

## Faire vivre les relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire en établissement : la gestion de la complexité.

L'article ci-dessous est écrit par un élève directeur des services pénitentiaire de la 40<sup>ème</sup> promotion à partir de son étude de stage sur « les relations entre personnel médical et personnel pénitentiaire en établissement ».

Ce numéro s'inscrit dans la politique éditoriale du CIRAP visant à favoriser la publication des contributions des professionnels pénitentiaires et d'autres chercheurs.

**Olivier Guidi**

Élève directeur des services pénitentiaires de la 40<sup>ème</sup> promotion

« *L'enfer, c'est les autres.* » (Jean-Paul Sartre. *Huis Clos*)



Vue intérieure de l'UHSI de Paris  
 Extrait Etapes n°159 - 2009

Pour le personnel pénitentiaire en établissement, l'autre n'a pas toujours le visage d'une personne détenue. Dans le domaine de la prise en charge sanitaire de la population pénale, il est représenté par le personnel médical relevant du service public hospitalier.

Cette cohabitation du personnel pénitentiaire et du personnel soignant a été instituée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Jusqu'à cette date, l'organisation des soins en prison était assurée, pour l'essentiel, par la seule administration pénitentiaire, dans des conditions ne garantissant pas forcément ni le respect du secret médical, ni une qualité des soins égale à celle offerte au reste de la population. Se traduisant par une remise à niveau des installations, la réforme a conduit à une amélioration notable de la qualité des soins. Pour parvenir à ces résultats, le dispositif mis en place a dû organiser la collaboration entre des professionnels aux identités et à la culture très fortes et parfois divergentes. Des partenariats institutionnels ont donc vu le jour.

L'application des textes ne résume toutefois pas les relations complexes existant entre les deux catégories de personnels. Dès lors, faire vivre ces relations impose de concilier les obligations légales et les prises de position individuelles. Dans le même but, l'exploitation des espaces de coopération existant entre les différents acteurs permet de rendre les partenariats plus fructueux.

### UN DÉFI GÉNÉRAL : ARTICULER LE PERSONNEL ET L'INSTITUTIONNEL

La compréhension des relations liant le personnel pénitentiaire et le personnel soignant passe, dans un premier temps, par la prise en compte et le rappel des règles. Dans un souci d'efficacité, elle impose également d'analyser comment les différents acteurs construisent leurs pratiques professionnelles, parfois en ignorant la lettre ou en détournant l'esprit des textes.

### ACCEPTER LA COLLABORATION IMPOSÉE PAR LES TEXTES

La réglementation constitue le socle du partenariat mis en place dans la mesure où elle fixe des objectifs, précise les rôles et structure les échanges.

Les textes conduisent à une formalisation des relations, par l'intermédiaire de protocoles locaux et l'institutionnalisation de la commission pluridisciplinaire unique. Véritables codes de conduite, les protocoles ont une importance fondamentale. Homogènes au plan national et associant, entre autres, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé, ils fixent les obligations réciproques des signataires et prévoient une concertation périodique entre les deux institutions. La commission pluridisciplinaire unique complète ce dispositif de formalisation des relations. Placée sous l'autorité du chef d'établissement, elle examine la situation de chaque personne détenue aussi souvent que nécessaire et le personnel soignant peut être associé à ses travaux à chaque fois que son président le juge nécessaire, ce qui est en pratique la règle.

S'agissant de l'objet des relations entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical, les textes confient aux professionnels de la santé les missions de diagnostic et de soins ainsi que la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Dans ce but, la réglementation prévoit plusieurs hypothèses d'échanges, obligatoires ou facultatifs, dans des conditions conduisant le personnel soignant à prendre parfois des décisions ayant un impact sur l'activité du personnel pénitentiaire. Elles sont alors souvent vécues par ce dernier comme une intrusion illégitime bien que légale du personnel médical ; elles ne sont en définitive acceptées que par fatalité, en raison de l'autonomie dont jouissent les professionnels de la santé.

Les textes ne créent, en effet, aucun lien hiérarchique entre les deux catégories de personnel concernées. Au contraire, ils consacrent leur autonomie professionnelle.

Pour les agents hospitaliers, cette autonomie est justifiée par la normalisation voulue par les auteurs de la réforme de 1994 ; elle repose sur la reconnaissance de leur indépendance et de leur autorité professionnelle. La prise en charge des personnes détenues s'effectue donc suivant les mêmes principes qu'en milieu libre, dans le respect des règles de la déontologie médicale et des droits des patients.

