

Directeurs de services pénitentiaires

42^{ème} PROMOTION

Mémoire
de recherche
et d'application
professionnelle

***La relation personnel
soignant - personnel de
surveillance :***

***Un révélateur du malaise
identitaire des surveillants
pénitentiaires***

Présenté par Marion GEORGET

*Sous la direction de Monsieur Olivier RAZAC
Enseignant-chercheur au CIRAP*

Juillet 2013

*La relation personnel soignant - personnel de
surveillance :
Un révélateur du malaise identitaire des surveillants
pénitentiaires*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à ce mémoire.

Ainsi, je souhaite, tout d'abord remercier M. Olivier RAZAC pour ses conseils et sa direction.

J'adresse également mes remerciements à mes proches et mes collègues de promotions avec qui j'ai pu partager mes réflexions et mes doutes tout au long de ce travail.

Enfin, je remercie l'ensemble des personnes rencontrées au cours de mes stages au Centre de détention de RIOM, à la Maison d'arrêt de Grenoble - Varcès, au SPIP du Rhône ainsi qu'à l'ENAP qui ont su me faire part de leur expérience et me communiquer la passion qu'ils nourrissent pour leur métier.

ABRÉVIATIONS

ARS	<i>Agence Régionale de Santé</i>
CAP	<i>Commission d'application des peines</i>
CPP	<i>Code de procédure pénale</i>
CPU	<i>Commission Pluridisciplinaire Unique</i>
ERIS	<i>Equipe Régionale d'intervention et de sécurité</i>
PEP	<i>Parcours d'exécution de la peine</i>
SMPR	<i>Service Médico-Psychologique Régional</i>
SPIP	<i>Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation</i>
UCSA	<i>Unité de Consultations et de soins Ambulatoire</i>
UHSA	<i>Unité hospitalière spécialement aménagée</i>
UHSI	<i>Unité hospitalière sécurisées interrégionale</i>
US 1	<i>Unité sanitaire de niveau 1</i>
US 2	<i>Unité sanitaire de niveau 2</i>

INTRODUCTION (p5)

PREMIÈRE PARTIE (p7)

*La loi du 18 janvier 1994 : d'une réforme des dispositifs sanitaires
au renouvellement des pratiques professionnelles des personnels
soignants et de surveillance*

DEUXIÈME PARTIE (p15)

De la crise relationnelle à la crise identitaire

TROISIÈME PARTIE (p34)

*Le surveillant pénitentiaire comme véritable interlocuteur des
personnels de soin*

ANNEXES (p44)

INTRODUCTION

1. « *Le métier d'un homme est une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans une existence qui ne lui est donnée qu'une fois. En ce sens, le choix d'un métier est presque aussi irrévocable que le choix d'un partenaire* »¹.

2. Lorsque l'on fait état, durant ces soixante dernières années, d'une profonde transformation du service public pénitentiaire, on fait le plus souvent référence aux conditions de détention des personnes détenues. Or, parallèlement à la reconnaissance d'un statut juridique aux personnes placées sous main de justice, une autre révolution s'est opérée : celle des métiers pénitentiaires et en particulier de la fonction de surveillant. Ainsi, au gré des réformes octroyant de nouveaux droits aux personnes détenues, les personnels pénitentiaires ont dû se familiariser avec de nouvelles procédures (discipline, isolement, parcours arrivant...), de nouveaux outils (notamment informatiques) mais surtout se sont vus octroyer de nouvelles missions. De ce fait, les surveillants pénitentiaires ont connu une forte et rapide évolution de leur métier sans pouvoir réellement s'approprier ni se construire une identité professionnelle renouvelée en accord avec l'évolution des pratiques pénitentiaire.

3. En outre, la modernisation du service public pénitentiaire s'est accompagnée d'une ouverture plus grande sur l'extérieur. Ainsi, sont entrés progressivement en prison de plus en plus d'intervenants de la société civile : entreprises, prestataires privés, bénévoles de multiples associations... Par ailleurs, des services publics ont également pris place dans les établissements pénitentiaires pour offrir aux personnes détenues les mêmes prestations qu'à l'extérieur comme ce fut le cas du service hospitalier dès 1994. Or, la présence de nouveaux partenaires « non pénitentiaires » que sont les personnels soignants des services hospitaliers est venue ajouter au trouble vécu par les surveillants pénitentiaires. En effet, l'octroi à un partenaire extérieur de missions autrefois dévolues aux personnels de

¹ E. HUGHES, *Le regard et le soi*, 1996 in C. DUBAR, P. TRIPIER, V. BOUSSARD, *Sociologie des professions*, Armand Colin, 3^e édition, mai 2011

l'administration pénitentiaire ne s'est pas faite sans heurts pour chacun des corps de métier. Il a fallu là encore faire évoluer les pratiques, s'approprier pour les personnels soignants un milieu qu'ils méconnaissaient et pour les personnels pénitentiaires accepter de travailler avec des collaborateurs à la culture professionnelle forte et différente de la leur. Néanmoins, même après une période d'ajustement, les dysfonctionnements et les incompréhensions ont perduré.

4. Or, si aujourd'hui encore des tensions subsistent entre personnels de soin et de surveillance, les causes ne sont pas à rechercher uniquement sur le plan des relations interpersonnelles. Il convient de s'intéresser à la cause sous-jacente de ces difficultés relationnelles : le réajustement des pratiques professionnelles et le malaise identitaire des surveillants pénitentiaires. En effet, les personnels de surveillance de par le partage des missions avec de plus en plus de partenaires se sentent menacés dans leur position professionnelle. Ils se voient trop souvent réduits au rôle de simple exécutant ; ce qui contribue à une perte de l'estime de soi et du sens du travail. Tous ces éléments alimentent une certaine frustration qui se répercute sur les relations qu'ils entretiennent avec leurs partenaires et en particulier les personnels médicaux à la culture professionnelle plus valorisante.

5. Ainsi, après avoir fait état des difficultés relationnelles entre personnels de soin et de surveillance (première partie), nous nous intéresserons en particulier au malaise identitaire ressenti par les surveillants pénitentiaires ; cause sous-jacente de cette crise relationnelle (seconde partie). Enfin, nous nous attacherons à réfléchir aux moyens de réinstaurer les surveillants pénitentiaires dans un rôle valorisant et qui leur est propre afin d'en faire de véritables interlocuteurs des personnels de soin (troisième partie).

1^{ère} partie

La loi du 18 janvier 1994 : d'une réforme des dispositifs sanitaires au renouvellement des pratiques professionnelles des personnels soignants et de surveillance

6. Au sortir de la seconde Guerre mondiale, sous l'égide d'instances internationales et européennes, l'idée d'une réforme des prisons françaises s'est imposée. Au delà de l'amélioration de leurs conditions matérielles de vie en détention, les détenus français se sont vus doter progressivement d'un véritable statut juridique². Ainsi, émerge l'idée que la personne détenue, bien que privée de sa liberté d'aller et de venir, doit pouvoir jouir, par ailleurs, de l'ensemble des droits fondamentaux reconnus à chacun. C'est sur ce fondement que près de cinquante ans plus tard, sera proclamé en faveur des personnes détenues un droit d'accès à la santé identique à celui de toute personne libre.

7. Pour autant, les questions du droit à la santé et de la médecine pénitentiaire ne sont pas récentes. Ainsi, à compter de l'arrêté du 25 décembre 1819, chaque prison doit être pourvue d'une infirmerie et visitée par un médecin. Néanmoins, il n'est confié à ce dernier qu'une mission d'inspection des locaux et des moyens employés en matière de prévention, de traitement des maladies et d'hygiène puisque seules les autorités pénitentiaires sont compétentes pour dispenser les soins aux détenus. En 1945, une nouvelle organisation des services de soins médicaux ou mentaux a lieu alors que dans le même temps, l'Administration Pénitentiaire fait appel à des médecins vacataires dispensant désormais eux-mêmes les soins aux détenus sous l'autorité du chef d'établissement. À partir de 1984³, ces services sanitaires pénitentiaires feront l'objet d'un contrôle de la part de l'Inspection générale des affaires sociales. C'est le secteur des soins psychiatriques qui est ensuite réformé puisqu'en 1986⁴, 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR)⁵ ouvrent leurs portes au sein des établissements pénitentiaires avec le concours du

² Ce statut est désormais formalisé par la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 « loi pénitentiaire »

³ Décret n°84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du Code de procédure pénale

⁴ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

⁵ Appelé US2 avec l'adoption du Guide méthodologique du 30 octobre 2012

personnel des hôpitaux psychiatriques. Néanmoins, le droit d'accès à la santé pour les détenus ne sera pleinement acquis et reconnu qu'à partir de 1994. En effet, un an auparavant, un rapport du haut comité de la santé publique⁶ démontre, dans un contexte d'épidémie du Sida, les insuffisances de la médecine pénitentiaire tant en terme de moyens que de résultats ; faisant apparaître, par la même, l'urgence de mener une véritable politique de santé en prison. Aussi, la loi du 18 janvier 1994⁷ apporte plusieurs avancées majeures parmi lesquelles l'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie et la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)⁸, rattachée à un établissement public de santé de référence. Cette réforme a conduit à aligner la prise en charge sanitaire des personnes détenues sur celle des personnes libres et a accru de fait la qualité des soins dispensés jusqu'alors dans les établissements pénitentiaires. D'autres lois ont suivi permettant d'améliorer les soins apportés à la population pénale et de répondre à de nouvelles problématiques. Ainsi, la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) a permis à partir de l'année 2000⁹ d'optimiser la prise en charge somatique des personnes incarcérées en permettant leur hospitalisation lorsque cela est nécessaire sans pour autant négliger les aspects sécuritaires tenant aux risques d'évasion. Par ailleurs, la loi du 9 septembre 2002¹⁰ apporte de nombreuses modifications au Code de la santé publique dans le but d'améliorer les conditions d'accès aux soins pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Elle interdit ainsi les hospitalisations à temps complet au sein des établissements pénitentiaires ; hospitalisations qui doivent désormais être réalisées au sein d'unités hospitalières spécifiquement aménagées pour recevoir les personnes détenues. Les UHSA ont vocation à recevoir les personnes détenues avec ou sans leur consentement pour une

⁶ Rapport du Haut comité de la santé publique relatif à la « Santé en milieu carcéral » dit « *Rapport Chodorge* », janvier 1993

⁷ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale complétée par le décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues par les établissements de santé assurant le service public hospitalier et la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale NOR : SPSH9403796C

⁸ Appelée Unité Sanitaire de Niveau 1 (US1) avec l'adoption du Guide Méthodologique du 30 octobre 2012

⁹ Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

¹⁰ Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Un décret n°2010-507 du 18 mai 2010 a été pris pour l'application de ses dispositions et définit les modalités de garde, d'escorte et de transport au sein des UHSA. La loi du 9 septembre 2002 est également complétée par la circulaire interministérielle DGOS/R4/DAP/PMJ2 ETSH 1107932C du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA

durée indéterminée. Enfin, la loi du 24 novembre 2009¹¹ conforte les efforts réalisés en matière de prise en charge sanitaire des détenus depuis 1994 en garantissant ainsi aux personnes détenues, en matière de santé, un accès à la prévention et à l'éducation sanitaire ainsi qu'une qualité et une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Elle réaffirme par ailleurs plus précisément le droit des personnes détenues au secret médical et au secret de la consultation. Enfin, la loi pénitentiaire trace un cadre aux relations entre le personnel pénitentiaire et le personnel soignant.

