

# L'IMPENSÉ D'UNE RÉFORME PÉNITENTIAIRE

Une réforme récente réorganise radicalement les soins en prison<sup>1</sup>. Participant d'une amélioration des conditions d'existence des détenus, elle suscite de nombreux conflits entre personnels pénitentiaires et personnels soignants hospitaliers, placés en situation de concurrence pour la définition du mode légitime de gestion de la population pénale. Son « application » met en évidence l'écart entre un dispositif de réforme « sur le papier » et un dispositif de réforme « à l'épreuve du terrain », et réactive des systèmes d'oppositions durables qui structurent partiellement le champ de la prise en charge des fractions les plus démunies des classes populaires. Système d'oppositions entre des missions sécuritaires et répressives – ici celles des personnels pénitentiaires – et des missions plus « humaines » – celles des soignants qui portent secours à des personnes incarcérées. Mais ce système d'oppositions occulte l'ambivalence, particulièrement saillante au sein du monde pénitentiaire, des pratiques professionnelles. Infirmières et surveillants sont les deux catégories professionnelles les plus engagées dans un face-à-face prolongé avec les détenus, exposition qui contraint tout à la fois à « secourir » et à « punir » et à recourir à des techniques de distanciation et de « limitation de l'accessibilité »<sup>2</sup>. L'analyse des conflits suscités par la réforme des soins en prison, aujourd'hui pacifiés mais ponctuellement réactivés<sup>3</sup>, ménage un point de vue décentré tant sur l'univers pénitentiaire – les services médicaux fonctionnant comme des coulisses de l'ordre carcéral et de sa violence – que sur des savoir-faire relationnels déconsidérés car mobilisés auprès de populations stigmatisées.

La réforme des soins, mise en place par une loi de 1994, transfère à partir de 1996 l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus du ministère de la Justice au ministère de la Santé. Avant 1994, les « infirmeries » en prison relevaient de l'administration pénitentiaire et disposaient de faibles moyens. Elles étaient gérées par des infirmières pénitentiaires, secondées par des sur-

veillants. Depuis la réforme, chaque prison est associée par un protocole à un hôpital, le service médical étant un service hospitalier en quelque sorte externalisé, désigné comme une « unité de consultations et de soins ambulatoires » (UCSA). Les personnels des UCSA, hospitaliers, ne sont plus soumis à la hiérarchie pénitentiaire et disposent de moyens nettement accrus (outils, création de secrétariats médicaux, augmentation du nombre d'infirmières et de médecins généralistes, consultations spécialisées plus régulières et plus diversifiées). La réforme, qui prévoit également l'affiliation des détenus au régime général de la Sécurité sociale, est présentée comme une réponse à un double impératif : un impératif humaniste, les détenus étant censés bénéficier d'une égalité et d'une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, et un impératif de santé publique, en raison de l'état sanitaire de la population pénale et des risques de contagion qu'elle fait courir à la population générale. Le scandale des dons de sang contaminé et la lutte contre le sida ont contribué à attirer l'attention sur le sort des détenus, soignés de manière dérogatoire par l'institution totale qui en assure la « garde », notamment au travers de rapports officiels dénonçant les carences des soins en prison, la multiplication des cas de sida, d'hépatites B et C, la réap-

1 – Cet article s'appuie sur une recherche menée avec Marc Bessin sur les soins en prison pour le GIP mission de recherche « Droit et justice » (enquête ethnographique dans deux prisons pour hommes).

2 – Expression empruntée à Isaac Joseph (« La relation de service. Les interactions entre agents et voyageurs », *Les Annales de la recherche urbaine*, 39, septembre-octobre 1988).

3 – Comme le montre la mobilisation de certains syndicats pénitentiaires en janvier et février 2000 lors de la publication dans *Le Monde* d'extraits du témoignage de Véronique Vasseur (*Le Monde* du 14 janvier 2000 et *Médecin chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche Midi, 2000). V. Vasseur restitue son activité de médecin en prison à la première personne, décrit la vétusté des locaux, l'hygiène déplorable, l'improvisation du travail médical, la violence carcérale à travers les automutilations, l'exploitation sexuelle, la promiscuité, les soupçons des détenus sur les « gardiens »... La mise en scène des extraits par *Le Monde* accentue le caractère tout à la fois « brut » et en surplomb du récit : effacement des dates qui structurent le témoignage dans l'ouvrage et notamment de la réforme dont il sera question ici, effacement de la présence des infirmières pendant la journée et « héroïsation » du médecin, Véronique Vasseur étant présentée comme « seule nuit et jour avec 1 800 détenus ».

partition de la tuberculose, la présence croissante de toxico-manes. Enfin, traditionnellement, la population pénale regroupe un nombre élevé d'alcooliques et de grands fumeurs. Dans cette logique de santé publique, les prisons apparaissent donc comme des lieux centraux de dépistage et de prévention sanitaire.

L'arrivée de nouveaux professionnels hospitaliers a été vécue comme une « intrusion » par les personnels pénitentiaires. Le terme « intrusion » souligne assez la violence de cette confrontation et la multiplication des situations conflictuelles enregistrées au cours des premiers mois d'application de la réforme. Les UCSA occupent les mêmes locaux que les anciennes « infirmeries », après rénovation. La réforme engage donc une opération de requalification d'espaces médicaux anciens, totalement intégrés à l'ordre pénitentiaire, naturalisés. D'où la violence de la confrontation entre les trois principales catégories professionnelles concernées : les personnels hospitaliers, les soignants pénitentiaires et les personnels de surveillance. Les premiers travaillent à la reconversion d'un lieu et à la réforme de sa définition et de ses usages, les seconds sont invités à corriger leurs pratiques, disqualifiées par l'existence même de la loi de 1994. Ces conflits seront décrits puis analysés comme un effet non maîtrisé de la réforme des soins. La loi de 1994 rend visible le décalage traditionnel entre « l'humanisme d'État », mobilisé pour la mise en place institutionnelle de la réforme, et le relatif désinvestissement des autorités de tutelle face à la routinisation du dispositif. Inscrite dans un contexte de « pénalisation de la pauvreté »<sup>4</sup>, la réforme réactive également les contradictions de l'humanisation de l'univers carcéral. Les conflits entre infirmières et surveillants révèlent en effet les enjeux indissociables de la dignité de la position professionnelle occupée, de l'humanité du traitement des détenus et de la gestion de la violence carcérale qui « contamine » l'ensemble des agents.

### **Des espaces médicaux insérés dans des univers masculins**

Une des spécificités du travail soignant en milieu carcéral est liée au rôle joué par les personnels pénitentiaires. En maison d'arrêt, les détenus n'accèdent pas directement aux UCSA : ils écrivent pour obtenir un rendez-vous ou font appel aux surveillants d'étage qui répercutent leurs demandes auprès des infirmières. Placés au plus bas de la hiérarchie pénitentiaire, les surveillants d'étage sont chargés de gérer l'ordre dans les unités et sont en contact direct avec les prisonniers. Les nouveaux personnels hospitaliers doivent ainsi composer avec des partenaires dépourvus de compétences médicales, mais détenteurs de savoir-

faire acquis dans leur propre face-à-face avec les détenus. Infirmières et surveillants perdent provisoirement la maîtrise de leur espace professionnel : le travail des infirmières n'est plus encadré par l'institution hospitalière, les surveillants sont soumis à un nouveau regard, celui des infirmières hospitalières qui incarnent un type de féminité professionnelle assez éloigné de celui des « anciennes » infirmières<sup>5</sup>. Les tensions se multiplient et se pacifient d'autant moins vite que les contacts interpersonnels directs sont peu fréquents. Alimentées par la circulation de « rumeurs », elles entretiennent une délimitation presque physique entre espace pénitentiaire et espace médical. Redoublées par le genre des agents, elles se cristallisent dans une double opposition entre missions et contraintes professionnelles.

