



HAL
open science

Représentations et relations interprofessionnelles des personnels infirmier et pénitentiaire au sein d'une USHI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale)

Lucile Dartois

► **To cite this version:**

Lucile Dartois. Représentations et relations interprofessionnelles des personnels infirmier et pénitentiaire au sein d'une USHI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale). Psychologie. 2018. hal-03318206

HAL Id: hal-03318206

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03318206>

Submitted on 28 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Représentations et relations
interprofessionnelles des
personnels infirmier et
pénitentiaire au sein d'une
UHSI.

Mémoire de Master 2 *Psychologie clinique, légale et sociale*,
sous la direction de Professeure Martine BATT.

Membres du jury :

Professeure Martine Batt (Professeure des universités)

Madame Marie-Laure Bontems (Psychologue clinicienne)

Monsieur Frédéric Verhaegen (Maître de conférences)

« La barrière interposée entre le reclus et le monde extérieur constitue la première amputation que subit la personnalité. »

Goffman, E. (1968).

Table des matières

Table des matières	3
INTRODUCTION	5
METHODOLOGIE	10
1.L’entretien, aspects théoriques	10
.1.1L’entretien comme outil	10
.1.2L’objet d’étude : les représentations	10
.1.3L’engagement que suppose l’entretien	11
2.Les entretiens menés à l’UHSI	14
.2.1Population et échantillon	14
.2.2Mode d’accès aux enquêtés : le volontariat	14
.2.3La programmation temporelle	15
.2.4La scène	16
.2.5Le cadre contractuel ou contrat d’entretien	17
.2.6Le statut de tiers du dictaphone	18
.2.7Le plan d’entretien	18
.2.8Analyse des entretiens	20
3.Hypothèses	22
ANALYSE	24
1.Présentation des six interviewés	24
.1.1Présentation des deux surveillants et de la surveillante interviewés	24
.1.2Présentation des deux infirmières et de l’infirmier interviewés	32
.1.3Analyse des modes de discours des deux corps de métiers	36
2.Les représentations des professionnels à propos du public accueilli à l’UHSI, du système carcéral, du cadre de travail à l’UHSI	38
.2.1Qualificatifs pour désigner les patients-détenus	39
.2.2Description des patients-détenus	43
.2.3Formules de politesse utilisées à l’égard des patients-détenus	52
.2.4Le refus de soin	59
.2.5Le relationnel entre les surveillants et les personnes incarcérées	63
.2.6L’influence des motifs d’incarcération sur la relation	68
.2.7Les différences des attitudes des patients-détenus à l’UHSI et la maison d’arrêt	75
.2.8Le secret professionnel (secret médical/secret pénal)	79
.2.9Représentations associées à la prison, à la justice en France, aujourd’hui	86
3.Partenaires particuliers : les relations intergroupes entre soignants et agents pénitentiaires ...97	
.3.1Des relations teintées d’hostilité	97
.3.2Le « sale boulot » versus « le noble métier »	106
LIMITES, AUTOCRITIQUES, REMARQUES	110

1.Représentativité	110
2.Les refus	111
.2.1L'influence de la présentation du cadre	111
.2.2Le conformisme intra-groupe	112
.2.3Ma position de stagiaire psychologue à l'UHSL.....	112
.2.4L'angoisse d'intrusion	113
.2.5Le peur du regard d'autrui	113
.2.6Et pourtant... ..	114
3.L'entretien, un jeu d'interactions	115
.3.1L'activité cognitive de l'interviewer.....	115
.3.2Les expressions faciales dans le processus interlocutoire	115
4.La neutralité fantasmée	118
.4.1La stagiaire psychologue pas si neutre que ça.....	118
.4.2Et pourtant, il y a des avantages à ne pas être quelqu'un de complètement extérieur au service... ..	118
.4.3Oublier ses opinions ?	119
.4.4Le poids des mots	120
.4.5Forcée à se positionner	120
.4.6Ma subjectivité dans l'analyse	121
5.Ethique	123
.5.1Lecteurs, qui êtes-vous ?	123
.5.2La citation d'extraits d'entretien.....	124
.5.3Où est passée la parole des principaux concernés ?	125
DISCUSSION, CONCLUSION	126
BIBLIOGRAPHIE	134

INTRODUCTION

« *Nous ne pouvons juger du degré de civilisation d'une nation qu'en visitant ses prisons.* »

Fedor Mikhaïlovitch Dostoïevski (1821-1881)

En France, au mois de juillet 2018, le nombre de personnes détenues écrouées a atteint un record de 70 710¹ (soit plus d'un individu incarcéré pour mille habitants), donnant lieu à un taux de surpopulation dans les prisons de 118,4%. Le taux de personnes prévenues incarcérées, c'est-à-dire en attente de jugement, s'est élevé à 29,7%. En comparaison, en 1980, soit il y a quasiment 40 ans, 36 913 personnes étaient détenues². Autrement dit, la politique du tout-sécuritaire a mené à une augmentation de plus de 52% de personnes enfermées.