8. Des partenariats institutionnels ont donc été mis en place afin de coordonner au mieux ces deux corps de métier et de favoriser le dialogue et les échanges professionnels autour de leur objectif commun. Les relations personnels soignants et personnels pénitentiaires sont donc formalisées et encadrées à tous les niveaux. Ainsi, le décret du 8 novembre 2011¹² a-t-il acté la création d'un comité interministériel à l'échelon national. Ce comité, composé des directeurs d'administration centrale du ministère de la Justice et du ministère chargé de la santé a pour mission l'examen, d'une part, de toute question générale tenant à la prévention, l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale et, d'autre part, des conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire dans les établissements pénitentiaires. Au niveau régional c'est la commission Santé-Justice¹³ qui facilite la coopération entre les différents partenaires en structurant leurs échanges. Elle se réunit au moins une fois par an et examine notamment toute question générale relative à la protection sociale et à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues. Enfin, c'est à l'échelon local que les instances de coordinations sont les plus nombreuses. Ainsi, outre les commissions de suivi des UHSI et des UHSA, il existe, tout d'abord, des instances tournées vers l'évaluation et la coordination institutionnelle. À ce titre, le décret du 23 décembre 2010¹⁴ a institué un conseil d'évaluation auprès de chaque établissement pénitentiaire, chargé d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer le cas échéant toute mesure de nature à les améliorer. Y sont donc abordées les questions de santé et d'hygiène en présence d'un représentant de l'ARS et éventuellement du ou des directeurs des établissements sanitaires concernés. En parallèle, chaque année

¹¹ Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 « loi pénitentiaire »

¹² Décret n°2011-1471 du 8 novembre 2011 relatif au comité interministériel de coordination de la santé

¹³ Instruction aux directeurs généraux de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) du 23 décembre 2010 visa CNP 2010-313

¹⁴ Décret n°2010-1635 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de Procédure Pénale

également, se réunit le comité de coordination composé de l'équipe de direction de l'établissement pénitentiaire concerné, des personnels soignants et de leurs chefs de service. Ce comité a été prévu comme un lieu de concertation entre établissement pénitentiaire et de santé et examine par la même les conditions d'application du protocole cadre signé entre les deux structures. Ce protocole, refondu en 2012, est prévu à l'article R.6112-16 du CPP. Il vise à harmoniser le fonctionnement des établissements partenaires. Cependant, outre ces instances définissant les rôles et missions de chaque institution, il a été nécessaire de créer également des lieux d'échange et de partage d'informations préalable nécessaire à une prise en charge cohérente des personnes détenues. Tout d'abord, une commission santé regroupant personnels de services sanitaires, psychiatriques et personnels de services pénitentiaires a été mise en œuvre afin d'élaborer des procédures et des outils de coordination et d'échange d'informations réciproques entre ces différents collaborateurs. Elle vise à informer ces derniers de leurs compétences et limites d'intervention mais aussi à les mobiliser sur certaines thématiques (prévention du suicide et autres actions de prévention et d'éducation à la santé). Cette commission n'a pas pour objet l'étude de cas individuels contrairement à la Commission Pluridisciplinaire Unique (CPU) instituée également par le décret du 23 décembre 2010¹⁵. La CPU est présidée par le chef d'établissement et se compose de membres de tous les services de l'établissement prenant en charge les personnes détenues (SPIP, secteur de la détention, du travail, de l'enseignement, de la formation professionnelle). Peuvent être également conviées par le chef d'établissement le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un représentant des équipes soignantes de l'US1 et le cas échéant de l'US2 de l'établissement. La CPU s'appuie sur un bilan qui fait mention notamment du profil médical, des modalités de mise en œuvre des droits de la personne détenue (culte, maintien des liens familiaux, communication avec l'extérieur) ainsi que de son aptitude à bénéficier d'un parcours d'exécution de la peine. Elle vise à élaborer le parcours individualisé d'exécution de la peine de manière pluridisciplinaire. Elle émet des propositions pertinentes formalisées dans une synthèse qui est soumise oralement à la personne détenue. Une circulaire interministérielle du 21 juin 2012 a permis de préciser le rôle des personnels soignants au sein de ces CPU et surtout leur apport lors d'échanges d'informations opérationnelles participant d'une meilleure prise en charge thérapeutique notamment en matière de prévention du suicide.

¹⁵ Ibidem

9. L'ensemble de ces dispositifs devrait a priori offrir un véritable socle à ce partenariat entre personnels soignants et pénitentiaires. Or, O. GUIDI¹⁶ de démontrer que le cadre législatif et réglementaire est insuffisant pour régler toutes les situations de conflits au quotidien. Ces circuits d'échanges institutionnalisés n'empêchent pas les dysfonctionnements entre ces partenaires. Ainsi, la circulaire du 21 juin 2012 illustre bien les difficultés rencontrées dans les établissements pénitentiaires relativement aux échanges d'informations. En effet, la loi du 18 janvier 1994, au-delà d'une réforme de la prise en charge sanitaire des détenus, a opéré un véritable changement de paradigme dans les pratiques professionnelles à la fois des personnels soignants mais aussi des personnels pénitentiaires. Tout d'abord, les personnels soignants ont vu leur rôle et leur statut fondamentalement transformé en 1994. En effet, le passage d'une médecine pénitentiaire à une médecine de service public hospitalier en milieu carcéral n'a pas été sans conséquences. La plus importante a sans nul doute était l'acquisition par l'ensemble des personnels soignants d'une autonomie professionnelle et même d'une véritable indépendance là où auparavant existait une hiérarchie et un lien d'autorité des personnels pénitentiaires sur le personnel médical. Néanmoins, cette indépendance souffre parfois de la particularité du lieu d'exercice de ces personnels soignants car il s'agit de réussir au quotidien à dispenser des soins de qualité aux détenus sans pour autant occulter les impératifs de sécurité inhérents à tout lieu privatif de liberté. Pour mesurer les implications de cette évolution dans les pratiques professionnelles des personnels soignants, une comparaison des conditions d'exercice des soins infirmiers en établissement pénitentiaire entre la France et le Canada où la médecine pénitentiaire a encore court, apparaît opportune.¹⁷ L'étude visée tend à présenter les tensions existantes dans l'articulation des prérogatives sanitaires et pénitentiaires dans l'exercice infirmier au Canada et à décrire les différences qu'un tel système présente par rapport au système français. Dans le milieu pénitentiaire canadien, la pratique infirmière est double puisqu'au rôle traditionnellement dévolu au personnel infirmier s'ajoute une dimension sécuritaire, de maintien de l'ordre social. Or, cette double mission de garde et de soin est en général difficile à assumer ce qui peut conduire parfois même à une négation du rôle de soignant au profit de celui de « gardien de paix » ; les préoccupations sécuritaires étant souvent prioritaires. Les

¹⁶ GUIDI O., « Faire vivre les relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire en établissement : la gestion de la complexité », chronique du CIRAP, juin 2012, n°13

¹⁷ Holmes J., Perron A., Michaud G., Montluard L., Herve C. ; « *Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire, Réflexion critique sur les (im)possibilités du soin infirmier au Canada et en France* », Journal de la Réadaptation Médicale, décembre 2005, Volume 25, n°3, pp.131-140

manifestations de respect et de « maternages » à l'égard des détenus sont très mal perçues. Si bien que « le personnel infirmier canadien doit, encore aujourd'hui, négocier la légitimité de ses décisions de même que revendiquer son espace d'intervention »¹⁸. De plus, si ce statut double facilite les rapports avec les agents de correction¹⁹, ils disent se sentir dépendants de ces derniers puisque leur pratique professionnelle serait « *conditionnelle à la disponibilité (objective) des agents de correction ainsi qu'à la qualité (subjective) de leur relation avec les agents* »²⁰. À l'inverse, cette étude démontre que le personnel infirmier français tient par-dessus tout à son indépendance acquise depuis 1994, et ce, en refusant catégoriquement de coopérer sur le volet pénitentiaire ou même d'être contraints dans leur pratique par des impératifs sécuritaires. Cette scission entre sanitaire et pénitentiaire constituerait le socle d'un exercice infirmier éthique et plus aisé et serait même nécessaire à la sauvegarde par les personnels soignants de leur identité professionnelle. Il n'en demeure pas moins que cette recherche interroge sur la possibilité d'une pratique de soin dans un milieu carcéral. Il existerait une nette interdépendance entre personnel de soin et personnel pénitentiaire ; en particulier avec les personnels de surveillance ou agents correctionnels au Canada. Si bien que selon les auteurs quel que soit le statut des personnels soignants, il existe indubitablement un conflit entre deux idéologies (pénitentiaire et sanitaire) supportées par deux discours professionnels très marqués.

10. La loi du 18 janvier 1994 a certes permis aux personnels de santé d'acquérir un statut d'indépendance et d'accroître leur autonomie mais elle a dans le même temps déstabilisé les relations entre les soignants et les personnels de surveillance. Tout d'abord, la professionnalisation des personnels de santé en 1994 a entraîné de facto une exclusion des surveillants de la réalisation des tâches sanitaires. En outre de nouvelles règles plus conformes à la déontologie (secret médical, colloque singulier...) vont s'appliquer dans les établissements pénitentiaires renforçant cette mise à distance des personnels de surveillance non seulement de la pratique des soins mais surtout d'informations qu'ils détenaient auparavant. De fait, les rapports de force entre personnels pénitentiaires et personnels de santé ont radicalement changé puisque désormais les personnels soignants n'ont plus à se conformer aux contraintes pénitentiaires et peuvent même détenir des informations auxquelles n'accèdent pas les surveillants. De ce fait, les personnels de surveillance ont mal

¹⁸ Idem

¹⁹ Fonction équivalente à celle de surveillant pénitentiaire

²⁰ Holmes J., Perron A., Michaud G., Montluard L., Herve C. ; « *Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire, Réflexion critique sur les (im)possibilités du soin infirmier au Canada et en France* », op. cit.

vécu ce bouleversement dans leurs pratiques professionnelles le percevant comme un manque de reconnaissance de la part des médecins dont ils essaient de limiter l'autonomie. Ainsi, comme le démontre B. MILLY²¹, si les personnels soignants ont gagné en indépendance, il existe en pratique un écart entre leur idéal d'autonomie et l'autonomie effective dont ils disposent. Ce décalage s'explique, selon cet auteur, par le poids des contraintes carcérales qui pèsent sur les personnels de santé malgré la réforme de leur statut du fait de certaines pratiques des personnels de surveillance. En effet, si ces contraintes sont pour une part liées à l'organisation carcéral (portique de sécurité, respect du règlement, de la chaîne hiérarchique...) elles sont aussi d'autre part la traduction du conflit latent entre les personnels de soin et les personnels de surveillance (détenus envoyés en retard aux consultations, oublis dans la transmission de demandes de soins, grève du zèle...). Par une application stricte des règlements, (attente aux portes, passage sous les portiques, vérification d'identité, inscription sur les registres), le temps d'attente peut être quelquefois très long jusqu'à provoquer l'annulation et le report du rendez-vous. Ces pratiques sont moins l'expression selon B. MILLY d'un comportement rigide et routinier que d'une attitude réfléchie à des rapports de force entre ces différents acteurs ; manifestation du malaise plus profond qui touche les personnels de surveillance quant à leur identité professionnelle depuis 1994. En réalité, malgré tous les dispositifs de coordination entre personnel de santé et personnel de surveillance, il apparaît que le partage des missions de garde et de soin fait l'objet d'une « *négociation permanente où se joue le renouvellement des pratiques professionnelles des uns et des autres* »²². La mise en place rapide de protocoles entre établissements n'a pas suffi à éviter au niveau local les difficultés liées aux réajustements des pratiques professionnelles. La réforme initiée par la loi du 18 janvier 1994 a été bien au-delà de la transformation du système de prise en charge sanitaire des personnes détenues puisque elle a réactivé à la fois chez les personnels soignants et les personnels de surveillance une véritable problématique identitaire. Ces deux professions aux traditions ancrées et aux cultures enracinées dans des institutions cloisonnées qu'il s'agisse des hôpitaux ou des prisons ont été interrogées sur leur valeur morale. Ce choc des cultures initié depuis 1994 m'apparaît comme un objet d'étude particulièrement intéressant. L'étude des conséquences de cette réforme sur les pratiques professionnelles des

²¹ Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 2001 et Milly B., « L'Accès aux soins des détenus en France : Un Droit bafoué », *Déviations et société* n° 55, 2003, pp. 745-767.

²² Bessin M. et Lechien M-H., *Soignants et malades incarcérés – conditions, pratiques et usages des soins en prison*, EHESS, novembre 2000

surveillants est l'occasion de s'interroger sur les questions de légitimation des professions exercées dans un milieu peu valorisant tel que le milieu carcéral. Comment mettre en valeur la profession de surveillant dans une conception binaire de « division morale du travail » ? Comment réussir à concilier deux cultures professionnelles aux logiques a priori divergentes et créer une synergie entre elles pour une meilleure prise en charge des personnes détenues ? Il conviendra donc de s'intéresser d'une part aux difficultés relationnelles entre personnels de soin et de surveillance et d'autre part de s'interroger sur les implications de cette réforme et d'une telle redistribution des rôles sur l'identité professionnelle des surveillants.

2^{ème} partie

De la crise relationnelle à la crise identitaire

I. Le choc des cultures professionnelles soignantes et pénitentiaires

Si dans un premier temps, la réforme des soins en prison a contribué à un véritable « choc des cultures » entre personnels de soin et de surveillance (A), des mécanismes d'ajustement ont permis une certaine pacification des relations entre ces deux corps sans pour autant réussir à instaurer entre eux une collaboration pleine et entière (B).

A) Des cultures professionnelles contrastées : entre logique de soin et de sécurité

En 1994, de nombreux conflits se sont cristallisés entre les personnels de soin et de surveillance quant à leurs pratiques professionnelles respectives (1) et en particulier sur la question du secret médical (2).

1. Des pratiques professionnelles en opposition

11. Les conflits entre personnels de soin et personnels de surveillance s'expliquent par l'existence dans l'un et l'autre de ces corps d'une culture professionnelle forte. La notion de culture a été définie par Claude Clanet comme « un ensemble de systèmes de significations propre à un groupe ou sous-groupe. Ensemble de significations prépondérantes qui apparaissent comme valeur et donne naissance à des règles et des normes que le groupe conserve et transmet et par lequel il se particularise, se différencie des groupes voisins »²³. Renaud Sainsaulieu²⁴ démontre quant à lui qu'il existe un apprentissage des normes dans les relations de travail et une acquisition de représentations collectives et de valeurs communes sur l'entreprise considérée comme source d'apprentissage culturel. L'exercice d'une profession, les relations de travail forgent ainsi l'identité individuelle et collective des individus. Or, face à d'autres groupes sociaux, l'identité d'un groupe peut parfois « agir comme une armure rigide et défensive faisant

²³ Clanet C., *L'Interculturel: introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*, Presse du Mirail, Toulouse, 1993

²⁴ Sainsaulieu R., *L'identité au travail*, Presse de science Politique, 1977

écran à la communication avec autrui »²⁵ ; ce qui peut se traduire dans le cadre professionnel par une mise en lumière systématique des oppositions dans les pratiques professionnelles des uns et des autres.