La description des conflits par les acteurs emprunte souvent la métaphore du territoire. Pour les personnels pénitentiaires, les hospitaliers « ont institué une barrière et une enclave », « s'enferment derrière leurs portes », « se comportent comme une ambassade ». De leur côté, les soignants estiment représenter un « œil » extérieur qui « dérange ». Tout dans l'univers carcéral agresse leurs dispositions professionnelles : la vétusté des établissements, les barreaux aux fenêtres des locaux médicaux, la dilution de certains médicaments sous forme de fioles et la distribution assurée par les surveillants plusieurs fois par jour à la porte des cellules, la présence éventuelle des surveillants pendant les consultations, la participation de certains d'entre eux aux actes soignants, leur complicité avec les infirmières pénitentiaires qui peuvent les soigner, leur connaissance plus ou moins précise des pathologies des détenus et des risques de contagion, la présence limitée et souvent irrégulière des médecins, l'absence d'actions de prévention sanitaire, l'absence de réunions d'équipe et de politique de service... Le fonctionnement des infirmeries est saisi à travers ses

4 – Voir Loïc Wacquant, *Les Prisons de la misère*, Paris, Raisons d'agir, 1999.

5 – Les premiers conflits se déroulent au sein même des UCSA et se traduisent par une partition provisoire des équipes entre « anciennes » (infirmières pénitentiaires) et « nouvelles » (infirmières hospitalières). « Anciennes » et « nouvelles » sont moins séparées par l'âge que par leur inégale proximité avec la formation professionnelle et l'expérience hospitalière. Les « nouvelles » peuvent être de jeunes diplômées, imprégnées de la défense du « rôle propre » de l'infirmière. Avec la diffusion du management dans le secteur public, les infirmières hospitalières acquièrent une disposition plus grande à la verbalisation, favorisée par la pratique des réunions d'équipe et les nouveaux modes d'évaluation de leur travail, comme les entretiens annuels d'évaluation et de formation. Plus attentives aux mots, plus promptes à décrire leurs gestes en mobilisant la nomenclature officielle des actes infirmiers, plus réactives aux empiètements des médecins, elles disqualifient malgré elles, par ce rapport différent à leur métier, les savoirs plus pratiques des infirmières pénitentiaires.

« manques » évidents au regard de l'organisation hospitalière. Habituees aux hiérarchies et à la différenciation des métiers, les nouvelles infirmières sont également heurtées par l'important pouvoir dévolu aux infirmières pénitentiaires, qui accomplissent des actes dépassant leurs prérogatives statutaires. Elles dénoncent « l'instrumentalisation » des services médicaux, à travers la distribution systématique aux détenus de médicaments qui calment plus la douleur qu'ils ne traitent les pathologies. Elles s'efforcent de mettre fin à cet « ancien système » et de construire un « territoire » professionnel propre, à la fois comme espace physique et comme espace d'intervention autonome. Un territoire physique tout d'abord. Les infirmières limitent « l'intrusion » des surveillants dans les nouvelles UCSA. Elles refusent dans un premier temps de les soigner, les tiennent à l'écart des salles de consultation et de soins, veillent à ce qu'ils n'obtiennent aucune information sur les pathologies des détenus, les excluent des secrétariats où sont conservés les dossiers médicaux. Elles travaillent à imposer leur définition des usages et des comportements requis dans un lieu dédié aux soins. Elles déplorent l'attitude des surveillants envers les détenus, le tutoiement, l'interpellation directe, sans usage du « monsieur » précédant le nom de famille. Elles sont heurtées par l'hexis corporelle de certains agents pénitentiaires : leur démarche de « cow-boys », la façon dont ils entrent dans le service médical, stationnent dans le couloir et parlent entre eux assez fort... bref leur manière de se comporter perçue comme une manifestation de familiarité et d'arrogance masculine déplacée au sein d'un espace médical. Les portes se ferment « au nez des surveillants » et les infirmières respectent les consignes des responsables hospitaliers qui interdisent tout « copinage » avec les personnels pénitentiaires. De leur côté, les surveillants perçoivent cette distance. Les comportements des soignants envers les détenus, notamment le vouvoiement et l'usage du « monsieur », les choquent d'autant plus qu'ils ont le sentiment d'être mis à l'écart. Ces marques de respect tendent à être perçues, dans les premiers mois de la réforme, comme une agression professionnelle, un effacement de la frontière morale entre les détenus et eux. L'évitement et la clôture des UCSA non seulement indignent les surveillants, qui revendiquent leur « primauté » territoriale, mais aussi les fragilisent. Ils redoutent, sans formuler explicitement cette crainte, que les nouveaux personnels soignants ne s'initient à l'univers carcéral à travers les seuls témoignages des détenus qui, au-delà de la différenciation des pratiques de surveillance, ne peuvent qu'imputer aux agents pénitentiaires la violence de leur condition.

### **Confrontation des contraintes professionnelles**

Dans cet espace physique propre, réglé par les usages hospitaliers, les infirmières construisent également un espace d'intervention autonome. Tout comme elles ont lutté contre l'instrumentalisation des prestations infirmières dans « l'ancien système », elles luttent avec les surveillants pour le contrôle de l'accès des détenus au statut de patients. L'attribution de ce statut, largement créé par la réforme, devient un enjeu de négociation inédit. L'exemple des appels des surveillants d'étage en maison d'arrêt illustre bien cette négociation. Dans la logique de la rationalisation réformatrice de la loi de 1994, qui améliore le dépistage, le diagnostic, le soin et le suivi des pathologies, les appels des surveillants devraient être limités aux seules urgences, comme les blessures dans la cour de promenade, dans les ateliers ou pendant les activités sportives. Or les appels restent nombreux. Certains détenus s'affranchissent de la procédure du courrier ou n'ont pas obtenu satisfaction, d'autres ne maîtrisent pas l'écrit ou le français. Ces appels viennent bousculer le programme établi par les infirmières, dont la charge de travail a été à la fois notablement renouvelée et considérablement augmentée avec la réforme : accueil des nouveaux prisonniers qui viennent de passer leur première nuit en prison, soins, sélection du courrier, assistance des médecins, organisation d'actions de prévention et d'éducation pour la santé, convocation régulière de l'ensemble de la population pénale afin de détecter des pathologies chez les hommes qui ne font jamais appel aux UCSA, éventuelles urgences...

À ces activités s'ajoutent les consultations infirmières, spécificité du travail infirmier en prison. Les infirmières reçoivent les détenus qui ont écrit pour obtenir un rendez-vous. Elles sélectionnent les demandes, orientent éventuellement les patients vers les médecins généralistes, les spécialistes ou les dentistes et traitent directement certaines requêtes. Au cours de ces consultations, les détenus redéfinissent souvent leurs demandes. Appartenant aux fractions les plus démunies des classes populaires, formant une population en moyenne assez jeune et très majoritairement masculine<sup>6</sup>, accordant peu de temps à leur santé, saisissant les institutions sanitaires dans l'urgence, assez étrangers à la vision de la santé comme « capital » à préserver<sup>7</sup>, leur rapport aux prestations soignantes

6 – Francine Cassan, Laurent Toulemon et Annie Kensey, « L'histoire familiale des hommes détenus », *INSEE Première*, 706, avril 2000.