Cette autonomie du personnel soignant est incontournable pour le personnel pénitentiaire. Bien que proclamée et protégée par la loi de façon uniforme, la manière dont elle est ressentie et sa traduction dans le comportement des médecins et des infirmiers varient toutefois grandement d'un site à l'autre. Pour ces raisons, les relations entre les deux catégories de personnel y sont de nature très différente.

### NE PAS OCCULTER LA PRÉGNANCE DE LA DIMENSION INDIVIDUELLE

En dépit de l'importance qu'y prennent les catégories nominales, la prison est, en effet, un monde de la diversité, dans lequel la vie est organisée autant par l'application des règles que par leur adaptation aux contingences locales. Dans le domaine de la santé, elle est le résultat de la combinaison de l'éclatement des actions et des représentations du personnel médical et des attentes variées du personnel pénitentiaire, cadres en tête.

Malgré l'unité apparente du personnel soignant, symbolisée par l'utilisation des dénominations officielles, les pratiques et les identités des professionnels concernés sont plurielles. En considérant les rapports qu'ils entretiennent avec les agents pénitentiaires, les professionnels de la santé intervenant en prison peuvent être regroupés en quatre grandes catégories, à partir des critères dégagés par le sociologue Bruno Milly.

Pour les praticiens de la première catégorie, l'évitement des conflits avec une administration pénitentiaire vécue comme restant légitimement maître à l'intérieur de ses murs est une préoccupation constante et les relations avec le personnel pénitentiaire sont vécues sur le mode de l'inclusion. À l'inverse, pour les médecins et les infirmiers formant la deuxième catégorie, ces relations sont caractérisées par la prédominance de la confrontation. Afin de préserver le respect de la déontologie et de l'autonomie médicales, les contacts sont limités à leur dimension institutionnelle et le secret médical est systématiquement utilisé pour justifier l'absence de communication. Entre ces deux extrêmes, le personnel soignant constituant la troisième catégorie se concentre sur sa pratique médicale et s'attache à ne porter aucun jugement sur le travail de l'administration pénitentiaire. Ces positions conduisent à une reconnaissance mutuelle entre les deux services. Enfin, pour les praticiens de la quatrième catégorie, les relations avec le personnel pénitentiaire sont marquées par l'affirmation de soi. Très attentifs à la garantie de leur autonomie, ils refusent de limiter l'acte de soigner au traitement des pathologies. Participant à toutes les rencontres avec l'administration pénitentiaire, ils n'hésitent pas à se saisir de questions ayant trait à la vie en détention.

Contraint de s'adapter à la nature incertaine et fluctuante

des attitudes du personnel soignant, le personnel pénitentiaire est confronté à plusieurs options lorsque des conflits naissent. Mis en oeuvre localement, ces choix améliorent le plus souvent les relations entre les professionnels intéressés ; ils les rendent aussi plus complexes.

Les chefs d'établissement peuvent, d'une part, tenter de rétablir de la certitude en faisant prévaloir la dimension institutionnelle des relations. Les positions des membres de l'équipe médicale ne sont pas combattues, sans être pour autant jugées légitimes. Elles sont vécues comme un fait et le recours aux textes est mis en avant afin d'en circonscrire les effets. À l'inverse, le personnel pénitentiaire peut faire le pari d'une amélioration de la collaboration avec le développement de relations plus informelles. Les positions de l'équipe médicale, lorsqu'elles freinent ou empêchent la collaboration, sont vécues comme le résultat d'un malentendu que la multiplication des occasions d'échange doit permettre de combattre.

Conflits et réticences n'ont pourtant pas toujours comme origine l'attitude des professionnels de la santé. Le comportement du personnel pénitentiaire est parfois vécu par ces derniers comme intrusif, ce qui les conduit en général à adopter une position défensive ou conflictuelle. Le personnel soignant, sauf exception, refuse ainsi de participer aux dispositifs mis en place par la seule administration pénitentiaire, comme le met en évidence l'expérience du cahier électronique de liaison. De façon paradoxale, dans des situations de ce type, c'est même la latitude dont peuvent jouir les professionnels de la santé qui permettra leur collaboration, au cas par cas.

### UNE AMBITION NÉCESSAIRE : FAIRE NAÎTRE DES SYNERGIES

Avoir compris la nature des relations existant avec le personnel soignant et la façon dont elles s'organisent permet aux chefs d'établissement pénitentiaire de faire naître les conditions d'une collaboration plus efficace. En multipliant et en enrichissant les occasions de partage, ils créent un climat propice à une meilleure connaissance réciproque. Dans ce contexte, une augmentation du nombre des sujets d'échange et un approfondissement du contenu des collaborations est alors possible.