12. Or, ce sont de telles stratégies défensives et offensives qui ont eu cours à compter de la réforme du 18 janvier 1994. Cette dernière a imposé une recomposition et un ajustement des logiques sanitaires et pénitentiaires intrinsèquement opposées dans l'esprit des professionnels des deux corps. Les soignants tentent alors de maintenir leur identité de professionnels de santé et d'échapper à la dévalorisation liée à l'exercice de leur profession en milieu carcéral ; et ce, en mettant en œuvre un travail de légitimation de leurs nouvelles pratiques. Les « nouvelles » infirmières luttent contre l'« instrumentalisation pénitentiaire ». Elles opposent leurs fonctionnements et savoirs-faire plus « rationnels » à ceux des infirmières pénitentiaires de l'« avant-réforme » et refusent strictement toute intrusion des personnels pénitentiaires dans leur relation soignante aux personnes détenues. Les soignants vivent mal la violence institutionnelle et craignent que le soin soit utilisé à des fins de confort (apaisement de l'atmosphère en détention) ou à titre de mesure « para-disciplinaire »²⁶. Il existe, en effet, une différence de logique de soin entre personnels soignants et de surveillance en particulier dans l'évaluation des symptômes. Alors que la logique carcérale tend à prendre en compte les risques de perturbation en détention, celle du sanitaire s'intéresse davantage au degré de gravité et d'urgence de la situation médicale de la personne détenue. Avec la rationalisation hospitalière, le soin n'est pas conçu pour apaiser une situation. Les demandes en ce sens des personnels pénitentiaires provoquent un certain malaise et « polluent » la pratique des soignants. Elles leur imposent dans certaines situations de s'interroger sur le bien fondé du soin également en terme de gestion de la détention et de risque pour la santé. Ainsi, quelle position adopter face à la prescription de médicaments pour certains détenus au risque suicidaire avéré ou victimes du phénomène de caïdat ?

13. Les surveillants pénitentiaires quant à eux ont perdu un levier de gestion de la détention mais surtout doivent s'acclimater avec le concept de détenu/patient. Cette nouvelle marque de respect envers les personnes détenues est ressentie comme un

²⁵ Djaoui E. ; Le Bouffant C., *Les Organisations du secteur social*, ed. ASH, coll. ASH étudiants, Paris, 2000

²⁶ Guerin G., « Contexte et genèse d'une réforme », dossier La santé en prison, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°44, septembre 2003

« effacement de la frontière morale » entre les personnes détenues et eux-mêmes²⁷. La distance dont font preuve les soignants à leur égard parfois ressentie par les personnels de surveillance dans les premiers temps de la réforme comme du dédain voire du mépris est d'autant plus mal perçue associée à cette marque de respect envers les personnes détenues. Les oppositions se renforcent donc par des mises en cause de la vocation professionnelle des uns et des autres via un système de rumeurs et de « retournement réciproque du stigmate de fonctionnaire » mais aussi par un système d'oppositions : opposition morale (la santé/la sécurité, la répression/l'humanité), de statut social, d'attitude de genre (féminité/virilité), de vocabulaire (patient/voyou), et même dans la manière de saluer (salut oral/poignée de main). Or, dès 1994, l'ensemble de ces tensions et oppositions s'est cristallisé autour d'un enjeu d'importance : le secret médical.

2. Une cristallisation des conflits autour du secret professionnel

14. À leur arrivée dans les établissements pénitentiaires en 1994, les soignants issus du service public hospitalier ont dû se départir d'un certain nombre de principes tels la liberté de prescrire et le choix du praticien. Cependant, il est un principe déontologique que les personnels de soin ont défendu ardemment et sans concession : le secret médical. Or, sa défense a renforcé les frontières entre les deux groupes professionnels et a même servi de caution pour les personnels soignants à leur refus de coopérer avec les personnels pénitentiaires et leur volonté de préserver leur pouvoir. Si en détention l'enjeu de la circulation de l'information est fondamental, en matière sanitaire, le secret tient quasiment lieu de principe sacré. Comme l'indique Manon JENDLY : « *Le secret se situe (...) au cœur des interactions entre les différents professionnels de l'exécution des sanctions. Il est l'objet d'enjeux décisifs sur le terrain, en termes d'identité et d'indépendance professionnelles, d'autonomie des actions et de respect de la dignité des détenus. [...] La divulgation ou non de certains secrets contribue à créer des tensions, déjà multiples dans un espace aussi confiné. Elle attise des incertitudes endémiques et des conflits larvés (...)* »²⁸.

²⁷ *La Santé en prison : Objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants*, module interprofessionnel de santé publique, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001 (réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale)

²⁸ Jendly M., *La Coexistence des secrets en exécution de peine privative de liberté : Vers un modèle de partage des informations confidentielles en milieu carcéral*, Thèse en droit, Université de Neuchâtel, 2005

15. Le secret médical est la pierre angulaire de l'éthique du soin. C'est une règle codifiée : elle n'est donc, en principe, pas contingente. La question de l'application de ce principe dans le milieu carcéral se pose donc avec acuité. Si la loi affirme clairement le droit pour les personnes détenues au secret médical²⁹, la formule selon laquelle le colloque singulier est le lieu de rencontre entre une confiance (celle du patient) et une conscience (celle du médecin) apparaît difficilement applicable en prison avec l'immixtion dans la relation médecin/patient-détenu d'un troisième acteur, l'administration pénitentiaire. Alors, comment concilier cette injonction déontologique avec l'organisation, le fonctionnement, les impératifs et les objectifs de l'institution carcérale ? De plus, le secret médical revêt un autre enjeu d'importance pour les soignants : il est déterminant dans la reconnaissance de leur légitimité professionnelle et dans le maintien de leur autonomie. La défense du secret médical se fait à un premier niveau dans l'intérêt des détenus mais aussi à un second niveau pour protéger la position des médecins au sein de leur groupe professionnel, pour « maintenir une autorité médicale ». Il rappelle de fait à l'institution carcérale « la non spécificité des soins en milieu pénitentiaire »³⁰ et leur indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

16. Cette critique est d'ailleurs reprise par les personnels de surveillance qui voient dans cette conception absolue du secret médical la volonté des soignants de préserver leurs propres intérêts et leur pouvoir médical. En outre, l'introduction de cette éthique de soin en prison qui fonde la confiance du patient sur le secret médical a parfois été vécue comme une provocation pour les personnels de surveillance qui y voyaient la volonté d'ériger l'intimité de la personne détenue comme principe alors même que selon une réalité empirique « tout se sait ». En effet, la question de la frontière entre intimité et sphère publique interroge en prison. En raison des fonctions qui leur sont dévolues, les surveillants ont connaissance d'une multitude d'informations relevant de la sphère privée des personnes incarcérées et touchant à leur dignité. Or, comment admettre de ne plus accéder aux informations concernant l'état de santé des personnes détenues ? La conviction de prendre des risques au quotidien est amplifiée par cette non-connaissance (notamment en ce qui concerne les maladies contagieuses) et le secret médical, mis en cause comme étant à l'origine de ces peurs. Cependant, cette fixation sur le savoir médical révèle une

²⁹ Loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009, « loi pénitentiaire », article 45

³⁰ Bessin M. et Lechien M-H., *Soignants et malades incarcérés – conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Op. Cit.

problématique plus large et plus complexe relativement à l'information en milieu carcéral, ses origines, son pouvoir et surtout son statut. L'exclusion du savoir sur la santé s'ajoute ainsi aux restrictions d'accès aux surveillants à ce qui se passe vraiment en détention. La possession du savoir sur les détenus n'est pas uniquement revendiquée pour se prémunir contre le risque de contagion mais aussi à des fins de maintien d'un contrôle sur la détention voire d'un monopole sur les informations ayant trait à la population pénale. Enfin, au-delà, de considérations pragmatiques ou sécuritaires, c'est bien la question de l'identité professionnelle et de sa valorisation qui sont en jeu : « *La nature différente de l'information, liée aux valeurs morales des missions de ceux qui doivent la garder secrète suggère (...) d'inégales dispositions entre le médecin et le surveillant pour respecter cet intérêt. Le secret médical renforce le prestige social du médecin alors que le secret pénal du surveillant n'aide pas à valoriser son « sale boulot »* ».

La loi du 18 janvier 1994 a considérablement affecté les relations entre les acteurs sanitaires et pénitentiaires. La revendication par les personnels soignants de leur indépendance a conduit dans un premier temps à un cloisonnement des personnels qui se sont chacun recentrés sur leurs compétences propres. Or une telle approche manichéenne entre logique sécuritaire et de soin, loin d'être opérationnelle n'a pu durer qu'un temps pour faire place dans un second temps à une série d'ajustements et de modes de coopération.

B) Les tentatives de coopération entre personnel de soin et de surveillance

Des tentatives de coopération se sont mises en place progressivement entre personnels de soin et de surveillance via des mécanismes d'ajustement de leurs pratiques professionnelles au sein des établissements pénitentiaires de manière générale (1) mais également au sein des structures spécialisées que sont les UHSI (2).

1. Le développement de mécanismes d'ajustement entre surveillants et soignants

17. La méfiance inter-institutionnelle héritée de la réforme des soins en milieu pénitentiaire est liée à une méconnaissance réciproque, une distance culturelle, sociale et professionnelle. Néanmoins, ces positions de principe ne sont pas tenables ni opérationnelles à long terme. Aussi, des ajustements dans les pratiques professionnelles se

sont mis en place au croisement des volontés d'autonomie et des obligations à travailler ensemble. Très vite, une relation d'interdépendance s'est imposée entre soignants et surveillants les obligeant à coopérer. De par une meilleure connaissance réciproque, le système de rumeurs et les préjugés a progressivement disparu. Les soignants ont intégré la complexité du fonctionnement carcéral et ont revu leurs critères de priorité et leurs pratiques antérieures. Des compromis se sont alors instaurés, les médecins acceptant parfois de recevoir des détenus devenus ingérables pour discuter quand bien même ils ne seraient pas malades. De plus, une meilleure prise en compte de la réalité carcérale de ses contraintes et aussi de ses limites ont conduit à un changement de position des surveillants vis-à-vis des soignants. Certaines expériences collectives réussies ont participé de cette acceptation de l'autre. De plus, au quotidien, les surveillants et les soignants (en particulier les infirmiers) sont soumis à la violence et peuvent avoir à y répondre ce qui participe d'une reconnaissance mutuelle et donc d'un rapprochement entre les deux cultures professionnelles. Les relations entre personnels de surveillance et infirmiers de l'US2 l'illustre bien : l'acuité d'un signalement permet indirectement d'obtenir l'apaisement des tensions en détention³¹. Ainsi, les infirmiers s'intéressent de près aux conditions de travail et aux modes d'observation des surveillants afin de pouvoir rectifier si besoin est la pratique du signalement. Le regard des surveillants sur les comportements des détenus est en effet une réelle plus-value pour les infirmiers psychiatriques. Les infirmiers n'hésitent pas de ce fait à valoriser les surveillants qui réussissent à détecter un détenu en souffrance psychologique ou à bien réagir face à une personne psychotique.

18. Personnels soignants et de surveillance poursuivent aujourd'hui un objectif commun de prise en charge globale de la personne détenue. Cette dernière fait l'objet d'un trajectoire de soin durant toute sa détention et même après sa sortie³². Un véritable travail pluridisciplinaire s'engage autour de la personne détenue. Le surveillant y occupe une place importante en matière de prise d'informations (prise de traitement, comportements inhabituels...) qu'il transmet ensuite à l'US1 ou au US2 qui prennent ensuite le relais. À l'inverse, les services médicaux doivent pouvoir compter sur les surveillants pour recueillir les demandes de consultations quotidiennes et permettre aux personnes détenues de s'y rendre dans les délais. Des réunions pluridisciplinaires (CPU) ont été par ailleurs instaurées dans le cadre du processus arrivant afin de prendre en charge dans les meilleures conditions

³¹ *Idem*

³² Loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009, « loi pénitentiaire », article 46

les personnes détenues. Une circulaire du 21 juin 2012 a d'ailleurs été rédigée quant à la participation des professionnels de santé dans ces CPU. Un cadre réglementaire est en effet apparu nécessaire face à la difficulté de préserver le principe du secret médical dans de telles réunions. Cette circulaire appelle ainsi à un échange d'informations pour une meilleure prise en charge thérapeutique des personnes détenues ; échange d'informations fortement conseillé en matière de prévention du suicide. Ce texte démontre toute la difficulté d'une participation officielle des personnels soignants au travail pluridisciplinaire. En revanche de manière informelle, les échanges d'informations se font plus aisément. Il est à noter que sur le terrain, il existe parfois des différences d'attitudes entre les différentes professions du soin (notamment entre les médecins et les infirmiers) autour de problèmes éthiques tel que le secret médical³³. Ainsi, les infirmiers ont en générale des positions plus modérées sur cette question vis-à-vis des personnels de surveillance. Ils ont ainsi tendance à faire preuve d'accommodations en partageant des informations « décentes » (risques de contagion, suites données à un signalement) afin de permettre une meilleure gestion de la détention (affectation en cellule notamment). Les infirmières appellent à plus de pragmatisme face à la rigidité des pratiques issues du service public hospitalier et en dénonçant les situations de travail absurdes dues aux cloisonnements institutionnels.

19. Ainsi, Bruno MILLY³⁴ de démontrer que les soignants considèrent les personnels de surveillance comme des partenaires avec qui il faut en permanence négocier et éviter les conflits. Néanmoins, plusieurs identités vont coexister au sein des personnels soignants qui ne constituent pas une profession « unifiée ». Il dénombre ainsi quatre identités qui chacune renvoie à une diversité d'action et de relation avec le personnel pénitentiaire. Cette approche démontre bien toute la complexité des rapports de coopération entre personnels de soin et de surveillance liés avant tout aux relations interpersonnelles. Par ailleurs, la question de la coopération se pose également au sein des institutions spécialisées que sont les UHSI.