7 – Jean Peneff, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000.

est néanmoins susceptible de changer en prison. Ces prestations techniques sont saisies comme des opportunités de relations sociales et morales et investies d'usages « détournés ». Initialement, les détenus invoquent des douleurs dentaires, des maux de tête ou de dos, douleurs physiques qui traduisent souvent la somatisation des souffrances provoquées par les différentes phases de l'incarcération : entrée en prison et premiers jours particulièrement éprouvants, oppression de l'enfermement, promiscuité et cohabitation insupportables en cellule, préparation du procès et attente du jugement, gestion de la condamnation et du temps de peine, espoir de libérations conditionnelles, relations avec les proches entrevus aux parloirs, tension de la sortie, sentiment d'échec et incertitude de l'avenir. Les infirmières des UCSA sont ainsi confrontées à l'introspection désarmée, à la « rêverie morbide », la « ruminant des échecs et des rancœurs »<sup>8</sup> de détenus confinés. Elles reçoivent « en première ligne » les souffrances qui ne s'expriment pas toujours devant les SMPR (services médico-psychologiques régionaux), que les détenus perçoivent comme réservés aux « fous », aux délinquants sexuels et aux toxicomanes. L'offre des SMPR se heurte à des résistances sociales, renforcées par l'expérience de la prison : elles s'expriment notamment dans la dénonciation générale de la contribution des services psychiatriques à l'« endormissement » de la population pénale à travers la distribution de « cachets » ou psychotropes. Dénonciation qui révèle d'abord chez les détenus la peur de l'abdication, la hantise de devenir une « épave ». La psychiatrie constitue également une expérience à la fois lointaine et familière, par son identification au contrôle médical de la précarité. Elle est associée à une forme de dramatisation par sa requalification des épreuves de l'existence, la reconversion d'une tentative de suicide à la suite d'un « chagrin d'amour » en trouble psychologique. Si ce rejet de la psychiatrie peut évoluer, notamment avec le travail des infirmiers des SMPR, les infirmières des UCSA restent les premières destinataires des souffrances des détenus. Elles utilisent donc des « stratégies de ralentissement et de découragement »<sup>9</sup> pour réguler les demandes et organiser leur travail.

La situation est inédite pour les surveillants : contraints d'argumenter, alors qu'ils se contentaient antérieurement d'un signalement, ils sont placés en position de demandeurs, négociant en lieu et place des détenus, face aux infirmières. Dans ces négociations par téléphone, la maîtrise par chaque catégorie professionnelle de ses conditions de travail est en jeu. Les surveillants ont à gérer l'ordre précaire des étages et ne comprennent pas toujours les refus des infirmières, leur insensibilité apparente au bruit que font

les détenus pour obtenir gain de cause, à la menace de désordre qu'ils font peser. Ils souhaitent pouvoir, comme « au temps de l'infirmerie », « se débarrasser » des détenus qui reviendront à l'étage calmés par une simple conversation avec une femme soignante ou l'obtention d'un médicament. Ils négocieront longuement pour les hommes classés comme de « bons » détenus, qui purgent leur peine en respectant les impératifs de surveillance, et se sentiront personnellement désavoués en cas de résistance des infirmières. Pour les infirmières, la gestion des appels représente un moment stratégique dans la régulation de la charge de travail, par ailleurs entravée par l'emprise de l'organisation pénitentiaire sur l'existence des détenus et sur l'emploi du temps des services médicaux (découpage de la vie carcérale en promenades, ateliers, parloirs... autant de séquences qui bloquent la circulation dans les établissements et retardent l'accès des détenus convoqués à l'UCSA). Placées en position de réguler l'accès aux soins d'une population non sélectionnée, comme aux urgences hospitalières, chargées de hiérarchiser et de redistribuer les requêtes, les infirmières luttent pour contrôler l'instrumentalisation de l'UCSA par les détenus et par les surveillants. « Calmer la détention » signifie à leurs yeux « assurer le confort du surveillant », dans une « contamination » de leur pratique professionnelle par les exigences ordinaires de la détention. Animées d'une disposition réformatrice, elles se donnent pour mission de lutter contre l'arbitraire des conditions d'accès aux soins des détenus, et en particulier contre les « faveurs » que les « caïds » obtiennent des surveillants qui les perçoivent comme contribuant au maintien de l'ordre carcéral.

La gestion des appels met également en relation des hommes plus ou moins enclins à la verbalisation et des femmes qui, pour les plus jeunes diplômées, sont familières de l'argumentation. Au cours de la négociation, certains surveillants peuvent perdre patience et passer très vite au registre masculin de la menace. De leur côté, les infirmières peuvent elles aussi perdre patience et mobiliser leur autorité spécifique. Autorité ou habitus professionnel qui porte la marque que l'organisation hospitalière imprime aux comportements et aux gestes les plus anodins, jusqu'aux inflexions de la voix et au choix des mots. Autorité liée au partage du savoir médical, à la performance

8 – Claude Lucas, *Suerte. La réclusion volontaire*, Paris, Plon, coll. « Terre humaine-Poche », 1995, p. 433.

9 – Expression empruntée à Jean Peneff, lorsqu'il décrit le travail « inavouable » de sélection que mènent les personnels soignants aux urgences et que le feuilleton *Urgences* ne restitue pas. Voir « La face cachée d'*Urgences*, le feuilleton de la télévision », *Genèses*, 30, mars 1998.

technique, à la maîtrise de gestes touchant à l'intimité du corps et à la proximité avec la mort, à la contribution des infirmières à l'ordre hospitalier, à leur participation à l'imposition d'une certaine discipline dans les services où sont immobilisés les patients. Face à cette assurance incorporée, les surveillants sont d'abord déroutés. Les plus « anciens » peuvent cependant répliquer sur le mode de la virilité. Ils mettent en jeu leur force physique, leur propension aux « coups de gueule ». Les jeunes surveillants, plus scolarisés, sont parfois plus atteints par les conflits avec les infirmières et plus démunis face à elles, parce qu'ils ont intériorisé la disqualification scolaire des ressources viriles. Par ailleurs, leurs horaires décalés les coupent du monde et réduisent les possibilités d'établissement matrimonial. À travers la négociation des appels et la difficulté à établir une complicité avec les infirmières, ils mesurent aussi leur fragilisation ou leur dévaluation sur le marché matrimonial. Ils sont enfin plus menacés par le désinvestissement professionnel parce que plus exposés que les anciens au sentiment de déclasserment. Ils sont donc plus sensibles aux réactions des infirmières et à tout ce qui peut renforcer leur sentiment d'occuper une profession illégitime.

### Rumeurs et concurrence

Déstabilisés, les surveillants multiplient les petites brimades. Ils ralentissent l'ouverture des portes ou tardent parfois à aider les infirmières montées en détention, confrontées à des détenus au comportement violent qui se sont mutilés. Ils protestent auprès des gradés contre la multiplication des déplacements au sein des établissements dont ils ont perdu la maîtrise, surtout en maison d'arrêt. Le renforcement des équipes soignantes transforme les relations, à présent plus anonymes et plus impersonnelles. Alimenté par cette accumulation de petits griefs, un double système de rumeurs se met en place. Il s'articule notamment autour du retournement réciproque du stigmate de « fonctionnaire ». De part et d'autre, sont dénoncées les « pauses café » qui s'éternisent. Dans chaque « camp », la vocation professionnelle est mise en cause. Pour les surveillants, les infirmières hospitalières ont choisi la prison parce qu'elles bénéficiaient d'une prime de risque ou d'horaires de travail plus « normaux ». Quant aux infirmières, elles s'interrogent sur les motivations professionnelles des surveillants et apprennent très vite que certains ont échoué aux concours de police ou de gendarmerie, fonctions de maintien de l'ordre plus nobles. Le double système de rumeurs se nourrit d'anecdotes qui renforcent un peu plus les préventions réciproques et

entretiennent une opposition morale entre missions professionnelles. Les infirmières observent des scènes qui justifient les préjugés défavorables aux surveillants et réassurent leur éthique professionnelle « vocationnelle ».