### CRÉER LES CONDITIONS DE LA CONFIANCE.

Pour pouvoir travailler ensemble, le personnel pénitentiaire et le personnel soignant doivent se comprendre et se connaître. Ce rapprochement passe, dans un premier temps, par l'intégration de modules spécifiques dans la formation initiale. Effective pour le personnel pénitentiaire, cette intégration n'est encore que parcellaire pour le personnel soignant, mais sa généralisation figure au nombre des objectifs du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

La formation initiale doit être complétée par des actions de formation continue et d'adaptation à l'emploi, qui permettent de sensibiliser les agents travaillant quotidiennement au contact des équipes sanitaires à la déontologie et à l'éthique médicales et qui offrent l'occasion de croiser les expériences par l'intermédiaire de sessions pluri-profession-



Vue intérieure de l'UHSL de Paris  
Extrait Etapes n°159  
2009

nelles, par exemple en matière de prévention du suicide. En outre, les conditions de l'accueil du personnel soignant dans les établissements pénitentiaires sont déterminantes pour la nature et la qualité des relations qui seront entretenues avec le personnel pénitentiaire. Cette phase d'accueil permet d'inscrire le nouvel intervenant dans le projet de l'établissement et dans le dispositif global de prise en charge des personnes détenues. Sur tous ces points, le rôle des chefs d'établissement est crucial afin de créer un climat de confiance et d'échange.

Pour travailler plus efficacement ensemble, le personnel pénitentiaire et le personnel soignant ne doivent pas seulement mieux se connaître ; ils doivent aussi beaucoup échanger.

Cette collaboration trouve d'abord à s'épanouir au sein des dispositifs légaux associant les deux partenaires, par exemple, dans le cadre de la commission pluridisciplinaire unique ou lors de l'élaboration et de la mise à jour du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. Fondamentales, ces occasions de rencontre peuvent être efficacement renforcées par l'adoption de solutions locales, en conviant, par exemple, un représentant du personnel soignant à la réunion hebdomadaire des services, au cours de laquelle sont abordées toutes les questions touchant à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement. Ces participations, non prévues par les textes, sont un moyen de faciliter un dialogue dépassionné, y compris dans l'expression des désaccords.

La façon de dire les choses est, en outre, cruciale dans les relations entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical ; elle permet d'éviter des conflits que l'absence de lien hiérarchique rend insolubles. Appeler l'attention ou poser une question peut ainsi faire évoluer des positions qui auraient été figées si les intéressés avaient eu le sentiment de recevoir des ordres. Il est donc primordial de concevoir le dialogue sur une base égalitaire, en évitant les termes et les attitudes pouvant donner l'impression de contester la légitimité et les prérogatives de l'autre.

### RÉCOLTER LES FRUITS DE LA CONFIANCE

Dans tous les contacts qu'il peut avoir avec le personnel pénitentiaire, notamment dans le cadre des informations échangées lors des réunions de travail, le personnel soignant doit respecter scrupuleusement le secret médical. Dans ces conditions, les professionnels de la santé ont tendance à ne divulguer aucune information et à ne participer à aucune réunion lorsque le comportement du personnel pénitentiaire est perçu comme étant intrusif. Le secret médical n'exclut toutefois pas la coopération avec les autorités pénitentiaires, d'autant plus que bien souvent ces dernières ne cherchent en aucune façon à recueillir des informations qu'il protège. Les chefs d'établissement ne sont pas intéressés par un partage du secret médical ; ils recherchent, en revanche, un partage de l'information et la coordination de leurs actions avec celles du personnel médical afin de disposer des informations pertinentes pour analyser la situation d'une personne détenue et prescrire les mesures appropriées.

Des maladroites de langage rendent parfois cet équilibre difficile à atteindre, avec l'utilisation par le personnel péni-

tentiaire de l'expression « secret partagé ». Celui-ci est envisageable, mais la loi ne le prévoit qu'entre professionnels de la santé et dans des conditions restrictives. Parler de confiance partagée permet en revanche de parvenir à une meilleure coordination et à une plus grande complémentarité, dans le respect des missions et des obligations de chacun. Lorsqu'elle est rendue possible, cette confiance partagée permet à la fois d'augmenter le nombre de sujets de coopération et d'enrichir le contenu des échanges. Née du croisement des dimensions institutionnelle et individuelle du partenariat, facilitée par l'importance des temps d'échange et renforcée par la multiplication des réussites communes, cette confiance partagée entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical crée les conditions d'une meilleure prise en charge des personnes détenues.