³³ Paillet A., « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical », *Sociologie des groupes professionnels – Acquis récents et nouveaux défis*, sous la direction de D. Demazière et C. Gadea , La découverte, coll. Recherche, 2009

³⁴ Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 2001

³⁴ Bazex H., *L'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles*, ENAP, 2009

2. Le cas particulier des UHSI

20. À compter des années 2000, de nouvelles structures d'accueil des personnes détenues hospitalisées pour plus de 48 heures ont vu le jour. La création de ces Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) a réactualisé les questions relatives à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ; en particulier dans son articulation avec les injonctions sécuritaires inhérentes à toute structure accueillant des personnes placées sous main de justice. Or, Hélène BAZEX³⁵ s'est intéressée en particulier aux aspects relatifs aux différentes pratiques professionnelles des agents travaillant au sein des UHSI (en particulier les infirmières, aides-soignantes et surveillants). Elle a ainsi pu repérer des difficultés relationnelles entre agents pénitentiaires et soignants pouvant parfois provoquer un repli identitaire dans chacun des corps. H. BAZEX note, par ailleurs, que « *la collaboration entre les administrations de la santé et pénitentiaire trouve au sein de ce nouveau dispositif une réactualisation* », mettant ainsi en lumière de nouvelles postures quant à certaines thématiques comme celle du secret professionnel.

21. Les personnels soignants et pénitentiaires ont pu suivre une formation de trois semaines préalablement à leur affectation au sein de l'UHSI de Toulouse. Certains modules étaient d'ailleurs suivis en commun par les agents ; l'objectif étant de favoriser la cohésion d'équipe par une meilleure connaissance et compréhension de la pratique de l'autre corps de métier. De plus, les surveillants ont suivi une journée d'observation dans un hôpital tandis que les personnels soignants ont pu visiter des établissements pénitentiaires. H. BAZEX rapporte que les personnels pénitentiaires ont su adapter leurs pratiques à celles des soignants. Ainsi, alors que le niveau de sécurité à l'ouverture de l'UHSI était très strict, certaines règles ont été adoucies à la demande des soignants. Depuis lors, l'encadrement tente en permanence de trouver un équilibre entre impératifs sécuritaires et nécessités liées à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ; et ce, afin de « *maintenir une collaboration effective et harmonieuse avec les personnels soignants* »³⁶. Dans l'objectif de fluidifier les relations entre personnels de soin et de surveillance, des réunions hebdomadaires sont prévues pour améliorer la coordination entre les agents et trouver des articulations satisfaisantes entre soin et sécurité. Concernant la question du secret professionnel, une part importante des personnels soignants semble en accord avec le

³⁶ *Idem*

partage d'informations opérationnelles avec le corps des surveillants afin de « *faciliter la gestion de l'hospitalisation et de réduire les risques qu'ils soient sanitaires (maladie contagieuse) ou sécuritaires... ».*

22. Néanmoins, cette collaboration entre personnels soignants et pénitentiaires est loin d'être envisagée de manière sereine et recèle de nombreuses difficultés. Les contraintes sécuritaires sont encore très présentes selon les personnels soignants. Si les règles de sécurité sont intégrées, les personnels de soin ressentent la présence de certaines règles comme une perte d'autonomie et témoignent également d'une frustration liée à une limitation dans leurs relations aux personnes détenues inhérente aux contraintes sécuritaires (non divulgation d'informations relatives à l'organisation des soins, à la vie personnelle, présence du surveillant derrière la porte pendant les soins...). Les personnels ont tendance ainsi, comme au sein des établissements pénitentiaires, à « *conden[ser] leur conflit sur des territoire symboliques (appellation des détenus hospitalisés « patients-détenus », des cellules : « les chambres » en revendiquant leur identité professionnelle qui semble se sentir menacée par l'intrusion de la pratique pénitentiaire ».* La moitié des soignants interrogés pensent que les tensions entre personnel soignant et pénitentiaire sont issues d'une conception différente de la relation entretenue avec les personnes détenues ; relation qui serait jugée trop « affective ». Les personnels de surveillance pour une moitié considèrent en effet que les soignants font preuve de naïveté dans leurs relations avec les détenus hospitalisés. L'appartenance institutionnelle, la culture professionnelle de l'UHSI³⁷ et les missions professionnelles font elles aussi l'objet de conceptions différentes. D'une manière générale, la collaboration avec les personnels de surveillance dans ces nouvelles structures que sont les UHSI reste là encore laborieuse car conflictuelle et marquée d'incompréhension.

23. Les difficultés relationnelles demeurent entre personnel soignant et de surveillance même si elles tendent aujourd'hui de plus en plus à se solutionner au niveau local. Cependant, si en 1994, les tensions liées à l'arrivée des personnels soignants se sont révélées si intenses c'est bien parce qu'une crise sous-jacente a été réactivée : celle de l'identité professionnelle des surveillants. Or ce malaise identitaire est aujourd'hui encore bien présent et ne cesse de croître au fil des réformes du services public pénitentiaire ;

³⁷ *Ibid.*, p91 : « On a deux visions de l'UHSI différentes (...). Eux c'est une prison et nous, c'est un hôpital, c'est pas toujours évident d'arriver à concilier que c'est un patient détenu (...) »

alimentant de fait les tensions qui peuvent encore exister avec les personnels soignants mais aussi plus largement avec l'ensemble des partenaires intervenant au sein des établissements pénitentiaires.

II. La révélation d'une crise identitaire des surveillants pénitentiaires : entre déni de légitimité et absence de reconnaissance

Un malaise identitaire s'installe chez les personnels de surveillance, entre déni de légitimité (A) et refus de reconnaissance de la part de la société (B).

A. Surveillant pénitentiaire, un métier en déni de légitimité

En étant maintenus trop souvent dans un rôle d'exécutant aux tâches peu valorisantes (1), les surveillants pénitentiaires se sentent dépourvus de toute légitimité et utilité sociale (2).

I. Une définition instrumentale du rôle du surveillant pénitentiaire

24. La réforme de 1994 a réactivé les contradictions des métiers pénitentiaires dont celui de surveillant, profession aux rôles ambigus dont la culture a été remise en cause. Les surveillants se sont, en effet, sentis renvoyés au paradoxe de leurs missions de garde et de réinsertion et à leur position de simple exécutant. Le rôle des personnels de surveillance est fixé strictement par la loi qui en donne une définition instrumentale. La hiérarchie participe de cette définition instrumentale : elle donne les ordres et définit les moyens de leur exécution. Le surveillant est donc avant tout un exécutant. Ainsi, « *Il n'a de prise ni sur l'amont ni sur l'aval de sa tâche* »³⁸. En effet, il n'a ni la capacité ni la mission d'agir sur les causes de la délinquance et n'intervient en définitive pas non plus directement sur le devenir des libérés. Leurs missions et espaces d'intervention étant strictement régis par la loi, ils ne peuvent redéfinir les finalités de leur travail sauf à adopter des postures « déviantes »³⁹. À l'inverse, chez les personnels de santé, cette pratique est valorisée car constitutive de leur autonomie et de leur mission. Or, cette limitation de l'autorité du surveillant et de ses compétences, son rôle de simple exécutant apparaît d'autant plus

³⁸ Chauvenet A. ; Orlic F. ; Benguigui G., *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

³⁹ *Idem*

paradoxal que comme l'indique Guy CASADAMONT : « *Dans son interface hiérarchique/carcéral, l'autorité spécifique au champ carcéral place la surveillant dans une position schizo-logique en ce que le surveillant est personnel dominant dans l'ordre de l'autorité carcérale et personnel dominé dans l'ordre de l'autorité hiérarchique* »⁴⁰. Le personnel de surveillance n'est pas en possibilité de définir les finalités de son travail contrairement au soignant qui peut trouver un fondement moral à sa fonction et légitimer de ce fait son travail.

25. Cette définition instrumentale du rôle du surveillant s'organise en premier lieu sur sa fonction de sécurité. Son rôle est avant tout celui de la garde dont découlent ensuite de nombreuses tâches (contrôle des effectifs, fouilles, sondages de barreaux, rondes, écoutes...) et la nécessité d'une connaissance de la personne détenue. La mission d'entretien des personnes détenues occupe ensuite une autre part importante du travail des personnels de surveillance. C'est dans ce cadre que s'installe au quotidien une « relation de service » avec la personne détenue ; relation qui lui apporte quelques gratifications. Sa mission d'entretien concernait d'ailleurs la santé du détenu avant 1994. La distribution de la fiole permettait ainsi au surveillant au même titre qu'une infirmière ou qu'une aide soignante de participer à la mission valorisante de préservation de l'intégrité physique des personnes détenues ; tâche qui leur a été retirée par la suite. Cependant une telle relation de service n'est pas sans contradiction car elle induit un sentiment de dépendance aux personnes détenues (accroissement des demandes en maison d'arrêt) et contredit la position d'autorité des personnels de surveillance. Quant à la mission de réinsertion attribuée par les textes aux surveillants pénitentiaires, elle reste encore résiduelle. Elle est considérée par les agents comme un idéal à mettre en œuvre voire parfois même comme une utopie. En réalité, les personnels de surveillance dénoncent un manque de temps, une formation lacunaire et une organisation du travail non adaptée à la réalisation d'une telle mission. En outre, ils craignent d'être soupçonnés par la hiérarchie de corruption en développant des relations plus étroites avec les personnes détenues. Les surveillants estiment enfin que cette mission de réinsertion n'est pas compatible avec les autres missions qui leur sont dévolues : la sécurité ainsi que la garde et l'entretien des personnes détenues. En maison d'arrêt le temps consacré aux tâches sécuritaires ou « du quotidien » (le courrier, la douche, les mouvements...) les empêche de prendre le temps de discuter et de créer un lien avec les

⁴⁰ Casadamont G., *La détention et ses surveillants : représentations et champ carcéral*, thèse de 3e cycle, Sociologie, Paris, EHESS, 1984

personnes détenues. En revanche, en établissement pour peine et en particulier dans les centres de détention les surveillants auraient davantage le temps de nouer des relations dans le sens de leur mission de réinsertion. Néanmoins, fort est de constater que ces tâches sont de plus en plus déléguées à d'autres professionnels ou intervenants extérieurs à l'Administration Pénitentiaire.

2. Un métier en perte de sens dans un contexte de « division morale du travail »

26. Avec l'introduction des services médicaux au sein des établissements pénitentiaires, les personnels de surveillance et en particulier ceux affectés à l'infirmierie ont connu un appauvrissement de leur rôle et se sont sentis dépouillés de leurs prérogatives. Ils ont dû par conséquent se recentrer sur leur rôle de surveillant au sens strict (ouverture du courrier des détenus, constitution de la liste des arrivants pour les visites d'entrée et maintien du bon ordre au sein de l'US1). Or, ce phénomène rencontré en 1994 s'est répété à de nombreuses reprises et à chaque réforme améliorant les conditions de détention des personnes détenues, les surveillants se sont vus systématiquement mis à l'écart provoquant de facto chez eux un mouvement d'indifférence au mieux ou d'hostilité dans le pire des cas. *« L'ouverture des prisons s'est traduite par une sérieuse limite aux pouvoirs du surveillant. Ce dernier avait été le seul interlocuteur et voilà que lui échappe la responsabilité de nombreuses décisions. De plus, les droits des détenus réduisent son pouvoir (...) et les décisions clefs sont prises par d'autres catégories de personnel. Aujourd'hui le surveillant est le grand perdant de l'évolution carcérale du dernier demi-siècle. »*⁴¹. Face à ces évolutions, il est aisé de comprendre le malaise qui touche les personnels pénitentiaires quant à leur identité professionnelle ; malaise renforcé par une impression de perte de sens dans l'exercice de leur métier due en grande partie au phénomène de « *division morale du travail* »⁴².