« J'ai peur d'intérioriser les règles de la pénitentiaire... Parce que cette réforme, c'est quand même l'amélioration des soins aux détenus. On doit quand même rester dans cette optique-là et c'est pas le confort du surveillant... Si je suis là pour le confort du surveillant, je ne vais pas rester longtemps. Et si je ne me révolte plus face à certaines choses que je vois ou que j'entends... Parce qu'il faut connaître quand même le milieu pénitentiaire, il y a des choses qui s'y passent, des attitudes qui sont dangereuses chez certains surveillants. [...] Parmi les surveillants, c'est comme partout, il y a des gens qui sont plus ouverts que d'autres. Il y a des surveillants, ils sont là... il faut le reconnaître, c'est parce qu'ils ont un boulot, ils ont une paie à la fin du mois... Je veux dire quand on se retrouve, enfin nous, ça nous est arrivé... un petit jeune qui s'est fait frapper en cours de promenade par six autres détenus. C'était un mineur, il s'est fait frapper ; eh bien, ils étaient six dessus ! Il rentre de promenade, il va en cellule, personne ne nous a rien dit. Le soir, il y a une ronde. Rien n'a été signalé. Et à huit heures du matin, à l'heure d'ouverture du service, le surveillant qui avait pris son poste à sept heures nous téléphone, affolé, en disant : "Il a une tête pas possible, il a dû être frappé, il veut rien me dire, il faut le recevoir." On l'a fait hospitaliser, le gamin. Il avait des coups partout, il avait une tête lunaire, elle avait doublé de volume. Je ne peux pas croire qu'on l'a pas vu à sept heures du soir, qu'on l'a pas vu quand il est remonté de promenade... Parce qu'il a saigné du nez, il avait une fracture... Quand on trouve ça normal que quelqu'un ne dise rien, alors il faut partir [...]. Pourquoi les surveillants n'ont pas signalé... il y en a certains, ils veulent pas s'embêter, c'est pas leur problème. Ils veulent pas s'investir [...]. Ils doivent avoir peur des représailles aussi, j'en sais rien. De toute façon, je ne peux pas justifier. Donc comme je ne peux pas justifier, je ne comprends pas. » (Jeune infirmière hospitalière.)

Les surveillants font d'abord front et se sentent collectivement renvoyés à l'indignité sociale de leur métier. Leurs propos nostalgiques sur les anciennes infirmeries, époque révolue, signalent un sentiment d'expropriation et de dépossession qui ne renvoie pas seulement à la perte d'attributs objectifs, mais aussi à celle d'une certaine sécurité morale : s'accommodant du regard « interne » des infirmières pénitentiaires, les personnels de surveillance étaient protégés des jugements avant « l'intrusion » des personnels hospitaliers. Leur désarroi, armé par une rhétorique syndicale défensive et la mise en circulation de rumeurs, est reconverti en dénonciation du mépris prêté aux infirmières qui défendent l'autonomie de leurs missions professionnelles. Les infirmières et les médecins

sont, par exemple, accusés de ne pas saluer ou de le faire distraitemment. Cette question des saluts, qui peut sembler anodine, est cependant récurrente. Elle engage les définitions socialement différenciées de la politesse et des modes d'entrée en contact entre hommes et femmes. Pour les surveillants, qui appartiennent aux classes populaires, les saluts avec les « intervenants extérieurs » réduisent les distances sociales lorsqu'ils sont fondés sur un échange prolongé de regards et un contact physique direct, à travers la poignée de main. Poignée de main assez étrangère aux modes de salut à l'hôpital, qui sont plutôt verbaux. Lorsque des infirmières croisent des surveillants à l'extérieur de la prison, par exemple dans un centre commercial, elles ne les reconnaissent pas toujours et se retournent parfois trop tard, tant le décalage entre les tenues civiles et les uniformes peut être surprenant. Soit les surveillants s'en amusent, soit l'absence de salut est perçue comme une « dénégation hostile et méprisante de l'existence de l'autre »<sup>10</sup>. Dénégation qui prend un sens particulier pour ceux qui tentent d'effacer, à l'extérieur de la prison, tous les signes de leur appartenance à la profession pénitentiaire (tenue ample et décontractée qui tranche avec l'uniforme étroit à la coupe classique, évitement des questions sur le métier exercé, usage gêné des mots qui décrivent les postes de surveillance et renvoient crûment à l'univers de la prison, comme « miradors » ou « fouilles à corps », forme tendue d'autodérision qui vise à prévenir l'hostilité envers un métier de maintien de l'ordre qui s'exerce dans un monde fermé, perçu comme propice à l'arbitraire, et qui est identifié à la simple gestion – et non à la neutralisation opérée par la police et la gendarmerie – d'une population dangereuse dont les conditions d'emprisonnement suscitent ponctuellement l'indignation médiatique). Les codes de salut diffèrent d'un univers professionnel à l'autre : le heurt des « vocabulaires » redouble l'opposition. Les infirmières ressentent le langage des surveillants comme cru et direct, leur humour comme grossier, leurs remarques déplacées. Elles ne s'habituent pas immédiatement aux expressions employées par certains surveillants qui dénoncent le comportement des « voyous », déplorent le traitement des jeunes détenus qui manquent de « coups de pied au cul » ou de « baffes pédagogiques » et assurent qu'ils « laisseront crever » un détenu pris d'un malaise dont ils connaissent le délit sexuel.

Enfin, certains surveillants n'acceptent pas la redéfinition de la population pénale qui peut désormais accéder au statut de « patient ». Leur représentation des détenus les oppose également aux soignants : accaparés par des gestes bureaucratiques de sécurité,

mais aussi instruits en pratique de la violence de l'univers carcéral, ils perçoivent les prisonniers comme des hommes potentiellement dangereux. Ils ont le sentiment que les infirmières privilégient la compassion, méconnaissent l'univers de la détention et la réalité des comportements des détenus dès qu'ils ont quitté le service médical et ne sont plus en présence de femmes. Ils souhaiteraient que les infirmières viennent plus souvent leur rendre visite dans les unités, afin de leur montrer la « vraie » prison, les coursives sombres, les douches sales, leur faire mesurer le bruit dans lequel ils travaillent, surtout en maison d'arrêt : bruit des détenus qui vont et viennent des parloirs, des promenades ou des ateliers et qui profitent de ces quelques moments pour se parler, bruit des détenus qui communiquent de fenêtre à fenêtre et sont obligés de hurler pour se faire entendre, cris des détenus qui appellent les surveillants ou « pètent les plombs » et se mettent à taper aux portes ou à tout casser dans leur cellule, bruit des objets métalliques, des clefs et des serrures, des portes qui claquent, des chariots... Autant de bruits qui contrastent avec le ton donné par les femmes, la luminosité et la propreté des locaux, le relatif silence du service médical. D'où la définition jusqu'alors implicite de la « médecine pénitentiaire », objectivée par l'arrivée de professionnels hospitaliers porteurs d'une tout autre définition de la « médecine en milieu pénitentiaire ». Pour certains personnels pénitentiaires, l'UCSA contribue à l'abaissement des tensions en détention, précisément parce que le lieu est investi par des femmes disposées à l'écoute. Les détenus excédés ou abattus s'y reprennent. Le soignant est « la blouse blanche » qui rassure. Cette concurrence dans la définition de la médecine en prison cristallise un système d'oppositions durables activé dans les tensions ou récriminations entre infirmières et surveillants : hommes/femmes, classes populaires/petite bourgeoisie, répression/humanité, brutalité/douceur, violence physique/écoute, sécurité/soins, détenus/patients, voyous/malades, bruit/silence, ombre/lumière, saleté/propreté... Mais ce système d'oppositions, réactualisé avec la réforme de 1994, occulte l'ambivalence des situations de travail et les enjeux de dignité professionnelle des conflits.

10 – Florence Weber, *Le Travail à côté. Étude d'ethnographie ouvrière*, Paris, INRA-Éditions de l'EHESS, 1989, p. 160.

## Fragilisation des frontières professionnelles et « concurrence humanitaire »

Avec le recul, personnels hospitaliers et personnels pénitentiaires ont mis en cause les conditions mêmes de préparation de la réforme, sans réunion de l'ensemble des personnels ni formation à la « cohabitation » et aux contraintes de chaque univers de travail. Si la loi de 1994 a suscité et suscite toujours ponctuellement des conflits entre les deux principales catégories professionnelles chargées de l'éprouver sur le terrain, c'est parce qu'elle fragilise les frontières des métiers. Plus généralement, elle illustre les impensés de l'édiction d'une nouvelle règle étatique, ses effets pratiques, ni pervers ni anticipés.