### CONCLUSION

*« Si tu diffères de moi, mon frère, loin de me léser, tu m'enrichis. »*

*(Antoine de Saint-Exupéry. Citadelle)*

Les conflits et les échecs entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical sont souvent le résultat d'une maladresse ou d'une méconnaissance, plus que d'une mauvaise volonté ou de cultures professionnelles incompatibles. Depuis 1994, les intéressés ont appris, à force d'échanges et parfois d'affrontements, à mieux s'entendre. Les difficultés n'ont pas toutes disparu, mais les conditions sont réunies pour que naisse entre eux un véritable climat de confiance.

### BIBLIOGRAPHIE

Guérin G. et alii, « *La santé en prison* », Actualité et dossier en santé publique, n° 44, p. 17-54

Hoerni B., « *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire* », rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins, juillet 2001

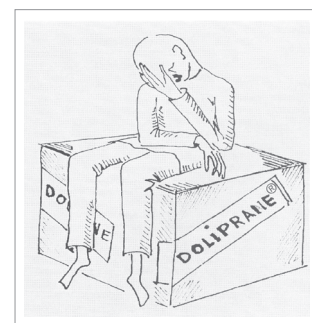
Milly B., « *Soigner en prison* », Paris, PUF, 2001

Moreau F., « *La santé dans les prisons françaises* », Pouvoirs, n° 135, p. 69-85

Actes du colloque « *Santé en prison* » - Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?, Paris, décembre 2004



Credit photo : P. Claerhout (Énap)



Extrait de Monte Christo, journal des détenus des Beaumettes n°6 - 2003



### La criminologie à l'Université. Mythes... et réalités, L'Harmattan, collection Controverses, 2012, 104 p.

Cet ouvrage publié par Robert Cario, Martine Herzog-Evans et Loïck Villerbu présente les enjeux de l'intégration de l'enseignement, la recherche et la formation en criminologie au sein de l'Université française. En effet, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a publié le 15 mars 2012 au journal officiel de la République française, un arrêté portant création d'une Section de criminologie au sein du Conseil National des Universités (CNU, Groupe XII, 75). Sans vouloir faire ici l'écho de diverses polémiques, débats, oppositions et recours devant le Conseil d'Etat qui accompagnent cette création, au nombre desquels s'ajoute cet ouvrage publié par des membres (pour deux d'entre eux) de la nouvelle section, nous limiterons notre regard aux informations pertinentes de cette nouvelle discipline.

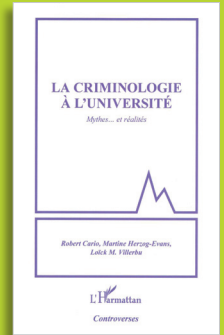
Pour la petite histoire, la section 75 Criminologie est née dans le sillage du colloque organisé par Pierre Victor Tournier à Paris le 3 février 2009, sur le thème de la « Criminologie : formation et recherche. Sortir de l'exception française ». Dès septembre 2009, la Conférence Nationale de Criminologie (CNC) avait pris la suite avec comme missions imparties : la création du champ disciplinaire et les compétences requises, le contenu des enseignements, la détermination des débouchés, les conditions d'encadrement du dispositif. Les travaux de la CNC, présidée par Loïck Villerbu, se sont déroulés au premier trimestre 2010. Ils ont été consignés dans un rapport remis à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche en juillet 2010, comportant 9 propositions principales reprises en annexes de cet ouvrage. Pour ne reprendre ici que la première proposition, la criminologie y est définie de manière opératoire au regard des positions épistémologiques, méthodologiques et éthiques comme « étude scientifique du phénomène criminel et des réponses que la société lui apporte ou pourrait lui apporter ».