27. Alors que la profession de médecin ou d'infirmier apporte à celui qui l'exerce un certain prestige social, le surveillant pénitentiaire doit au contraire composer avec un métier peu valorisant. Les représentations stéréotypées et la dévalorisation de la

⁴¹ Lemire G., « L'accompagnement, le soin, l'éducation », *Le sens de la peine*, Actes du colloque inaugural de l'ENAP, Agen, 8 au 10 novembre 2000

⁴² Chauvenet A. ; Orlic F. ; Benguigui G., *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

fonction de surveillant véhiculées dans la société s'expliquent de par la position de subalterne du surveillant au sein de la hiérarchie pénitentiaire mais aussi de par les tâches qui sont les siennes. Les tâches sécuritaires telles que les fouilles à corps ou de cellules renvoient à des mesures portant atteinte à l'intimité des individus. De même, les fonctions de maintien de l'ordre et de discipline laissent soupçonner dans l'imaginaire collectif des faits de brimades. En définitive, la profession de surveillant pénitentiaire apparaît aux yeux de l'opinion publique comme en décalage avec les normes culturelles en vigueur. Par ailleurs une division morale du travail s'instaure également au sein des établissements pénitentiaires sous deux formes. Au niveau horizontal, la division morale s'opère par un partage des tâches nobles et non nobles entre les différents intervenants de la prison. C'est ainsi que les surveillants pénitentiaires se voient attribuer les tâches les moins valorisantes, les missions les plus nobles étant déléguées à d'autres catégories de personnels ou d'intervenants tel les services médicaux. À un niveau vertical cette fois, une division s'opère entre les tâches conceptuelles relevant des corps de direction et d'encadrement et celles d'exécution confiées aux personnels de surveillance. Ces derniers perdent ainsi des moyens utiles de pacification et de négociation auprès des personnes détenues (entretien, classement, à l'administration pénitentiaire dans le cadre des CPU notamment). Parfois, la reconnaissance de l'encadrement apporte du sens au travail dans le cadre de postes à profils notamment. Néanmoins, trop souvent, s'installe et se creuse une distance entre l'utilité sociale du métier de surveillant et le rejet voire le mépris dont il fait l'objet par la société ; entre le rôle essentiel des ces agents dans l'application des peines et les simples tâches d'exécution qui leur incombent. Le malaise dont fait l'objet le métier de surveillant pénitentiaire reflète le malaise d'une institution qui tend à valoriser une finalité éducative, promouvoir la réinsertion et adopter un nouveau modèle de prise en charge individualisée alors que dans le même temps se développent des difficultés d'insertion et l'exclusion des personnes incarcérées de la société. Ainsi, la réinsertion prônée lors de la construction des « plan 13000 » sous l'optique d'une revalorisation du travail des surveillants pénitentiaires s'est heurtée à plusieurs réalités. Par une ouverture sur l'extérieur plus grande encore qu'auparavant, les tensions entre les missions de sécurité et de réinsertion dévolues aux personnels de surveillance ont été réactivées. L'automatisation, le déplacement des surveillants de la coursoive aux postes de sécurité, l'octroi de la mission de maintenance au partenaire privé ont réduit encore un peu plus leur champ d'intervention. Ce sentiment d'inutilité a été renforcé par la sous-traitance au partenaire privé de nombreux autres

domaines : la cuisine, la lingerie, la cantine, les ateliers, la formation. L'arrivée du partenaire privé dessaisit ainsi davantage les personnels de surveillance de leviers d'apaisement par le maintien d'une relation quotidienne, de services rendus aux personnes détenues (donner des rations supplémentaire, de l'aspirine, rectifier une erreur de commande de cantine...). Enfin, symboliquement, les clefs, symbole de leur différenciation avec les personnes détenues leur ont été retirées. Les personnels de surveillance se sentent ainsi inutiles et menacés dans leur position professionnelle. Au final, ils se voient confier les tâches les moins valorisantes moralement ce qui contribue à une perte de sens des finalités de leur travail, un sentiment de culpabilité alimenté par l'image négative que leur renvoie l'opinion publique et une perte de l'estime de soi. Autant d'éléments qui, à leur paroxysme, suscitent un rejet du métier. Or, face à cette mise à distance de la prison par la société, la nécessité est grande pour les personnels de surveillance de s'inscrire dans une sous-culture professionnelle produisant des normes structurées auxquelles ils pourront se rattacher.

B. Face à l'absence de reconnaissance sociale, le risque du repli sécuritaire

En quête d'une identité lisible par la société et l'institution pénitentiaire (1), les surveillants pénitentiaires tendent à se replier sur leurs seules missions sécuritaires (2).

1. Une profession en mal d'identité

28. Pour le sociologue Jacques ION, «*l'identité professionnelle, [est] ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. Elles supposent donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part.*»⁴³. L'identité professionnelle se construit progressivement via la transmission par les pairs de normes et valeurs propres à la profession. Trois mécanismes spécifiques de la socialisation professionnelle chez les médecins ont été particulièrement explicités par Everett HUGHES⁴⁴. Dans un premier temps, «*Le passage à travers le miroir* » (c'est-à-dire

⁴³ Ion J., *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 1996

⁴⁴ Hugues E., «*La fabrication des médecins*», 1955 IN Dubar C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 2002

l'immersion dans la culture professionnelle) fait apparaître de nombreuses contradictions avec l'image que le « novice » s'était faite du métier. L'image du métier peut alors entrer en conflit très net avec l'anticipation de la carrière et l'image de soi dans le métier. Dans un second temps, l'individu en cours de formation s'installe dans une forme de dualité entre le modèle idéal et le modèle pratique à propos des quatre éléments qui, selon Hughes, constituent la base de l'identité professionnelle (la nature des tâches, la conception des rôles, l'anticipation de la carrière et l'image de soi dans le métier). En définitive, l'individu « ajuste la conception de Soi », c'est-à-dire qu'il reconstitue son identité en prenant en compte ses capacités (physiques, mentales, personnelles), ses goûts et les choix de carrières qu'il peut espérer.

29. Ce processus de socialisation tel que décrit par E. HUGHES peut être transposé chez les surveillants pénitentiaires. Chez ces derniers, il s'agit avant tout d'une socialisation par les pairs, autrement dit par l'intégration au groupe. Le premier stage est de ce point de vue crucial. Au même titre que les médecins dans les recherches d'E. HUGHES, les surveillants confrontent leur représentation du métier avec la réalité du terrain. D. LHUILIER et N. AYMAR parlent même de « choc carcéral »⁴⁵, expression usuellement employée relativement à la première incarcération de la personne détenue mais néanmoins à propos ici pour exprimer l'impact de l'arrivée en détention des surveillants pénitentiaires eux-mêmes. Ces derniers découvrent en effet avec « peur et surprise » la réalité de la détention, premier choc dépassé grâce au soutien des pairs qui offrent les premiers repères. Il s'agit ensuite d'acquérir le « savoir faire » en intégrant le double discours ; une position de compromis et de coopération permettant de faire face à la double contrainte (« *double blind* ») des normes de l'institution carcérale et des pressions exercées par les personnes détenues. Or, « *au fil du temps et de l'expérience, le savoir faire lui-même se prolonge en un savoir vivre ensemble* »⁴⁶. L'équipe, les collègues constituent un groupe d'appartenance permettant à l'élève surveillant une identification ou une contre-identification et d'adhérer à un sous-groupe de référence qui correspond à son identité personnelle. L'inscription dans un groupe d'appartenance est la condition de la reconnaissance sociale et de la validation des pratiques professionnelles. Néanmoins, des obstacles s'opposent à la constitution d'une sous-culture des personnels de surveillance.

⁴⁵ Lhuilier D., Aymar N., *L'univers pénitentiaire, Du côté des surveillants de prison*, Desclée de Brouwer - 1997

⁴⁶ *Idem*

Ces difficultés sont moins liées aux valeurs et aux principes professionnels qui existent qu'à l'absence des moyens dont disposent les surveillants pénitentiaires pour les faire reconnaître par la société et se les approprier collectivement. Ainsi, « *la dénonciation récurrente à travers de nombreux conflits sociaux d'un rôle de « porte clefs » témoigne de l'expérience d'une mise en cause de la place centrale traditionnellement occupée dans l'univers de la détention, d'une instrumentalisation qui méconnaît la complexité de leur travail de construction d'un équilibre carcéral, d'une fragilisation des conditions nécessaires à la construction de l'identité professionnelle* »⁴⁷. La construction d'une identité professionnelle individuelle ou collective nécessite des normes communes et des pratiques de référence, un cadre cohérent à partir duquel chacun pourra s'inscrire puis « apporter sa marque », son individualité. Or, les évolutions incessantes des profils de la population pénale, des missions dévolues aux personnels de surveillance, la double injonction qui leur est faite de nouer des relations de coopération avec les personnes détenues mais aussi de s'en méfier, conduisent à une sorte de « brouillage » de la place offerte au surveillant pénitentiaire. Ce brouillage entraîne un sentiment d'insécurité et de souffrance liée à une absence cruelle de reconnaissance qui alimente la perte du sens du travail, du plaisir au travail et de l'estime de soi. Ainsi, les personnels de surveillance tendent à retrouver de la légitimité et à se faire reconnaître au travers d'un thème concret et de leur mission la plus explicite : la mission de sécurité.

2. *La recherche d'une reconnaissance sur le versant sécuritaire*

30. Pour G. HAWKINGS : « *un des aspects les plus curieux de toute l'histoire moderne des prisons est le fait que le surveillant, l'Homme sur lequel repose tout l'édifice du système pénitentiaire, a été ignoré avec une constance surprenante, ou bien idéalisé, mais jamais considéré sérieusement. C'est là que se fonde l'origine d'une croyance en une sous-culture perçue comme anti-détenus et sécuritaire* »⁴⁸. Néanmoins, cette idée domine jusqu'à la représentation que les surveillants pénitentiaires se font d'eux-mêmes et alimente leur discours. Il s'agit bien pourtant d'un mythe puisque dans leur très grande majorité les personnels de surveillance ne sont pas hostiles à la mission de réinsertion et qu'avec le

⁴⁷ *Ibidem*

⁴⁸ Hawkins G. *The prison*, University of Chicago press, 1976 IN Chauvenet A. ; Orlic F. ; Benguigui G., *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

temps ils ont tendance à devenir plus « libéraux ». En revanche, de manière bien plus réelle, les personnels de surveillance cherchent de plus en plus à s'identifier aux forces de sécurité intérieure que sont la police et la gendarmerie nationale. Il n'est pas anodin que la loi pénitentiaire dans son article 12 dispose que « *Les personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire constituent sous l'autorité des personnels de direction, l'une des forces dont dispose l'Etat pour assurer la sécurité intérieure* ». Par ailleurs, la création du corps des ERIS (équipes régionales d'intervention et de sécurité) en 2003 est une des manifestations de la spécialisation des personnels de surveillance sur le versant sécuritaire au même titre que la création récente des escortes judiciaires. En outre, au sein des UHSI, les surveillants sont également cantonnés aux aspects sécuritaires de leur mission. Selon le guide des Pratiques de Références Opérationnelles : « La surveillance d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale », les personnels de surveillance ont pour rôle de faciliter l'accès aux soins des personnes détenues, de garantir la sécurité des personnes et des locaux de l'UHSI et de prévenir les évasions. Les surveillants de l'UHSI procèdent comme en établissement aux fouilles des personnes et des locaux, à la gestion des effets personnels de la personne détenue, à la remise des produits d'hygiène et du pyjama, à la fermeture des portes, au contrôle des courriers, à l'organisation des parloirs et à leur surveillance. À compter de 2007, les missions de sécurité du périmètre extérieur ont été confiées aux surveillants, dotés à cet effet en armement. Les relations entre les surveillants pénitentiaires et les détenus sont très limitées ; les personnels soignants répondant aux besoins que les surveillants avaient l'habitude de gérer en détention. H. BAZEX remarque ainsi « *un désinvestissement à l'égard des patients détenus et un surinvestissement des pratiques sécuritaires* ». La création des UHSA en 2002 a renvoyé encore plus fortement les personnels de surveillance à une conception sécuritaire de leur métier ; leur rôle se limitant à la seule sécurité périmétrique et à des interventions ponctuelles pour la fouille des locaux ou en cas d'incident. Or, les surveillants pénitentiaires ne considèrent cette évolution de leur pratique professionnelle vers de nouvelles missions sécuritaires plus valorisante. Ainsi comme l'indique Mirella SITOT : « *les politiques placent en tête les fonctions sécuritaires, reléguant au second plan tout ce qui a trait à la réinsertion (...). Toutes les relations et tous les contacts quotidiens sont imprégnés de cette exigence prioritaire, qui donne l'image de luttes inévitables et d'oppositions inhérentes entre les groupes de personnes détenues et de surveillants pénitentiaires. Cela semble être le quotidien du*

gardien de prison »⁴⁹. En revanche, les textes sont bien souvent lacunaires quand il s'agit de définir les pratiques en matière de réinsertion. « *Il est curieux d'ailleurs de voir comment la mission de garde est bien déclinée en gestes professionnels – fouilles, tenue des effectifs, etc. – et, de ce fait, évaluée, alors que la mission de réinsertion ne l'a jamais été* » remarquait Jean-Marc CHAUVET en 2000⁵⁰.

31. D. LUILIER et N. AYMARD⁵¹ estiment que le surinvestissement de leur mission de garde et les discours sécuritaires tenus par les personnels pénitentiaires expriment un sentiment d'insécurité de leur part. Ils se rattacheraient ainsi à la seule mission dont ils sont les seuls garants : la sécurité. « *La sécurité devient le pôle attractif médiateur d'une demande de légitimité d'une profession menacée* »⁵². Le thème de la sécurité n'est pas soumis aux changements et produit du sens là où la réinsertion apparaît comme une mission impossible à mener à bien. De plus, ce message de « plus de sécurité » est explicite pour l'administration même s'il est en réalité mal compris. Y répondre par la seule sécurisation des établissements, reconnaître les personnels pénitentiaires comme force de sécurité intérieure seulement, revient à omettre le véritable enjeu du message : « *L'enjeu de la sécurité se doit d'être entendu dans tout son sens. Ce dont parlent les surveillants c'est de la sécurité. Ce qu'ils disent, c'est une demande de légitimité, un désir de reconnaissance articulé à la reconnaissance, par les surveillants, de leur désir d'être des partenaires des évolutions engagées, d'une définition d'une autre organisation du travail et d'un débat sur la fonction sociale de la prison* »⁵³.