Dotée d'une faible légitimité, la réforme est entravée par des injonctions étatiques contradictoires : d'une part, un processus de pénalisation de la pauvreté et, d'autre part, un mode de gestion plus « doux » des populations déviantes, une humanisation relative de l'univers pénitentiaire<sup>11</sup>. La réforme s'inscrit dans un contexte de restriction budgétaire pour les hôpitaux et de généralisation d'un schème sécuritaire dans les catégories d'action publique, à travers la transformation des catégories de lecture journalistiques de la réalité sociale<sup>12</sup> et la construction de la sécurité comme enjeu légitime du champ politique<sup>13</sup>. Ces changements dans la perception et le traitement de la délinquance, de moins en moins référée à ses conditions sociales de production, ont des effets sur le champ judiciaire, avec par exemple la création de dispositifs de justice « en temps réel », et des effets sur le champ du travail social, avec un relatif déclin des mots d'ordre de prévention. Ils se traduisent par l'enfermement croissant des catégories sociales précarisées : « jeunes sans avenir » (avec l'incarcération de plus en plus fréquente des mineurs), étrangers sans papiers, toxicomanes... La loi de 1994 emprunte ainsi au registre des luttes pour la dignité des prisonniers mais se déploie dans un contexte d'intolérance accrue aux comportements des classes populaires précarisées, de « labellisation » de ces comportements comme déviances et de pénalisation croissante de ces déviances.

La réforme réactive également les contradictions des métiers pénitentiaires et instaure une concurrence implicite autour de « l'humanité ». « L'histoire de la prison est marquée depuis deux décennies par une double évolution contradictoire. L'amélioration des conditions de vie des détenus, l'accroissement de leurs droits et de leurs activités s'accompagnent d'exigences plus fortes en matière sécuritaire. La double pression qui en résulte pour les surveillants (plus de travail, plus de contrôles) réduit mécaniquement

leurs échanges avec les détenus et les renvoie aux tâches de garde et de surveillance. Dans le même temps, la formation des surveillants s'est allongée et le message qu'elle véhicule met de plus en plus l'accent sur la réinsertion, creusant ainsi l'écart entre les attentes professionnelles des surveillants et leurs conditions de travail réelles »<sup>14</sup>. Ces conditions de travail sont en effet organisées autour de la sécurité : les missions de « réinsertion » ne sont objectivées ni dans les règlements intérieurs, ni dans les consignes hiérarchiques, ni dans les emplois du temps. Les surveillants sont ainsi incités à « la réinsertion » au moment même où l'humanisation du traitement des détenus est largement déléguée à des catégories professionnelles extérieures à l'administration pénitentiaire, comme le montre l'exemple de la réforme des soins. Les intervenants extérieurs se chargent d'informer les détenus de leurs droits, de les soigner, de les écouter et de les occuper, dans un empiement ou une juxtaposition des métiers et des services qui renforce le fonctionnement « fondamentalement dichotomisé » de la prison<sup>15</sup>. Par ailleurs, les représentants syndicaux déplorent parfois la transformation de la population pénale et la proportion croissante de délinquants sexuels et de toxicomanes, nouvelles catégories que les surveillants ne sont pas préparés à gérer, au moment même où ils sont sommés de « réinsérer ». La modification de la population pénale et notamment la part moins importante des « grands braqueurs », avec lesquels les surveillants entretiennent des rapports ambivalents, produisent un sentiment de déclasserement professionnel que vient officialiser la création des SMPR et des UCSA. Aux yeux des personnels pénitentiaires et de leurs porte-parole, les nouveaux services médicaux, liés à des enjeux de santé publique (injonctions de soins thérapeutiques pour les délinquants sexuels, sida et hépatites parmi les toxicomanes), sont témoins de ces changements qui leur sont confusément imputés.

11 – Double processus caractéristique de la forme que prend la « tentation pénale » en Europe, avec une « intensification conjointe du traitement social et pénal des catégories durablement marginalisées par la mutation du salariat et le redéploiement correspondant des politiques de protection ». Voir Loïc Wacquant, *Les Prisons de la misère*, op. cit., p. 99-100.

12 – Voir Annie Collovald, « Violence et délinquance dans la presse. Politisation d'un malaise social et technicisation de son traitement », Francis Bailleau et Catherine Gorgeon (sous la dir. de), *Prévention et sécurité : vers un nouvel ordre social ?*, Délégation interministérielle à la Ville, 2000.

13 – Gérard Mauger, « L'appropriation de la thématique sécuritaire par la gauche de gouvernement » (à paraître).

14 – Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic et Georges Benguigui, *Le Monde des surveillants de prison*, Paris, PUF, 1994, p. 47.

15 – *Ibid.*, p. 45.

Plus généralement, l'injonction à la « réinsertion » et « l'intrusion » des soignants hospitaliers, investis des missions nobles du soin, tendent à disqualifier des pratiques de surveillance indistinctement renvoyées au passé et dénoncées comme brutales. Les directions pénitentiaires et hospitalières parient souvent sur le renouvellement des générations, jugeant « inconvertisibles » les surveillants les plus anciens dans la profession<sup>16</sup>. Or les jeunes surveillants, plus exposés que les « anciens » au désinvestissement, s'ils ne peuvent se satisfaire de la valorisation de leur travail sur un mode viril, ne se reconnaissent pas nécessairement dans les missions de réinsertion, assimilées au « social ». Le « social », asséné scolairement sous la forme de préceptes moraux par des psychologues, des sociologues ou des travailleurs sociaux au cours des formations proposées par l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP), peut être perçu comme normatif parce qu'il brouille la frontière morale entre détenus et surveillants, alors que les agents pénitentiaires luttent contre l'indistinction favorisée par leur face-à-face quotidien avec les prisonniers<sup>17</sup>. Les jeunes surveillants importent certes dans leurs relations avec les détenus les manières d'être qu'ils ont intériorisées au cours d'une scolarisation prolongée, ils utilisent plus spontanément les formules de politesse, évitent le tutoiement et sont plus enclins aux échanges verbaux. Mais ils mesurent rapidement la difficulté du travail relationnel auprès des détenus, tout particulièrement face à une population pénale jeune et déjà familiarisée avec l'expérience carcérale, une population réactive qui oppose conduites de défi et insultes à de jeunes surveillants qui « ne connaissent rien à la vie ». Comme le note un détenu âgé, « le social énerve les gars » : « Les surveillants, beaucoup font juste leur travail, et puis c'est tout. Il y en a qui sont pas trop mal, qui essaient de faire du social entre guillemets, mais bon... ils sont pas très diplomates, hein ? Et donc c'est un petit peu... Non, vaut mieux pas trop parce que ça énerve les gars en plus. [...] Ça les énerve parce que c'est fait de la part d'un surveillant qui met les pieds à côté de la plaque. Hein, ça se fait pas n'importe comment, ça se fait pas... Quand il rentre dans une cellule : "Hé ! ça va, comment ça va ? Bon après-midi", enfin des conneries ! [En souriant] Comment vous voulez dire "Bonne soirée" à quelqu'un qui est en prison, qui va être enfermé dans sa cellule jusqu'au lendemain ? » Dans la double dénonciation des « indifférents » et des « sociaux » maladroits, on devine la marge étroite des surveillants. Une grande partie de la population pénale accepte la seule offre de pacification des surveillants désignés comme « cool ». Ces comportements, difficiles à définir, sont faiblement valorisés

par la hiérarchie pénitentiaire. Celle-ci redoute, dans ces pratiques de surveillance moins disciplinaires, un abaissement du seuil de vigilance et une moindre résistance des agents pénitentiaires aux stratégies de corruption déployées par les détenus<sup>18</sup>. Ces comportements, méconnus par l'injonction au « social », sont fondés sur une certaine discrétion ou retenue lors des rituels de surveillance les plus intrusifs, comme le réveil le matin. Économes en mots, les surveillants « cool » guettent un geste des détenus leur prouvant qu'aucun décès n'est intervenu au cours de la nuit et n'attendent pas de retour du salut. Au cours de la journée, ils manifestent une capacité à engager la conversation et à plaisanter, une résistance à la tentation des petites vengeances lorsque la tension est trop forte et que les prisonniers deviennent injurieux ou violents. Avant d'intervenir, ils laissent la possibilité aux détenus de se reprendre. Cette définition pratique du travail de surveillance repose tout autant sur des interactions verbales que sur des regards et des gestes maîtrisés, presque silencieux. Les surveillants « cool », ou plus exactement ceux qui adoptent ce type d'attitudes plus systématiquement, tentent d'évi-

16 – Une certaine analogie peut être établie entre la disqualification des « anciens » surveillants et l'affaiblissement des OS dans les usines, vieillies par la concurrence des jeunes ouvriers dont les dispositions scolaires rencontrent partiellement les nouvelles consignes managériales des directions. Voir Stéphane Beaud et Michel Pialoux, *Retour sur la condition ouvrière. Enquête aux usines Peugeot de Sochaux-Montbéliard*, Paris, Fayard, 1999.

