quand même une différence. Alors que dans la Maison d'Arrêt, on n'a que des surveillants... des gradés et des surveillants... À l'UHSI, il y a une bienveillance de la part – je pense que c'est dans leur métier – de la part des infirmières, des médecins et des aides-soignants... À ce niveau-là, il n'y a pas de souci. Il n'y a pas de jugement et on vous soigne. Il y a une communication, de la communication, une fluidité... au niveau du soin... Ça fait du bien ! » [patient atteint d'un cancer incarcéré dans l'une des UHSI investiguées]

« Il y a toujours quelqu'un. Le médecin, il est super ! Parce que, lui, il me redonne du moral. Il rigole avec moi [sourire]... C'est vrai, il est très sympa... L'ambiance... l'ambiance, elle est belle ici. On rigole bien... avec les infirmières, les infirmiers, les médecins... Tout le monde est bien quoi [...] Même les surveillants sont plus cools. » [patient atteint d'un cancer incarcéré dans l'autre UHSI investiguée]

Alors que l'arrivée en UHSI est donc souvent accompagnée d'une sensation de bien-être (tout au moins *de moindre mal-être*, physique et psychologique) venant parfois atténuer le choc de l'annonce de la maladie, cette impression initiale est presque toujours suivie d'**une phase vé-  
cuc comme spécifiquement pénible**, pendant laquelle, pour certaines raisons, la vie en UHSI peut être perçue comme plus sévère qu'en détention ordinaire.

La situation même de l'enfermement est à certains égards plus contraignante en UHSI, comme le précise une personne qui a fait plusieurs allers-retours entre l'établissement pénitentiaire où elle est incarcérée et l'UHSI :

« Ce qui manque à l'UHSI, c'est qu'on est constamment enfermé dans une chambre. Alors que dans la Maison d'Arrêt, on vous proposait de faire... Comment dire ? ... la promenade... C'est qu'on pense beaucoup. Donc, le fait qu'on soit enfermé et qu'il n'y ait pas... et qu'il n'y ait que les infirmières... à un moment... c'est très dur ! On pense beaucoup à la maladie. Alors que quand j'allais à la maison d'arrêt... même si les surveillants étaient beaucoup plus stricts... ça me permettait aussi d'oublier ma pathologie... »

Nous évoquions plus haut le fait que la spécificité de l'enfermement rend plus difficile le vécu de l'annonce d'une pathologie comme le cancer, en raison de « la gamberge » qui s'impose au justiciable qui se trouve de longues heures en cellule. Le fait que l'enfermement soit à certains égards plus strict encore en UHSI fait que ce type d'établissement constitue un lieu de réclusion particulièrement difficile pour les patients atteints d'un cancer. C'est peut-être l'un des éléments les plus importants que cette recherche ait permis de mettre en exergue.

Quelques spécificités concrètes de la vie en UHSI ont été soulignées par les patients que nous y avons rencontrés, qui rendent la réclusion plus difficile : les visites des proches (famille, amis), les possibilités d'appels téléphoniques et le lavage du linge. La question du tabac est également mentionnée, mais avec un traitement différent selon les UHSI : strictement interdit dans l'une, possible au sein d'un fumoir dans l'autre (ce qui entraîne des difficultés spécifiques).

En raison du faible nombre d'UHSI – huit pour l'ensemble du territoire national contre un peu plus de quatre-vingt établissements pénitentiaires – chacune se trouve de façon logique plus de vingt fois plus éloignée, en moyenne, de tout point du territoire. Les proches des détenus qui souhaiteraient leur rendre visite sont donc à une distance en moyenne vingt fois plus grande que lorsqu'ils sont en établissement pénitentiaire.

Par ailleurs, l'organisation des visites est rendue plus complexe pour les patients qui se trouvent incarcérés en UHSI qu'en milieu carcéral ordinaire, du fait de la conjonction de deux éléments. D'une part, par le fait que la durée de séjour en UHSI est à la fois relativement courte et variable (plus encore que celle des séjours en maison d'arrêt), d'autre part du fait de l'organisation même des services.

Enfin, à l'heure où les téléphones portables clandestins se trouvent de plus en plus présents en détention, une organisation structurée des appels téléphoniques filaires s'est mise en place au sein des détentions. Dans les UHSI où l'enquête a été menée, c'était beaucoup plus compliqué. Les différentes contraintes de déplacement liées au Covid-19 pendant la durée de la recherche ont contribué à accroître ces différences, dans la mesure où, en milieu carcéral comme en milieu libre, les communications interpersonnelles, en temps de confinement, ont pris la forme de conversations à distance.

## 4. Pistes de réflexion et propositions

Après le détail de ces différents éléments qui indiquent qu'après une impression initiale positive liée à une attention particulière dont ils font l'objet de la part de la majorité des membres du personnel de l'UHSI, les patients atteints d'un cancer hospitalisés en UHSI découvrent des difficultés spécifiques de la réclusion dans un tel type d'établissement. Nous remarquons toutefois, in fine, que la sensation initiale perdue, et, le plus souvent, se révèle prépondérante, en raison de la grande qualité de la communication. Il s'agit d'une part de la communication entre patients incarcérés et membres du personnel, mais aussi des possibilités de communication entre les différents membres du personnel. À cet égard, les effectifs réduits des UHSI peuvent faciliter une communication parfois difficile, au sein des établissements d'enfermement carcéral, en particulier s'ils comportent plusieurs centaines de membres du personnel, entre des services aux missions différentes (médicaux d'un côté, pénitentiaires de l'autre).

Même si nous avons noté des différences entre les deux UHSI investiguées, la dimension de ce type d'unité est propice à favoriser la communication entre services, et, par là même, à prodiguer une attention particulière à des personnes doublement vulnérables parce que doublement atteintes, d'une part, par une incarcération, d'autre part, par une pathologie à la fois lourde et source de légitimes inquiétudes.

Pour un patient incarcéré, séjourner en UHSI implique de nouvelles formes de socialisation à un nouvel espace de privation de liberté – à un environnement, à des acteurs différents, avec d'autres normes comportementales. Outre le fait d'être soigné et de devoir apprendre une façon d'être malade (soit de manière inédite pour ceux qui découvrent leur pathologie depuis peu, soit de manière nouvelle pour ceux qui arrivent en UHSI), le patient doit également apprendre les codes et les normes de ce nouvel espace relationnel. Une des recommandations – pistes de réflexion pratique – pourrait être de réfléchir à des dispositifs pour accompagner les justiciables incarcérés malades, et surtout, d'insister, outre les aspects médicaux, sur les formes de sociabilités nécessaires pour vivre le moins mal possible le cancer en prison. On retrouve ici des questionnements concernant l'accompagnement des patients en milieu libre.







**MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**N** Université  
**Paris Nanterre**

**SoΦapol**

SOPHIAPOL, EA 3932  
Laboratoire de sociologie, philosophie  
et anthropologie politiques