32. Un autre écueil consisterait à vouloir séparer les missions sécuritaires de celles éducatives. En effet, face à la difficulté de donner du sens à une profession aux missions complexes parfois en opposition, il serait tentant de succomber à la « spécialisation » des surveillants pénitentiaires. « *Le moment n'est-il pas venu de créer des équipes dédiées à la sécurité (...) et des équipes de proximité chargées de la vie en détention ?* » s'interrogeait Jean-Marc CHAUVET⁵⁴. Néanmoins, une telle spécialisation ne

⁴⁹ Sitot M., *Personnel de surveillance : quelles missions pour quelle identité professionnelle ? Bilan et perspectives*, mémoire, ENAP, 2012

⁵⁰ Jean-Marc CHAUVET, directeur régional des services pénitentiaires de Paris (4 mai 2000), auditions faites au nom de la commission d'enquête de l'assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises

⁵¹ Lhuillier D., Aymar N., *L'univers pénitentiaire, Du côté des surveillants de prison*, Desclée de Brouwer - 1997

⁵² *Idem*

⁵³ *Ibidem*

⁵⁴ Jean-Marc CHAUVET, directeur régional des services pénitentiaires de Paris (4 mai 2000), auditions faites au nom de la commission d'enquête de l'assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises

servira pas à donner à tous les surveillants pénitentiaires un sens à leur métier ni une identité professionnelle valorisante et qui leur est propre. « *Plus on avance, plus est valorisé par les personnels, ce qui est en dehors de la détention. C'est comme si la noblesse des métiers pénitentiaires n'existait plus. On observe d'ailleurs ce phénomène avec les surveillants spécialisés. Le fait d'accoler une épithète au mot surveillant – surveillant moniteur de sport, surveillant informatique – équivaut à dévaluer d'autant le métier de surveillant que l'on renvoie au fin fond de la détention et des coursives, en oubliant de prendre en compte cette dimension du travail* »⁵⁵. Il convient donc de trouver de la cohérence dans l'exercice du métier de surveillant pénitentiaire, de lui redonner de la consistance. En revalorisant les personnels de surveillance sous l'angle de leurs missions de sécurité mais aussi de réinsertion, en les associant pleinement à la prévention de la récidive, on leur permettra d'occuper enfin leur rôle d'interlocuteur privilégié non seulement des personnes détenues mais également de l'ensemble des personnes et services intervenants en prison et particulièrement des personnels de soin. Ainsi, afin d'instaurer un partenariat durable et de qualité entre les personnels de surveillance et de soin il conviendra d'une part de redéfinir les pratiques et l'identité professionnelle des surveillants pénitentiaires et, d'autre part, d'offrir à ces deux partenaires une culture professionnelle ainsi que des objectifs en commun.

⁵⁵ Claudon V., *Le renforcement de l'identité professionnelle des surveillants pénitentiaires : un enjeu pour la prochaine décennie*, mémoire, ENAP, 2005

3^{ème} Partie

Le surveillant pénitentiaire comme véritable interlocuteur des personnels de soin

I. Pour une revalorisation du potentiel et des compétences relationnelles des surveillants pénitentiaires

Par la mise en cohérence des ses différentes missions (A), la profession de surveillant pénitentiaire est susceptible de gagner en consistance, de se construire une identité professionnelle valorisante et, qui plus est, d'obtenir de la part de la hiérarchie et de la société une reconnaissance certaine (B).

A) La réinstauration d'une synergie dans les missions du personnel de surveillance

33. Si les missions de garde, bon ordre et de réinsertion sont souvent conçues en opposition par les personnels de surveillance, il n'en demeure pas moins qu'ils reconnaissent que la dimension sociale de leur métier participe de la sécurité de l'établissement. Ainsi, la mise en place d'une relation de « bonne entente »⁵⁶, de coopération entre les personnels de surveillance et les personnes détenues par l'institution contribue progressivement à l'instauration d'une certaine confiance et d'un respect mutuel. Cette relation passe par des services rendus au quotidien (transmission d'une information, d'un objet d'une cellule à une autre) mais surtout par des conversations et une écoute active des personnes détenues. Il ne fait pas de doute que le développement de relations interpersonnelles est un véritable levier dans la prévention des incidents. Les rapports sociaux puisqu'ils permettent une meilleure connaissance des personnes détenues participent donc également d'une sécurité interne. « *Participer activement au travail de réinsertion permettrait de concilier la mission de sécurité et de rééducation par le jeu de la sécurité dynamique. C'est ce qu'on appelle la sécurité relationnelle. De nombreux surveillants considèrent en effet que la meilleure façon de garantir la sécurité consiste à*

⁵⁶ Belliard H., *Le savoir faire relationnel est-il le cœur de métier du surveillant pénitentiaire ?*, mémoire, ENAP, 2005

établir de bonnes relations, se concrétisant par l'écoute et la négociation, le respect de droits de chacun primant sur l'autorité, la discipline et l'ordre »⁵⁷. Le surveillant pénitentiaire doit acquérir et cultiver un ensemble de compétences pour faire adhérer la personne détenue à la règle. Ainsi, Didier LALLEMANT devant la 157^{ème} promotion de surveillants déclarait en 2003 : *« L'autorité s'acquiert par la compétence, la disponibilité et le respect scrupuleux de la loi, l'esprit d'initiative et le courage dans les situations difficiles (...). C'est le sens de l'humain allié à la connaissance de la réglementation qui vous sera utile pour que chacun prenne conscience que la prison, si elle est un lieu de contrainte et de devoir, est aussi un lieu de droit »*⁵⁸. De plus, ces relations interpersonnelles et cette bienveillance du personnel de surveillance permettent d'engendrer la plupart du temps une interaction positive avec la personne détenue mais aussi *« de valoriser le métier et surtout lui donner une autre image. Si l'agent ne prend pas en compte cette dimension, il arrivera rapidement aux limites du métier et cela engendrera une perte de motivation... »*⁵⁹. Le surveillant pénitentiaire en investissant cette dimension sociale et l'intégrant à ses autres missions peut d'autant plus constater l'utilité de son travail quotidien, s'accomplir dans l'exercice de son métier et se construire une identité professionnelle valorisante. En intégrant pleinement la relation à la personne détenue comme faisant partie de leur cœur de métier, les surveillants pénitentiaires peuvent trouver là un point d'ancrage identitaire.

34. Les missions de garde, bon ordre et de réinsertion ne sont donc pas nécessairement opposées. Au contraire, les surveillants pénitentiaires en créant une synergie entre leurs différentes missions peuvent redonner de la consistance à leur travail. Loin de n'être que des « portes clefs » effectuant seulement le « sale boulot », ils participent activement à l'ensemble des missions qui incombent à l'administration pénitentiaire. Il apparaît alors indispensable que soient reconnues toutes les compétences et tous les savoirs-faire acquis par les surveillants pénitentiaires car trop souvent encore, ce potentiel relationnel est mal perçu, selon les agents, par leurs collègues ou bien même la

⁵⁷ Sitot M., *Personnel de surveillance : quelles missions pour quelle identité professionnelle ? Bilan et perspectives*, mémoire, ENAP, 2012

⁵⁸ Discours de Didier LALLEMANT à l'occasion de la cérémonie de clôture de la 157^{ème} promotion des élèves surveillants le 30 octobre 2003 à l'ENAP

⁵⁹ Témoignage d'un chef de service pénitentiaire IN Belliard H., *Le savoir faire relationnel est-il le cœur de métier du surveillant pénitentiaire ?*, mémoire, ENAP, 2005

hiérarchie et fait l'objet de suspicions⁶⁰. Ce « savoir faire relationnel »⁶¹ devrait être une des qualités attendues d'un surveillant pénitentiaire. Il devrait donc être évalué et encouragé même par les équipes de direction. Ainsi, « *L'AP qui s'est engagée, ces dernières années, dans une démarche d'ouverture et de changement ne peut donc plus se limiter à des formations axées exclusivement sur la dimension technique du métier. Elle doit miser sur le développement personnel de ses agents (...). Pour être un « bon » surveillant (...) l'agent doit faire preuve de qualités permettant avec l'expérience, que le savoir faire relationnel se prolonge en un « savoir vivre ensemble »* »⁶². Le surveillant doit par ailleurs être guidé par l'encadrement afin de ne pas être débordé dans sa relation à la personne détenue notamment en prenant des engagements qu'il ne pourrait pas tenir. Il doit réussir avec l'expérience et de l'accompagnement à trouver la bonne distance. Ses missions doivent être clarifiées car comme l'indique Hugues BELLIARD le manque d'information sur les personnes détenues est cause d'angoisse et peut générer chez les personnels de surveillance une « réaction protectrice », d'hostilité vis-à-vis de la population pénale et de l'institution. Par conséquent, il convient de ne pas cantonner le surveillant pénitentiaire à un rôle d'exécutant mais accepter de lui laisser une part d'autonomie dans son travail, le responsabiliser dans sa pratique relationnelle quotidienne ; ceci étant un préalable indispensable à l'émergence d'une identité professionnelle du surveillant pénitentiaire.

B) Vers davantage de responsabilisation professionnelle et de reconnaissance des personnels de surveillance

35. Pour responsabiliser les surveillants pénitentiaires, encore faut-il leur laisser un espace de liberté. Or, bien souvent les surveillants pénitentiaires se sentent « malmenés », désavoués par l'opinion publique mais aussi par leur hiérarchie⁶³. Or c'est justement l'impuissance ressentie du fait de cette absence d'autonomie qui semble en partie à l'origine d'une perte d'identité. Robert CARIO indique de ce fait qu'il « *paraît vital, pour l'administration pénitentiaire, que les personnels qui font massivement nombre puissent développer [...] leur identité professionnelle, qui ne peut être celle imposée par le système,*

⁶⁰ Lhuillier D., Aymar N., *L'univers pénitentiaire, Du côté des surveillants de prison*, Desclée de Brouwer - 1997

⁶¹ Belliard H., *Le savoir faire relationnel est-il le cœur de métier du surveillant pénitentiaire ?*, mémoire, ENAP, 2005

⁶² *Idem*

⁶³ Lauret V., *Quelle place, quelle parole pour le personnel de surveillance ?*, mémoire, ENAP, 2003

et qui au contraire devra passer par une dialectique conflictuelle traduisant le désir de rompre avec le rôle de surveillant subissant. C'est en favorisant la prise d'initiative et non en s'en méfiant que nous pensons pouvoir redynamiser l'ensemble de la structure et par de là même le fonctionnement de l'institution »⁶⁴. L'équipe de direction doit ainsi être en capacité de « laisser vivre professionnellement » les personnels de surveillance en leur reconnaissant une autonomie réelle. Ils ne pourront être mobilisés qu'à compter du moment où l'équipe de direction et d'encadrement s'engagera avec eux dans une démarche de contractualisation d'objectifs. En effet, ne formuler aucun but à atteindre aux personnels de surveillance contribue à les maintenir dans une position de simple exécutant et alimente leur sentiment d'inutilité sociale. Il apparaît donc indispensable de les impliquer dans la vie et l'évolution du service. Pour ce faire, l'équipe de direction doit toujours garder à l'esprit de maintenir une certaine transparence, une traçabilité entre les orientations stratégiques fixées par l'administration centrale et les directions interrégionales et les objectifs fixés aux agents en bout de chaînes. C'est pourquoi il convient d'impliquer les personnels de surveillance dès la rédaction du diagnostic orienté de la structure et de leur permettre d'avoir une visibilité par la suite des objectifs prioritaires fixés pour l'année au sein de l'établissement. Ce n'est que par une compréhension globale des stratégies dans lesquelles s'inscrivent leurs actions que les personnels de surveillance pourront trouver un sens à leurs fonctions aux quotidiens et une cohérence entre leurs missions. En effet, le surveillant pénitentiaire au même titre que n'importe quel agent ou intervenant doit pouvoir constater sa contribution à l'amélioration du service et sa participation à la politique de l'administration ainsi qu'à la promotion des valeurs du service public.