17 – Les « anciens » mobilisent, comme les détenus, leurs ressources corporelles reconverties dans un métier d'ordre reposant sur les valeurs de virilité. Voir Gérard Mauger et Claude Fossé-Poliak, « Les loubards », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 50, novembre 1983 ; G. Mauger, « Bandes et valeurs de virilité », *Regards sur l'actualité*, 243, juillet-août 1998. La frontière sociale entre détenus et surveillants est donc incertaine, même si elle tend à se marquer avec l'élévation du niveau de recrutement scolaire des nouveaux personnels pénitentiaires. Cependant, détenus et surveillants restent enfermés dans une même situation, comme le montre l'exemple des extractions hospitalières. Lorsqu'un détenu est escorté à l'hôpital, il porte des menottes, souvent des entraves aux pieds et une chaîne le relie aux surveillants. Si l'attente se déroule dans une salle commune, les agents pénitentiaires peuvent mobiliser des techniques de neutralisation de la honte des détenus, soumis aux regards et aux murmures des visiteurs. Certains lancent parfois, suffisamment fort : « C'est toi ou c'est moi qu'ils regardent ? » Cette phrase, qui tourne autour de l'indifférenciation, montre également que surveillants et détenus sont enfermés dans la même « mise en scène » de la sécurité pénitentiaire.

18 – Comme le souligne Christophe Lambert, surveillant, « [les détenus] nous testent constamment, ils sont très observateurs [...]. Ils scrutent nos réactions, abusent parfois de notre sensibilité afin de connaître nos limites. Les surveillants faibles de caractère se font bouffer. Nous parlons entre nous, et si un collègue évoque des problèmes d'argent, nous ne sommes pas seuls à l'écouter. (...) [Les détenus] le repèrent, le jaugent, et c'est par lui qu'ils vont commencer à faire entrer des choses, à organiser un trafic », *Derrière les barreaux*, Paris, Michalon, 1999, p. 39. Christophe Lambert indique indirectement une double contrainte : les surveillants doivent gérer l'ordre en évitant la riposte physique à la violence des détenus à bout, mais en limitant tout autant les complicités qui peuvent s'établir avec le temps.



ter le rapport de forces, évaluent, observent de manière oblique, défont les tensions, neutralisent la violence des rituels sécuritaires. Face aux prisonniers qui leur semblent accessibles, ils écoutent et renseignent. Au moment des libérations, ils évitent les phrases qui rabaissent (les « À bientôt » lancés aux hommes qui vont sortir), mais aussi les signes qui manifestent l'espoir placé dans la « réinsertion » d'un détenu qu'ils connaissent bien, tant les récidives sont probables.

La diversité des pratiques de surveillance n'est donc pas réductible à une opposition entre des surveillants plus scolarisés et des surveillants formés dans un état ancien de la profession. L'existence même de l'incitation au « social » tend à dénier la réalité du travail de surveillance. Ce travail repose à la fois sur la négociation permanente de l'ordre en détention et sur l'interdiction pratique de l'affichage des compétences relationnelles requises pour cette négociation<sup>19</sup>. Pour pacifier les unités, les surveillants pratiquent souvent la concession et le compromis, surtout en maison d'arrêt. Ils contreviennent aux injonctions disciplinaires de leur hiérarchie, transgressent des règlements très stricts, octroient des petites « faveurs ». Leurs compétences propres résident ainsi dans des savoir-faire et des savoir-être peu théorisés, difficilement transmissibles sur un mode scolaire et peu valorisés. La forme même de ces compétences pénalise leur explicitation et leur défense face aux infirmières hospitalières au cours des premiers conflits. Elle tend ainsi à occulter l'enjeu latent des tensions : la dignité de la position professionnelle occupée et l'accusation d'inhumanité. La part d'humanité contrainte du travail pénitentiaire, mobilisée pour sauver la face des détenus et prévenir les désordres, est en revanche clairement revendiquée par certains directeurs pénitentiaires<sup>20</sup>.

« Indéniablement, j'ai vu arriver la réforme d'un bon œil, en me disant que cette loi allait nous tirer vers le haut. Donc j'ai eu l'impression qu'on allait faire un grand bond en avant. En même temps – et je pèse chacun de mes mots –, j'ai été atterré par les gens que l'hôpital nous a envoyés : une absence de préparation, pas de formation, ils ne savaient pas où ils mettaient les pieds, des comportements de défiance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Il a fallu que je prenne les médecins entre « quat'z yeux » en leur disant : « Attendez, qu'est-ce que c'est que ce comportement, vous imaginez que nous autres, pénitentiaires, on est toutes les minutes attentatoires au respect des personnes, attentatoires au secret professionnel ? » Ça a été flagrant au début. Les médecins me disaient : « Nous, on n'a rien à faire avec vous, on se salue, bonjour-bonsoir, mais on veut même pas vous voir. » [...] On a eu de la défiance, du mépris, des comportements inacceptables de la part des méde-

cins pendant plus de deux ans. [...] En gros, il y avait d'un côté, selon eux, un courant progressiste, humaniste, pour ne pas dire humanitaire, incarné par les gens du ministère de la Santé. Nous, on était les gardiens-chefs. « Comptez vos moutons chaque soir et puis c'est tout. » [...] Nous, on avait envie de leur dire : « Vous savez que l'administration pénitentiaire, c'est pas comme ça, c'est aussi une administration qui a été traversée par des réflexions, par des moments difficiles », mais en fait non, on était les abrutis du milieu pénitentiaire et eux arrivaient avec la toute-puissance de la connaissance de la personne humaine. Je peux vous dire, pour n'avoir jamais cessé de rencontrer des détenus en audience dans tous les postes que j'ai occupés... on peut s'interroger sur le savoir-faire et la pseudo-humanité de ces gens. Combien de fois les détenus ont eu l'impression de n'être qu'un estomac qu'on examine, un cœur qu'on ausculte et pas une personne humaine ! » (Directeur pénitentiaire.)

Si la dimension relationnelle de leur travail est peu codifiée et peu réappropriée par les surveillants, elle l'est en revanche par les infirmières qui exercent leur métier en prison. Seule catégorie hospitalière « volontaire » pour les UCSA, alors que les médecins spécialistes et les chefs de service sont plutôt recrutés à la suite de pressions, les infirmières quittent l'institution hospitalière en raison de son rythme usant et de ses horaires décalés. Mais elles se protègent également de l'intensification du travail qui laisse peu de temps pour l'accompagnement des patients. Accaparées par des gestes techniques, de plus en plus répétitifs, évalués et minutés, elles se « chevauchent » plus qu'elles ne travaillent en équipe. En prison, elles éprouvent un sentiment de « plénitude » professionnelle, ont le temps d'écouter et d'organiser des actions de santé publique. Elles occupent cependant une place particulière au sein des UCSA. La hiérarchie des services médicaux en prison est réduite, un certain nombre de professions n'étant pas représentées. À commencer par les aides-soignantes, puisque les UCSA ne sont pas des unités d'hospitalisation et ne prennent pas en charge des patients immobilisés. Mais de ce fait, les tâches plus invisibles dont s'acquitte cette profession au sein de l'institution hospitalière sont déléguées aux autres personnels et surtout aux infirmières<sup>21</sup>. Si les surveillants des unités sont engagés dans un face-à-face de longue durée avec les détenus, les infirmières

19 – Voir Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic et Georges Benguigui, *Le Monde des surveillants de prison*, op. cit.