En outre, au 1^{er} juillet 2018, on comptait 1667 matelas au sol et un taux d'encellulement individuel de seulement 39,6%. Or, on peut rappeler que dès 1875, une loi française a promulgué le principe d'encellulement individuel (loi Bérenger du 5 juin 1875), sans qu'il ne soit jamais respecté depuis et sans cesse prorogé par des dérogations.

La prison est une « institution totale », au sens que lui donne Goffman (1968), à savoir « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ».

L'évolution du système de soin en milieu carcéral auprès d'une population vulnérable

Ces dernières décennies, diverses réformes carcérales ont suivi un objectif d'humanisation et de décloisonnement des prisons. Notamment, la loi du 18 janvier 1994 a opéré un passage d'une médecine pénitentiaire, mise en œuvre par le ministère de la justice, à une prise en charge des personnes détenues par le service public hospitalier, rattaché au ministère de la santé. L'objectif

¹ Les chiffres sont publiés par le Ministère de la Justice (*Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée*)

² Direction de l'administration pénitentiaire, *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014*.

de cette transition portait sur l'amélioration de l'accès aux soins des personnes incarcérées, et sur l'assurance d'« une qualité et une continuité des soins équivalente à celles offertes à l'ensemble de la population » (circulaire du 8 décembre 1994). En effet, la peine privative de liberté est une privation du droit « d'aller et venir », et non du droit à la santé. De plus, c'est notamment le foisonnement de pathologies infectieuses et complexes (hépatites B et C, VIH), l'expansion de la toxicomanie, les politiques de réduction de risques qui ont conduit « à rechercher et à proposer les modalités d'un dispositif de prise en charge sanitaire des détenus adapté aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique » (Haut Comité de santé publique, 1993, Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus).

En outre, la population carcérale présente significativement plus de besoins en matière de santé physique et mentale que la population générale. Elle est donc qualifiée de population vulnérable. Différents facteurs expliquent cet état de fait (Moreau, 2010) :

- Une majorité de personnes incarcérées sont issues de catégories socialement défavorisées, marginalisées, exclues, avec un recours au système de soins moins important que l'ensemble de la population. Notons que certains auteurs remarquent que la prison est la mesure judiciaire adressée au « pauvre » (Guillauneau, Kensey, 1997).
- On observe un fort taux de toxicomanie : en 2003, près de quatre sur cinq des personnes arrivant en prison déclaraient fumer du tabac quotidiennement, trois sur dix signalaient une consommation excessive d'alcool et un tiers énonçait une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant leur incarcération (DREES, La santé des personnes entrées en prison en 2003) ;
- La population carcérale (en parallèle à la population libre) vieillit, du fait, entre autres, de l'allongement des peines. Cela provoque entre autres une inflation des pertes d'autonomie, des maladies chroniques au sein de la détention ;
- L'environnement de la détention est fondamentalement pathogène (promiscuité, vétusté de certains lieux de détention, violence, inactivité, régimes alimentaires peu variés et peu équilibrés, etc.).

S'il existe un recueil systématique de données sanitaires des personnes détenues lors d'une visite médicale d'entrée, aucune étude depuis 2003 n'a été publiée à propos de l'évolution de l'état de santé des personnes incarcérées. Les connaissances à propos de l'état sanitaire de la

population carcérale sont donc insuffisantes (Bazex et al., 2010 ; Blanc et al., 2001 ; Duhamel et al., 1999 ; Duhamel et al., 2001 ; Fatome et al., 2001 ; Lancelevée, 2016 ; Moreau, 2010 ; Prieto et Faure, 2004 ; Razavi et al., 1999). On peut, par conséquent, émettre l'idée que l'évaluation des besoins actuels en détention en pâtit.

La démarche de santé publique en 1994 a entraîné l'ouverture des UCSA (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires), désormais nommées USMP (Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire), unités implantées au sein de chaque établissement pénitentiaire, et dont les professionnels dépendent de l'hôpital public. Également, la loi a permis l'affiliation automatique des personnes détenues au régime général de la sécurité sociale, et ce dès l'entrée en détention.

Il s'en est suivi une amélioration de la prise en charge médicale des personnes détenues, donc une augmentation du nombre d'hospitalisations, et par conséquent des difficultés d'organisation des extractions médicales en termes de sécurité, de garde, de prévention des risques d'évasion. L'arrêté du 24 août 2000 a alors conduit à la création des UHSI (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales) au sein des CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire), plus précisément à l'ouverture d'unités accueillant des personnes détenues pour des hospitalisations programmées de plus de 48 heures, sous surveillance pénitentiaire. Il existe 8 UHSI sur le territoire français, réparties selon un schéma inter-régional (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes, Toulouse).