36. L'équipe de direction ne doit plus seulement penser en terme de commandement mais également en terme de management vis-à-vis des surveillants et ce en valorisant la participation, la responsabilisation et la coopération. L'équipe de direction a « un rôle fondamental qui s'ordonne autour de la nécessité de mobiliser les surveillants autour du projet de l'établissement, travailler sur les motivations par la valorisation des savoirs-faire autour de objectifs institutionnels portés par la politique du chef d'établissement au niveau local... »⁶⁵. IL faut donc faire en sorte d'évoluer vers une gestion des compétences de la singularité de chacun. L'évaluation des personnels de surveillance

⁶⁴ Cario R., « L'amélioration du climat social dans le monde pénitentiaire », Revue pénitentiaire de droit pénal, n°2, Avril-juin 1992

⁶⁵ Lauret V., *Quelle place, quelle parole pour le personnel de surveillance ?*, mémoire, ENAP, 2003

est ainsi un levier qu'il ne faut pas négliger. Ainsi, V. CLAUDON s'interroge-t-il sur le sens de la notation des surveillants pénitentiaires : « *Comment un individu peut se motiver s'il sait que quoi qu'il fasse le traitement de l'institution sera le même ? ...la notation ne répond pas à ses objectifs : permettre à l'agent d'évoluer et de progresser dans la carrière* »⁶⁶. L'évaluation doit être un moment privilégié chaque année pour apprécier la valeur professionnelle des personnels de surveillance, identifier leurs points forts mais également leur donner des pistes d'amélioration pour l'avenir ; valoriser les activités spécifiques investies par l'agent et l'inciter à être force de proposition y compris dans la formulation d'objectifs à atteindre pour l'année à venir. Pour cela, l'équipe de direction, doit, lorsque cela s'y prête, appliquer le principe de subsidiarité à l'égard des surveillants pénitentiaires lorsqu'il apparaît qu'ils sont le mieux à même de résoudre un problème d'eux-mêmes. Enfin, l'évaluation doit aussi être le moment de faire exprimer les aspirations de l'agent en terme de développement professionnel voire personnel et de dégager avec lui des perspectives d'évolution (projet professionnel, mobilité, formation, concours). H. BELLIARD recueillait ainsi la parole d'un directeur de services pénitentiaires en ce sens : « *... l'agent a besoin d'être écouté, entendu et rassuré. Il doit ressentir de la reconnaissance pour accomplir les choses. S'il est inquiet, la relation sera difficile et le travail ne sera pas effectué avec sérénité. Une relation globale doit être installée et pour consolider l'esprit de corps qui existe au sein des surveillants pénitentiaires. Le chef d'établissement doit tisser des liens individuels et les données seront différentes par la suite avec les agents. Cela a pour objectif de véritablement composer une équipe avec des complémentarités (intervention, gestion de crise par la parole...) et c'est cette dernière qui va permettre le bon fonctionnement du groupe et de l'établissement* »⁶⁷. En apportant de la cohérence entre les missions des surveillants pénitentiaires et en revalorisant leurs compétences (collectives et individuelles), l'équipe de direction peut réussir localement à apporter une reconnaissance certaine aux personnels de surveillance. Il s'agit là d'un premier pas à une reconnaissance plus globale de leur métier. Ainsi, R. BADINTER a-t-il déclaré que « *la revalorisation nécessaire de la fonction dépend de plusieurs éléments. D'abord de la qualité de la formation reçue, ensuite du degré de compétence reconnu dans l'exercice des fonctions, et découlant de cela de la considération qui en résulte et qui n'est*

⁶⁶ Claudon V., *Le renforcement de l'identité professionnelle des surveillants pénitentiaires : un enjeu pour la prochaine décennie*, mémoire, ENAP, 2005

⁶⁷ Belliard H., *Le savoir faire relationnel est-il le cœur de métier du surveillant pénitentiaire ?*, mémoire, ENAP, 2005

rien d'autre que la connaissance ou la reconnaissance par la cité, par la société, de l'importance sociale [des fonctions de surveillant pénitentiaire] »⁶⁸. Il convient donc de communiquer sur les compétences des surveillants pénitentiaires, sur leur cœur de métier bien plus complexe que ce qu'il n'y paraît de prime abord. L'administration pénitentiaire au niveau national et l'équipe de direction au niveau local doivent développer des partenariats avec la presse afin de promouvoir une image plus positive de l'institution et communiquer sur les actions menées au sein des établissements pénitentiaires. La presse constitue donc également un outil à ne pas négliger pour mieux faire connaître et reconnaître le métier de surveillant pénitentiaire à la société et démontrer toute son utilité sociale.

En installant les surveillants pénitentiaires dans une démarche de contribution active au projet de service, la situation semble davantage propice à un partenariat durable entre les personnels de soin et les personnels de surveillance. Néanmoins, encore faut-il réussir à faire partager à ces deux corps une culture et des objectifs communs.

II. Le nécessaire partage entre personnels de santé et de surveillance d'une culture et d'objectifs communs

A) Les conditions d'un réel partenariat : du cadre institutionnel à l'instauration progressive d'une culture commune

37. Le chef d'établissement doit donner les moyens à la fois aux personnels de santé mais aussi aux personnels de surveillance de développer une collaboration fructueuse. Pour ce faire, son rôle est avant tout de donner aux agents un cadre à leur partenariat. Il convient ainsi de prévenir les éventuels incidents et difficultés susceptibles de survenir au quotidien ou de manière plus exceptionnelle. Pour cela, l'équipe de direction doit au préalable prendre soin de bien connaître ses partenaires de la santé (organisation hiérarchique, fonctionnement des organes de décision, de conception et d'exécution). De manière plus empirique, il est également indispensable de déterminer quels sont les objectifs, les enjeux ainsi que les faiblesses et contraintes du service hospitalier et des personnels qui y travaillent. Dans un second temps, le chef d'établissement doit, de la

⁶⁸ R. BADINTER, Ministre de la Justice, allocution à l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire le 1^{er} décembre 1981 IN Claudon V., *Le renforcement de l'identité professionnelle des surveillants pénitentiaires : un enjeu pour la prochaine décennie*, mémoire, ENAP, 2005

même manière, exposer à ses interlocuteurs de la santé l'organisation (notamment hiérarchique), le fonctionnement et les contraintes inhérentes à son établissement. Des visites de l'établissement peuvent ainsi se révéler utiles pour faire prendre conscience aux personnels soignants des contraintes sécuritaires ayant des répercussions sur leur travail au quotidien : ouverture des portes, gestion des mouvements, entrée de matériel médical dans l'établissement... Il est également indispensable que le chef d'établissement puisse expliquer quels sont ses objectifs mais surtout ses champs d'intervention, les domaines ne relevant pas de sa compétence et enfin les zones où aucune négociation ne sera possible (sécurité des personnes et de l'établissement). À ce titre, le protocole signé entre les deux établissements partenaires fixe le cadre à leurs relations et vise à harmoniser le fonctionnement des établissements partenaires ainsi qu'à anticiper d'éventuels incidents et les prémunir de dysfonctionnements. Il décline ainsi les obligations et compétences des signataires et, de manière plus précise, dans quelles conditions les soins sont délivrés, les personnes détenues hospitalisées et décrit le fonctionnement des structures sanitaires et la composition de l'équipe hospitalière. Enfin, il établit les relations financières des partenaires et les modalités de la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation à la santé tout en organisant la sécurité des personnes et des biens dans les unités de soins.

38. Néanmoins, comme nous l'avons démontré plus tôt, fixer un cadre institutionnel n'est pas suffisant pour favoriser la coopération entre les personnels de soin et de surveillance. Le chef d'établissement doit ainsi améliorer la collaboration entre ces partenaires en leur permettant d'acquérir un vocabulaire partagé par tous, des pratiques professionnelles unanimes et à long terme, partager une culture commune. Ainsi, il convient dans un premier temps d'impliquer les personnels de santé dans le fonctionnement quotidien de l'établissement : informer sur la vie en détention, les événements journaliers, communiquer sur les situations individuelles des personnes détenues et notamment des arrivants. Ceci implique d'investir pleinement les CPU ainsi que les réunions locales de coordination santé. Dans le cas des CPU, le chef d'établissement doit prendre soin de convier les personnels de santé à chaque fois quand bien même ils ne souhaitent pas y participer. Il faut prendre soin d'écouter leurs arguments, de faire remonter leurs remarques à la direction interrégionale et de les inclure au quotidien dans les décisions ayant des répercussions sur le soin des personnes détenues. Par ailleurs, le chef d'établissement doit favoriser le développement de projets communs entre les personnels de soin et les

personnels de surveillance. Il peut s'agir de projets d'éducation à la santé animés en binôme auprès de la population pénale, de formations des personnels de surveillance dispensées par les personnels de soin (repérage d'une crise suicidaire, les troubles psychiatriques...) ainsi que de formations transversales visant ces deux publics, ou encore de travaux et réflexions interdisciplinaires sur des outils communs (formulaire, traitement des requêtes...).

Finalement, le chef d'établissement peut favoriser le partenariat personnel de santé - personnel de surveillance via des outils permettant une meilleure compréhension du rôle et des missions de chacun mais également apporter à ces deux professions des repères communs ; préalable nécessaire à la construction sur le plus long terme d'une culture partagée. Néanmoins, cette dernière ne pourra se développer qu'à la condition de donner du sens à la collaboration entre les personnels médicaux et les surveillants pénitentiaires.

B) Le partage d'objectifs communs pour une collaboration pleine de sens

39. Permettre aux personnels de soin et de surveillance de partager des objectifs implique de repenser le rôle du surveillant pénitentiaire. En effet, ce dernier doit être valorisé dans ce qui fait sa spécificité : son rôle d'observateur et de « premier interlocuteur du détenu sur la courserie »⁶⁹. Le personnel de surveillance est en effet le mieux placé pour parler de la personne détenue. C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de le repositionner comme « *interlocuteur privilégié* » à la fois des personnes détenues et de l'ensemble des services de l'établissement⁷⁰.

40. C'est à ce titre que la Direction Interrégionale centre-est Dijon s'est engagée dans la mise en place à titre expérimental de « surveillants référents ». Cette expérimentation « *consiste à confier un groupe de détenus à un surveillant qui les prendra en charge sous de multiples aspects : par exemple, en aidant les illettrés ou étrangers à comprendre ou remplir un document, en donnant un avis sur certaines décisions concernant les détenus dont il a la charge en travaillant en articulation avec d'autres*

⁶⁹ Sitot M., *Personnel de surveillance : quelles missions pour quelle identité professionnelle ? Bilan et perspectives*, mémoire, ENAP, 2012

⁷⁰ Annexe 1

services (ex : SPIP, greffe...) »⁷¹. Le surveillant deviendrait par la même un véritable interlocuteur des personnels de soin. En effet, de par leur expertise, leur connaissance des personnes détenues, des changements de comportements dont ils peuvent faire l'objet, les personnels de surveillance détiennent des informations cruciales pour les personnels de soin en particulier en ce qui concerne la prise en charge de personnes dépendantes, avec des troubles psychiatriques ou bien en crise suicidaire. Or, instaurer des « surveillants référents » nécessite de repenser le partage d'information, en introduisant les valeurs de « confiance » mais aussi de « responsabilité » et de développer une « intelligence collective (...) via notamment (...) une bonne articulation entre tous les acteurs, un discours commun adressé à la population pénale »⁷². La pluridisciplinarité est donc réaffirmée par cette expérimentation et engage davantage les surveillants pénitentiaires dans cette voie en en faisant des membres de la CPU et de la CAP au même titre que les personnels de soin. « Cela permet à l'agent d'avoir une fonction importante au sein de l'établissement et à l'extérieur, de changer l'image du surveillant en lui donnant de la crédibilité et du poids dans les prises de décisions, notamment en CPU »⁷³. Les surveillants référents disposent donc d'un lieu où ils peuvent partager avec les autres services et personnels pénitentiaires leurs propres observations mais également obtenir des informations auxquelles ils n'accédaient pas toujours auparavant et surtout participer à la prise de décision. Ils peuvent donc accéder à une vision plus globale de la personne détenue en devenant de véritables interlocuteurs des différents services de l'établissement.

41. Une telle expérimentation permet de rendre de la cohérence au métier de surveillant pénitentiaire en permettant aux agents d'investir au même titre leur mission de réinsertion, de prévention de la récidive et leur mission de sécurité puisque le surveillant référent « *comme tout surveillant (...) maintient l'ordre et la discipline et s'assure du respect du règlement intérieur de l'établissement. Il participe activement à la prévention des évasions et des incidents.* »⁷⁴. De plus, le surveillant référent est également « *un agent spécialisé dans le traitement des demandes vers lequel les autres personnels orientent les personnes détenues en cas de besoin : les services internes de l'établissement ont un*

⁷¹ *Idem*

⁷² *Ibidem*

⁷³ Annexe 1

⁷⁴ Annexe 2

interlocuteur privilégié à leurs côtés. »⁷⁵. Le surveillant n'est pas seulement référent des partenaires mais également des personnes détenues : « *le surveillant doit (re)devenir l'interlocuteur privilégié mais pas unique de la personne détenue* »⁷⁶. Ainsi, de par sa connaissance des personnes détenues, le « surveillant référent » peut à la fois contribuer à la sécurité de l'établissement et à l'accompagnement à la sortie des personnes dont il a la charge via le parcours d'exécution de la peine auquel il est associé. Par ailleurs, une part d'initiative lui sera laissée dans la recherche des « *leviers et pistes d'amélioration individuels et collectifs afin d'éviter certains comportements inadaptés (ex : dans le cas de violences, de trafics > changement de cellule, de régime, proposition de programme....)* ». »⁷⁷.

42. Toutefois cette expérimentation appelle nécessairement des interrogations sur le rôle du surveillant. Tout d'abord, assigner de telles missions au « surveillant référent » nécessite de bien délimiter son champ d'intervention pour ne pas « empiéter » sur les compétences des services partenaires et en particulier du SPIP. Aussi est-il important de bien déterminer le rôle, les missions du surveillant référent et de réfléchir à son articulation avec le SPIP ou tout autre partenaire. Les missions du « surveillant référent » doivent être connues et reconnues de l'ensemble des services de l'établissement. De ce fait, en faire un membre de la CPU permettra de lui donner un certain statut auprès des partenaires et de faire en sorte qu'il partage (avec les personnels de soin notamment) l'objectif d'une prise en charge globale de la personne détenue. Le positionnement de ces « surveillants référents » est aussi à formaliser. Endosser ce nouveau rôle génère naturellement des questionnements voire des craintes puisque des connaissances et des techniques sont à acquérir (tel que l'entretien avec les personnes détenues). Néanmoins cette expérimentation ne fait que révéler et mettre en valeur les compétences premières des surveillants pénitentiaire. Elle permet de les repositionner dans un rôle qui leur est propre, qui les valorise et qui a du sens. Enfin, le rôle de « surveillant référent » permet de replacer le surveillant au sein de l'établissement, de le faire participer aux objectifs de la structure en cohérence et en synergie avec les services partenaires de l'établissement et en particulier avec les personnels de soin.