20 – Voir Véronique Brocard et Olivier Milot, « Deux semaines à Bois-d'Arcy », *Télérama*, 2619, 22 mars 2000, p. 20 et p. 34.

21 – Voir Anne-Marie Arborio, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, 22, mars 1996.

sont celles dont la proximité est la plus grande avec les corps et les souffrances : d'autant plus que les soins en prison, moins spécialisés qu'au sein de l'institution hospitalière, sont sans doute aussi pour les détenus une occasion de repos et de remise de soi. Les infirmières s'occupent également de l'entretien et de la stérilisation du matériel, elles gèrent les dossiers médicaux et consacrent une part importante de leur temps à de petites obligations techniques et administratives dont elles sont dispensées au sein de l'organisation hospitalière. Les plus accessibles, les plus nombreuses dans les couloirs des UCSA, elles sont investies du monopole – éprouvant – des relations affectives avec les détenus. Or il s'agit là d'une pratique peu quantifiable et donc peu reconnue dans la nomenclature des actes hospitaliers, malgré les consignes managériales incitant à l'humanisation des soins et au traitement des patients comme « personnes ». Ainsi, les infirmières, confrontées à la même dévaluation de savoir-faire relationnels pourtant plus codifiés dans la définition officielle de leur profession, sont placées dans une situation comparable à celle des surveillants.

### Coopération et violence carcérale

Cette disqualification pratique des compétences relationnelles renvoie plus généralement à la faible légitimité du travail soignant en prison. L'indignité sociale et morale des détenus rejaillit doublement sur le travail des professionnels de santé, pris dans le système de régulation des tensions carcérales. Ils sont tout d'abord confrontés à la méfiance des prisonniers qui, plusieurs fois incarcérés ou condamnés à de longues peines, négocient leur identité dans une situation extrême en intériorisant un sentiment d'indignité et en revendiquant dans le même temps une humanisation de leur traitement. Dans un univers fondé sur la primauté des règles sécuritaires, ils développent une rhétorique du soupçon, qui s'exerce sur l'ensemble du système carcéral et de ses personnels, et décrivent leur sort en usant de métaphores animales. Pour ceux qui ont connu les anciennes infirmeries, les soignants sont des « vétérinaires » ou des « bouchers », l'hôpital pénitentiaire de Fresnes est un « abattoir », les détenus y sont transportés comme du « bétail ». Mais le passage au service médical permet d'éviter de rester « en chien » dans sa cellule. Avec l'arrivée des personnels hospitaliers, les détenus rectifient ce soupçon mais surtout le déplacent. S'ils ne mettent plus en cause la compétence des soignants, ils s'interrogent sur leur « volontariat ». Dotés d'un sens « à vif » de l'observation, favorisé par leur condition, ils sont attentifs à tous les signes d'une médecine « au

rabais ». Face à cette méfiance, les soignants doivent apporter la preuve répétée de leur compétence et de leur indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. D'où les consignes initiales d'évitement du « copinage » avec les personnels de surveillance que pourraient surprendre les détenus. Prompts à activer la rhétorique du soupçon, les prisonniers sont portés à imputer à leur condition carcérale des attitudes qui relèvent tout autant de la pratique hospitalière ordinaire (lutte contre la « médication de confort », pauses...). Mais dans le même temps, ils vérifient sans cesse leur humanité auprès des professionnels de santé travaillant en prison, surtout auprès des femmes et des personnels infirmiers des UCSA et des SMPR.

De fait, les services médicaux ménagent un point de vue décentré sur les modes d'adaptation au monde carcéral et sur les « stratégies » déployées pour y résister. Dans ces stratégies relationnelles de préservation ou de reconstruction d'une dignité, au sein d'un univers qui programme dépendance et désocialisation, les détenus peuvent solliciter les personnels soignants. Les femmes offrent par leur présence une réassurance masculine, les prestations soignantes étant aussi des occasions de « drague » contrôlée. Le verbe « draguer » utilisé par certains détenus – verbe actif, impliquant initiative et autonomie – fonctionne ici comme une manière pudique de dissimuler, sous l'humour masculin, l'importance de ces moments de « distraction » au sens fort, qui octroient un sentiment de normalité et de banalité. Médecins, infirmières et kinésithérapeutes soignent également l'exploitation des corps – surinvestissement sportif et usage instrumental de la violence physique –, les ressources corporelles étant particulièrement mobilisées dans la résistance à l'ordre carcéral, comme l'atteste la place de la traumatologie dans les activités médicales en prison. UCSA et SMPR fonctionnent ainsi comme des coulisses de la violence du monde pénitentiaire. Constat qu'énonce de manière suggestive un jeune détenu, plusieurs fois incarcéré et doté d'une conscience aiguë de son exposition au risque de suicide : « Parce qu'il y aurait pas d'infirmerie en prison, il y aurait pas de SMPR en prison, il y aurait quoi ? L'autre, il se fait fracasser en promenade, il se fait piétiner la tête, il est ouvert en quinze, il faut l'envoyer jusqu'à [l'hôpital pénitentiaire de] Fresnes pour le recoudre ou l'envoyer je sais pas où... Mais ça marcherait comment, ça marcherait pas ! Il y aurait rien. Il y aurait rien du tout, on serait tous dans la même misère. L'autre, il serait malade, dehors c'est un toxicomane, il est à fond dans la came, il rentre comme ça, il est en manque grave, il y aurait pas le SMPR, comment il fait ? Le gars, il met une corde dans sa cellule, il se pend. Et demain matin dans le journal : « Bon, oui, un jeune détenu s'est encore pendu. »

Les personnels des UCSA et des SMPR gèrent les corps des détenus précocement vieillissés par la précarité et la prison, les pathologies directement produites par l'enfermement, la promiscuité et la solitude affec-

tive (problèmes digestifs et dermatologiques, maux de dos et de cou provoqués par les courants d'air dans les cellules, prise de poids et troubles du sommeil, automutilations et tentatives de suicide), la pression des toxicomanes et celle des détenus qui utilisent les psychotropes comme monnaie d'échange en détention, les « pathologies réactionnelles » à l'incarcération ou « troubles de l'adaptation », les monologues intérieurs et circulaires des hommes enfermés. Les services médicaux gèrent ainsi les effets de la violence propre au monde carcéral, une violence amplement décrite et dénoncée qui perdure au-delà des réformes des conditions d'incarcération. Cette violence contamine le travail de l'ensemble des professionnels et rend compte, dans le même temps, de la coopération et des tensions ponctuellement réactivées.