La création de la section 75 Criminologie va ainsi permettre d'offrir des formations de qualité (harmonisées et contrôlées) aux étu-

dants en criminologie au sein de l'Université. Ils vont pouvoir devenir enseignants-chercheurs, chercheurs ou professionnels dans les secteurs (public et/ou privé) investis dans la prévention, la répression et le traitement du phénomène criminel. Le schéma général de structuration de cette discipline universitaire permet dans un premier temps, aux Unités de Formation et de Recherche (UFR) intéressées, selon leur substrat disciplinaire de base (droit, psychologie, sociologie, médecine, principalement), de créer à court terme, les conditions de l'intégration de la criminologie dans leurs programmes. Dans un second temps, à moyen terme, lorsque le champ transdisciplinaire sera bien balisé, les enseignants-chercheurs nommés, les équipes de recherche composées, les métiers de la criminologie identifiés dans les conventions collectives, il conviendra de s'orienter vers la création d'UFR ou Ecole de criminologie, au cursus complètement intégré (Licence, Master, Doctorat).

Au regard de la configuration actuelle de l'enseignement de la criminologie au sein des universités françaises, c'est sans doute au niveau du Master (1ère et 2ème années) que l'intégration la plus complète possible est susceptible d'intervenir immédiatement. Mais dans un avenir très proche, une Licence devra suivre pour inscrire ces formations dans le cadre de l'harmonisation européenne dite « LMD ». De nombreuses pistes d'insertion professionnelle sont annexées à cet ouvrage : la Fonction publique d'Etat (enseignement supérieur et recherche, Intérieur, Justice, Finances, Douanes, Défense, Education nationale...), la Fonction publique territoriale, les Carrières juridiques, gestion, études et conseil, la Santé (médecine, professions paramédicales, psychologie), le Secteur associatif, l'International, les Métiers de la communication et de l'information.

Paul Mbanzoulou



**François Dieu et Paul Mbanzoulou** (dir.), *L'architecture carcérale. Des mots et des murs*, Privat, 2012.

**Laurent Gras et Nicolas Boutin**, *Evolutions du profil sociodémographique des élèves surveillants. Un effet d'aubaine pour leur administration ?*, in P. V. Tournier (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, L'Harmattan, 2012, pp. 81-95.

**Olivier Razac**, « La surveillance électronique : un nouveau de

*l'utopie panoptique* », in Materiali Foucaultiani, vol. I, n°1, pp. 151-168, 2012

**Olivier Razac**, « Il faut lutter contre les morts prématurées », in Kiefer A. et Risse D. (dir.), *La biopolitique outre-atlantique après Foucault*, L'Harmattan, Collection Esthétiques, Série Culture et Politique, 2012.

**François Dieu**, *La gestion déléguée des établissements pénitentiaires*, Cahiers de la sécurité, n°19, mars 2012, pp.82-84

➤ « Géographie de l'enfermement », intervention au Café Géographique d'Albi à l'invitation de Mathieu Vidal (MCF en géographie et aménagement, Centre universitaire Jean-François Champollion), Albi, **10 janvier 2012**, Olivier Razac.

➤ Intervention au Colloque « Justice restaurative », Université de Pau, **12 février 2012**, Paul Mbanzoulou.

➤ « Matérialité de la surveillance électronique », intervention au séminaire Objets de l'enfermement (programme Terrferme, ANR, CNRS, Université de Bordeaux), Bordeaux, **9 mars 2012**, Olivier Razac.

➤ Intervention au colloque « Quelle place pour la victime ? », Grand Rodez, **29 mars 2012**, François Dieu et Paul Mbanzoulou.

➤ Intervention au séminaire « Quelles articulations entre recherche, expertise et recherche-action dans les politiques urbaines de prévention et de sécurité ? », Université de Toulouse 2-Le Mirail, **27 avril 2012**, François Dieu et Paul Mbanzoulou.

➤ Colloque sur la *Réhabilitation sociale, un univers à découvrir*, Magog, Québec, **14-16 mai 2012**, Paul Mbanzoulou.

➤ Intervention sur les Rencontres détenus-victimes au Colloque « Et si la victime n'existait pas ? », Centre de Criminologie et des Sciences Humaines de Midi-Pyrénées - CCSH Centre Universitaire Jean-François Champollion, Albi, **8 juin 2012**, Paul Mbanzoulou.

➤ Colloque « Traitement et Contraintes », discutant de la table ronde Gestion des populations entre traitement pénal et psychiatrique, Université Paris **13, 14 juin 2012**, Olivier Razac.

➤ Journée autour de la déontologie pénitentiaire, intervention sur le code de déontologie pénitentiaire, SPIP de l'Eure, **19 juin 2012**, Olivier Razac.

➤ Intervention sur les *Rencontres détenus-victimes* aux Assises nationales de l'INAVEM, **27-29 juin 2012**, Bourg-en-Bresse, Paul Mbanzoulou.