⁷⁵ Annexe 1

⁷⁶ Idem

⁷⁷ Annexe 2

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages

Bazex H., *L'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles*, ENAP, 2009

Bessin M. et Lechien M-H., *Soignants et malades incarcérés – conditions, pratiques et usages des soins en prison*, EHESS, novembre 2000

Casadamont G., *La détention et ses surveillants : représentations et champ carcéral*, thèse de 3e cycle, Sociologie, Paris, EHESS, 1984

Chauvenet A. ; Orlic F. ; Benguigui G., *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

Clanet C., *L'Interculturel: introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines*, Presse du Mirail, Toulouse, 1993

Djaoui E. ; Le Bouffant C., *Les Organisations du secteur social*, ed. ASH, coll. ASH étudiants, Paris, 2000

Hawkins G. *The prison*, University of Chicago press, 1976 IN Chauvenet A. ; Orlic F. ; Benguigui G., *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994

Hugues E., *Le regard et le soi*, 1996 in C. DUBAR, P. TRIPIER, V. BOUSSARD, *Sociologie des professions*, Armand Colin, 3è édition, mai 2011

Ion J., *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 1996

Lhuilier D., Aymar N., *L'univers pénitentiaire, Du côté des surveillants de prison*, Desclée de Brouwer – 1997

Milly B., *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 2001 et « L'Accès aux soins des détenus en France : Un Droit bafoué », *Déviances et société* n° 55, 2003, pp. 745-767.

Sainsaulieu R., *L'identité au travail*, Presse de science Politique, 1977

2. *Articles*

Cario R., « L'amélioration du climat social dans le monde pénitentiaire », *Revue pénitentiaire de droit pénal*, n°2, Avril-juin 1992

Guerin G., « Contexte et genèse d'une réforme », dossier La santé en prison, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°44, septembre 2003

Guidi O., « Faire vivre les relations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire en établissement : la gestion de la complexité », *chronique du CIRAP*, juin 2012, n°13

Holmes J., Perron A., Michaud G., Montluard L., Herve C. ; « *Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire, Réflexion critique sur les (im)possibilités du soin infirmier au Canada et en France* », *Journal de la Réadaptation Médicale*, décembre 2005, Volume 25, n°3, pp.131-140

Hugues E., « *La fabrication des médecins* », 1955 IN Dubar C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 2002

Lemire G., « L'accompagnement, le soin, l'éducation », *Le sens de la peine*, Actes du colloque inaugural de l'ENAP, Agen, 8 au 10 novembre 2000

Paillet A., « Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical », *Sociologie des groupes professionnels – Acquis récents et nouveaux défis*, sous la direction de D. Demazière et C. Gadea , La découverte, coll. Recherche, 2009

3. *Mémoires et thèses*

Belliard H., *Le savoir faire relationnel est-il le cœur de métier du surveillant pénitentiaire ?*, mémoire, ENAP, 2005

Claudon V., *Le renforcement de l'identité professionnelle des surveillants pénitentiaires : un enjeu pour la prochaine décennie*, mémoire, ENAP, 2005

Jendly M., *La Coexistence des secrets en exécution de peine privative de liberté : Vers un modèle de partage des informations confidentielles en milieu carcéral*, Thèse en droit, Université de Neuchâtel, 2005

Lauret V., *Quelle place, quelle parole pour le personnel de surveillance ?*, mémoire, ENAP, 2003

La Santé en prison : Objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants, module interprofessionnel de santé publique, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001 (réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale)

Malochet G., *A l'école de la détention : La Socialisation professionnelle des surveillants de prison*, 2007

Sitot M., *Personnel de surveillance : quelles missions pour quelle identité professionnelle ? Bilan et perspectives*, mémoire, ENAP, 2012

ANNEXES

*ANNEXE 1 : DISP Info : l'expérimentation du
surveillant référent*

ANNEXE 2 : Fiche de mission du surveillant référent

L'EXPERIMENTATION DU SURVEILLANT REFERENT

La labellisation des processus « arrivants » a permis aux surveillants de trouver un rôle valorisant dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne détenue. Fort de ce constat, la DISP de Dijon s'engage dans la démarche d'expérimentation du « surveillant référent » qui doit permettre :

A) **De valoriser les missions du surveillant :**

C'est à travers le témoignage d'un surveillant travaillant dans un quartier « arrivant » labellisé que l'on mesure le mieux les effets réels de ce nouveau mode de fonctionnement.

A titre individuel, cela « permet à l'agent d'avoir une fonction importante au sein de l'établissement et à l'extérieur », de changer l'image du surveillant en lui donnant « de la crédibilité et du poids dans les prises de décisions, notamment en CPU ».

D'un point de vue fonctionnel, le surveillant « est le référent privilégié des organes judiciaires qui gravitent autour de la prison. Il est un acteur essentiel ... »

Mais il est aussi et surtout, « le référent d'un détenu entrant » et également « un agent spécialisé dans le traitement des demandes », vers lequel les autres personnels orientent les personnes détenues en cas de besoin : « les services internes de l'établissement ont un interlocuteur privilégié à leurs côtés ».

B) **De repositionner le surveillant comme interlocuteur privilégié :**

Le surveillant doit (re)devenir l'interlocuteur privilégié, mais pas unique, de la personne détenue.

L'expérimentation consiste à confier un groupe de détenus à un surveillant qui les prendra en charge sous de multiples aspects : par exemple, en aidant les illettrés ou étrangers à comprendre ou remplir un document, en donnant un avis (dossiers d'orientation, aménagement de peines etc ...) sur certaines décisions concernant les détenus dont il a charge, en travaillant en articulation avec d'autres services (ex : SPIP, greffe)

C) **De réintroduire la confiance dans le partage de l'information:**

Il convient de revoir le partage d'informations afin qu'il s'effectue sous le double signe de la confiance mais aussi de la responsabilité.

D) **De développer « l'intelligence collective » :**

L'expérimentation du surveillant référent, sa responsabilisation, et son association à la prise de décision doivent permettre une pluridisciplinarité encore plus efficace (notamment par sa participation à la CPU et à la CAP).

Il s'agit d'une véritable « intelligence collective » qui doit se faire jour via notamment un partage loyal d'informations, une bonne articulation entre tous les acteurs, un discours commun adressé à la population pénale.

Le surveillant référent devient « LE » référent pour la personne détenue et l'un des pivots essentiels de la prise en charge de la population pénale

E) **De former les agents :**

Cette expérimentation nécessite de former les surveillants référents, notamment en raison des bouleversements législatifs et réglementaires qui impactent leur travail au quotidien, et de leur proposer des techniques indispensables (ex : conduite d'entretien).

A terme, le dispositif particulier de formation des référents pourra être ouvert à tous les surveillants

F) **De généraliser le dispositif :**

L'expérimentation est prévue sur 5 sites volontaires (MA Charleville, MA Nevers, CSL Montargis, CP Varennes et CD Villenaux) et avec des agents candidats (40 au total).

Après une formation-action dispensée aux candidats (mai/juin 2012), l'expérimentation débutera en septembre 2012.

En décembre 2012, une évaluation intermédiaire de l'expérimentation sera réalisée, puis un bilan final en juin 2013 : c'est ce bilan qui déterminera si, et à quelles conditions, le dispositif du surveillant référent sera généralisé à tous les sites de la DISP Dijon.

Surveillant référent

Documents de référence

- *Socle commun de l'expérimentation du surveillant référent (validé le 10/02/2012) + travaux des groupes de formation (12/06/2012, 11/09/2012, et 25/09/2012)*
- *Article 12 de la loi pénitentiaire : missions des personnels de surveillance*
- *Articles 1 et 2 du Code de déontologie : mission du service public pénitentiaire*
- *Pratique de Référence Opérationnelle (PRO surveillant d'unité de vie)*

Objectifs de la Mission

Comme tout surveillant, le surveillant référent maintient l'ordre et la discipline et s'assure du respect du règlement intérieur de l'établissement. Il participe activement à la prévention des évasions et des incidents.

Sous l'autorité de l'encadrement, le surveillant référent est un interlocuteur et un maillon indispensable du parcours des personnes détenues : il les accompagne, les oriente et les conseille.

Il assure la continuité dans le suivi après la phase accueil et est associé impérativement à toutes les étapes du parcours d'exécution de peine en lien avec les différents services.

Il apporte sa contribution concrète et directe à l'insertion de la personne détenue, en entretenant un rapport pédagogique avec la personne détenue, l'incitant à l'autonomie, au vivre ensemble, au respect d'autrui et des règles.

Missions

- Prend en charge la personne détenue dont le suivi lui a été confié par la CPU, en lien avec les objectifs définis par cette instance
- Incite la personne détenue à investir son temps de détention
- Valorise les informations recueillies auprès de ses collègues sur les personnes suivies et en effectue une synthèse si nécessaire
- Produit et partage de l'information supplémentaire et complémentaire sur les personnes suivies
- Emet un avis motivé auprès de l'encadrement ainsi qu'au sein des instances sur les diverses demandes traitées
- Recherche les leviers et pistes d'amélioration individuels et collectifs afin d'éviter certains comportements inadaptés (ex : dans le cas de violences, de trafic > changement de cellule, de régime, proposition de programme....)

Moyens associés

- Moyens matériels :
 - Accès à GIDE et CEL
 - Accès à une boîte mail OWA sur le poste de travail du surveillant référent
 - Volume horaire défini localement et validé par la DISP
 - Local adapté à la conduite d'entretien

■ Moyens méthodologiques :

- Participation aux diverses instances (CPU, CAP sous réserve accord JAP) lors de l'examen de la situation ou demande de la personne détenue suivie, afin de partager ses informations avec les autres membres de ces instances
- Seulement en cas d'indisponibilité (l'agent n'est pas de service – relève impossible), transmission de sa synthèse via le collègue ou l'encadrant participant à l'instance
- Réalisation des entretiens
- Consultation du dossier de la personne suivie
- Temps de rencontre et de travail entre surveillants référents
- Communication préalable aux surveillants référents des calendriers et rôles des diverses instances
- Possibilité d'observer les personnes détenues dans toutes les situations et tous lieux de l'établissement
- Intégration de l'information sur les surveillants référents dans le livret d'accueil arrivants
- Lettre de mission locale (personnes détenues à suivre et objectifs du suivi)
- Information des personnes détenues suivies via la synthèse CPU (sauf motif lié à la sécurité)

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE : La loi du 18 janvier 1994 : d'une réforme des dispositifs sanitaires au renouvellement des pratiques professionnelles des personnels soignants et de surveillance

DEUXIÈME PARTIE : De la crise relationnelle à la crise identitaire

I. Le choc des cultures professionnelles soignantes et pénitentiaires	p15
A) Des cultures professionnelles contrastées : entre logique de soin et de sécurité.....	p15
1. Des pratiques professionnelles en opposition.....	p15
2. Une cristallisation des conflits autour du secret professionnel.....	p17
B) Les tentatives de coopération entre personnel de soin et de surveillance.....	p19
1. Le développement de mécanismes d'ajustement entre surveillants et soignants.....	p19
2. Le cas particulier des UHSI	p22
II. La révélation d'une crise identitaire des surveillants pénitentiaires : entre déni de légitimité et absence de reconnaissance.....	p24
A) Surveillant pénitentiaire, un métier en déni de légitimité.....	p24
1. Une définition instrumentale du rôle du surveillant pénitentiaire.....	p24
2. Un métier en perte de sens dans un contexte de « division morale du travail ».....	p26
B) Face à l'absence de reconnaissance sociale, le risque du repli sécuritaire.....	p28
1. Une profession en mal d'identité	p28
2. La recherche d'une reconnaissance sur le versant sécuritaire	p30

TROISIÈME PARTIE : Le surveillant pénitentiaire comme véritable interlocuteur des personnels de soin

I. Pour une revalorisation du potentiel et des compétences relationnelles des surveillants pénitentiaires.....p34

A) La réinstauration d'une synergie dans les missions du personnel de surveillance... p34

B) Vers davantage de responsabilisation professionnelle et de reconnaissance des personnels de surveillance p36

II. Le nécessaire partage entre personnels de santé et de surveillance d'une culture et d'objectifs communs p39

A) Les conditions d'un réel partenariat : du cadre institutionnel à l'instauration progressive d'une culture commune.....p39

B) Le partage d'objectifs communs pour une collaboration pleine de sens.....p41

***La relation personnel soignant - personnel de
surveillance : Un révélateur du malaise identitaire des
surveillants pénitentiaires***

Depuis l'entrée en 1994 dans les établissements pénitentiaires de personnels soignants issus du service public hospitalier, les relations personnel de soin et personnel de surveillance se sont tendues progressivement. En effet, la réforme initiée par la loi du 18 janvier 1994 a été bien au-delà de la transformation du système de prise en charge sanitaire des personnes détenues puisque elle a réactivé à la fois chez les personnels soignants et les personnels de surveillance une véritable problématique identitaire.

Ce mémoire se propose d'étudier les conséquences de cette réforme sur les pratiques professionnelles des surveillants et de se pencher sur les questions de légitimation des professions exercées dans un milieu peu valorisant tel que le milieu carcéral. Nous nous interrogerons ainsi sur la valorisation de la profession de surveillant dans une conception binaire de « division morale du travail » mais également sur la manière de concilier deux cultures professionnelles aux logiques a priori divergentes et de créer une synergie entre elles pour une meilleure prise en charge des personnes détenues.

Personnel de santé – Surveillants pénitentiaires – Identité professionnelle – Pratiques professionnelles - Partenariat