La coopération entre infirmières et surveillants s'établit parce qu'elle repose sur un échange implicite : la qualité du signalement des troubles physiques ou psychologiques des détenus par les surveillants qui alertent les services médicaux, contre un apaisement indirect des tensions au sein des unités. Si l'arrivée de nouveaux personnels soignants confine initialement les surveillants à des tâches sécuritaires, elle peut progressivement réorienter et revaloriser le travail pénitentiaire d'observation. Avec l'importation de pratiques soignantes et d'outils hospitaliers, les nouveaux personnels importent aussi une plus grande attention à la santé, au corps, à l'hygiène, aux habitudes alimentaires et au suivi psychologique des détenus. Ils demandent plus d'informations sur l'intimité des détenus et comptent sur la capacité d'observation des surveillants. Cette coopération n'exclut pas la perpétuation des tensions, sous la forme de luttes routinisées à propos de l'imputation et de la délégation de la violence carcérale, comme le montrent, là encore, les appels des surveillants d'étage en maison d'arrêt. Un seul exemple, récurrent : peu avant la fermeture du service médical, un surveillant souhaite faire descendre à l'UCSA un prisonnier qui se plaint de douleurs dentaires. Il téléphone à l'infirmière et lui explique le cas. L'infirmière s'empare du dossier médical. Elle note que le patient a été vu trois jours plus tôt pour une carie. Le dentiste n'a prescrit aucun antalgique et un nouveau rendez-vous est programmé quatre jours plus tard. Le cas est donc « traité » et l'infirmière ne s'autorise pas à outrepasser son rôle et à revenir sur la prescription du dentiste. L'ensemble de ces informations est donné au surveillant qui ne s'en satisfait pas. Il accuse l'infirmière de refuser de « gérer la douleur en détention ». L'infirmière réitère son argumentation sur un ton sans doute plus agacé et le surveillant, issu depuis peu de la formation ENAP, la menace d'un rapport d'incident et raccroche

rageusement. L'argument relatif à la gestion de la douleur en détention signale l'enjeu de la négociation, la qualification de la situation, l'imputation de la souffrance et la détermination des professionnels habilités à la traiter. Pour le surveillant, la douleur est provoquée par une carie. Ignorant les nouvelles hiérarchies propres au service médical, il assimile l'infirmière à une professionnelle compétente pour tout problème de santé et toute prescription. Pour l'infirmière, c'est au surveillant de calmer un détenu pris en charge par le dentiste, soupçonné d'invoquer une douleur pour sortir de sa cellule ou obtenir des antalgiques, s'il est classé comme toxicomane. Chacun tente donc de tenir la violence à distance et de limiter son accessibilité. Cependant, si tous travaillent à ne pas être « pris par les détenus », expression récurrente chez les surveillants, l'imputation de la violence n'a pas toujours pour enjeu sa délégation. Les professionnels – soignants, personnels de surveillance, travailleurs sociaux – sont parfois en concurrence pour le monopole de l'écoute des détenus. Dans certaines situations, réussir à apaiser et à gagner l'estime des hommes les plus braqués contre l'institution constitue un trophée spécifique. C'est pourquoi les infirmières cèdent souvent à la pression des surveillants, dépassés. Elles reçoivent les détenus, les aident à recouvrer un peu de leur calme, mais en choisissant le moment de cette visite de (ré)confort dans une journée de travail chargée.

Parce qu'ils participent de ce fait à la régulation des tensions et gèrent les souffrances directement produites par l'enfermement, les personnels soignants sont exposés au découragement. Sous peine de se condamner à l'impuissance, ils sont parfois tentés d'imputer leur découragement aux comportements des détenus, à leurs résistances aux conseils sanitaires, à leurs usages « détournés » des prestations soignantes. Les infirmières des UCSA peuvent éprouver le sentiment d'être reléguées au traitement de la « bobologie », soins et réconfort psychologique perçus comme mineurs au regard des pathologies traitées à l'hôpital. Les personnels des SMPR peuvent déplorer « l'inauthenticité de la relation thérapeutique » et se percevoir comme de simples « confesseurs »<sup>22</sup>. Découragés ou agacés, les soignants glissent parfois vers une dénonciation implicite des caractéristiques sociales de la population pénale. Ils déplorent le caractère « fruste » des détenus, incapables de se conformer au contrat analytique ou aux prescriptions sanitaires (« Ils mangent n'importe quoi, ils ne pren-

22 – Voir Marc Bessin, « La pratique psychiatrique en prison », *Regards sur l'actualité*, 261, numéro spécial sur « L'univers pénitentiaire », mai 2000.

nent pas en charge leur santé, ils nous manipulent. ») Tentant de se protéger, ils se sentent « instrumentalisés » et peuvent alors essentialiser les conduites des détenus, dictées par le fonctionnement pénitentiaire qui suppose des « stratégies de contournement » d'un ordre sécuritaire fondé sur l'assujettissement. Si les soignants sont « instrumentalisés », c'est parce qu'ils délivrent des « biens de salut » : soins restaurateurs de l'intégrité physique et morale, écoute, moments de dignité que représentent les conversations « ordinaires » avec les infirmières ou les entretiens avec des professionnels des SMPR, espoir d'une libération conditionnelle lorsque les psychiatres appuient un dossier en authentifiant la contrition des détenus qui s'engagent dans un suivi psychologique... et parfois monnaie d'échange pour ceux qui « trafiquent » des psychotropes, occupant tour à tour la position de vendeurs et de consommateurs intermittents dans un univers qui appauvrit une population déjà précaire<sup>23</sup>. Enfin, l'exposition au découragement des personnels soignants est renforcée par la faible légitimité de leurs pratiques au sein de l'institution hospitalière. Leur travail reste ignoré, méconnu ou méprisé. Les UCSA sont perçues comme des « dispensaires » où les infirmières perdent leurs compétences techniques. Les chefs de services hospitaliers, confrontés par les restrictions budgétaires à la nécessité de gérer la pénurie, dénoncent les enveloppes financières attribuées aux soins en prison. Les caractéristiques de la population pénale déclassent ainsi le travail soignant : les UCSA sont situées plutôt au bas de la hiérarchie des services hospitaliers. Pour autant, elles n'occupent pas nécessairement les positions les plus basses. Certains personnels – notamment des médecins généralistes et les rares chefs de service qui s'y investissent – travaillent à l'autonomisation et à la légitimation de la médecine en milieu pénitentiaire, luttent pour imposer les UCSA comme « observatoires de société et de santé publique », lieux de prévention sanitaire et d'apprentissage d'une pratique soignante plus humaine et plus totale<sup>24</sup>.

La réforme des soins en prison réactive ainsi les contradictions de l'humanisation de l'univers carcéral. Elle fragilise les frontières déjà floues du métier de surveillance, profession d'ordre qui comporte une part de psychologie profane peu revendiquée, associée à la féminité, « profession-objet »<sup>25</sup> très syndicalisée dont les membres peinent à produire un point de vue autonome sur leurs pratiques. La réforme fragilise tout autant la profession infirmière, valorisée de manière ambivalente en prison. La faible dignité pratique des savoir-faire relationnels mobilisés face à des groupes dominés rassemble et divise infirmières et surveillants. Les tensions qui les opposent ponctuelle-

ment sont en fait généralisables à l'ensemble de l'univers carcéral : aux accrochages routinisés entre surveillants et « éducatrices » (conseillères d'insertion et de probation), pourtant membres de la même administration, mais aussi aux récriminations entre surveillants qui cette fois ne se réduisent pas à la confrontation entre des savoir-faire masculins peu codifiés et des savoir-faire féminins plus théorisés (petits conflits entre surveillants d'étage et surveillants engagés dans d'autres relations avec les détenus parce qu'ils s'occupent des mineurs, sont devenus moniteurs sportifs ou travaillent dans les services médicaux, enjeux de réputation propres aux surveillants des unités et reproches croisés de « laxisme » ou de « rigidité » dans la définition pratique de la manière de gérer l'ordre et de « rendre » l'unité aux agents qui prennent la relève). Peut-être plus que tout autre lieu spécialisé dans le traitement de la violence économique et sociale, la prison est une institution morcelée en « territoires », structurée par le soupçon, avec la circulation d'accusations autour de la « trahison » et de la « contamination ». Autant de mots qui signalent une même dénégation de la participation au fonctionnement pénitentiaire, essentiellement fondé sur la régulation de la violence qu'il ne cesse d'engendrer. Violence d'un monde traversé par une série d'oppositions entre des manières de faire plus ou moins « humaines », entre investissement professionnel et « indifférence », qui redouble la violence des destins sociaux des détenus.

23 – Voir Anne-Marie Marchetti, *Pauvretés en prison*, Ramonville-Saint-Agne, Cérés, 1997.

24 – Voir François Moreau, président du Syndicat des médecins exerçant en prison, « La prise en charge médicale des détenus », *Regards sur l'actualité*, 261, mai 2000.

25 – Par analogie avec la paysannerie. Voir Pierre Bourdieu, « Une classe-objet », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 17-18, novembre 1977, p. 2-5.