Le paradoxe du système de soin en détention : au carrefour du soin et de la peine

La définition de la santé donnée par l'OMS en 1946, à savoir « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » révèle toute la contradiction de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral. Face à ce paradoxe, Moreau (2010) s'interroge : « Comment peut-on espérer un bien-être mental lorsque l'on est privé de liberté, coupé de ses liens familiaux, sans perspective d'avenir et de plus, pour beaucoup, incarcéré pour des délits liés à des pathologies mentales ou comportementales ? Comment concilier libre choix du patient, confidentialité, respect de la dignité sous toutes ses formes – qui parmi bien d'autres sont les principes fondateurs de l'exercice médical – avec les impératifs de fonctionnement carcéral, et plus particulièrement

ceux de sécurité ? Plus simplement, comment concilier deux concepts apparemment opposés : soigner et punir ? ». De même, Mahi (2015) souligne la contradiction du principe selon lequel les personnes détenues bénéficieraient des mêmes droits que les patients libres : « Les patients détenus ne prennent pas un *rendez-vous* mais sont *convoqués*, ils ne *choisissent* pas le soignant (et le type de soignant) qu'ils souhaitent consulter mais sont *orientés* vers l'un d'eux. La seule posture admise est celle de la passivité ».

Lieu d'enquête : l'UHSI

Dans le cadre de mon Master 2 en *Psychologie clinique, légale et sociale*, j'ai réalisé un stage de 300 heures au sein d'une UHSI (Unité Hospitalière Interrégionale), auprès de la psychologue du service.

L'UHSI accueille des patients incarcérés des deux sexes, majeurs ou mineurs, qui peuvent présenter tout type de pathologie somatique (ce qui n'exclue pas la présence de troubles mentaux). Selon les statistiques données par le chef de service de l'UHSI, le taux d'occupation moyen de l'unité à travers les années est d'environ 50 %. Selon les types de pathologie et de prise en charge, la durée des hospitalisations varie, pour une moyenne de 5, 6 jours. Les patients sont principalement des hommes (96,5%) qui ont en moyenne 46 ans.

L'UHSI peut prendre l'image d'une prison dans l'hôpital. Le bâtiment est relativement isolé au sein du CHRU, entouré d'un haut mur de béton, et toutes les fenêtres comportent des barreaux. Pour entrer dans le bâtiment, tout professionnel doit se contraindre aux exigences sécuritaires pénitentiaires : délivrer son identité, passer sous le portique de sécurité et laisser son téléphone portable dans un casier. L'unité compte 17 chambres individuelles. Lorsque l'équipe soignante souhaite intervenir auprès du patient, elle doit faire appel aux agents pénitentiaires, qui sont postés au centre des quatre ailes de l'unité, construite sur un modèle d'architecture pénitentiaire panoptique. Une différence entre les UHSI et les centres de détention est notable : il n'y a pas de cour de promenade (voir chapitre de la partie *Analyse, 2.4 Le refus de soin*).

Pour Janicaud (2013), les UHSI sont une « caricature de l'organisation carcérale » car « bien souvent présentées comme la vitrine des nouveaux dispositifs contribuant à l'amélioration du dispositif sanitaire [elles] participent finalement à exacerber les mécanismes internes de l'organisation carcérale et restent, à ce titre, l'occasion de repenser les mécanismes de l'enfermement ».

Le fonctionnement de l'UHSI suppose une collaboration entre deux corps de métiers, à savoir une équipe médicale et une équipe pénitentiaire (qui gère l'entrée au sein de l'unité, l'ouverture des chambres, les extractions). La cohabitation imposée de ces deux professions implique un ajustement des pratiques et met en lumière des enjeux institutionnels importants (Bazex, 2009). En effet, deux logiques antagonistes rattachées respectivement à deux professions coexistent dans un « microcosme clos et restreint » (Chantraine et al., 2012) : celle du soin (équipe médicale), et celle de l'enfermement (équipe pénitentiaire). Cette ambivalence se révèle notamment à travers la forme hybride que revêt le « détenu-patient » ou « patient-détenu », à la fois dangereux et vulnérable, qui soulève méfiance et empathie, qu'il faut surveiller et soigner.

Ainsi, les logiques institutionnelles bouleversent l'aspect identitaire du public accueilli à l'UHSI parce qu'à son insu, il devient objet des rivalités interprofessionnelles. En outre, il subit une double peine : celle d'être détenu et celle d'être malade.

Face à ces ambivalences, je me suis interrogée à propos de :

- La nature des représentations qu'entretiennent les soignants et les agents pénitentiaires à propos de la personne détenue et malade, du cadre de travail à l'UHSI, du système carcéral ;
- L'homogénéité des représentations au sein d'un corps professionnel ;
- La potentielle construction en opposition de représentations entre deux catégories professionnelles qui travaillent ensemble mais avec des regards différents.

Afin d'étayer ces trois points, j'ai réalisé une enquête par entretien auprès des deux corps de métiers qui exercent à l'UHSI : l'équipe soignante et l'équipe pénitentiaire.

Dans un premier temps, je détaillerai la méthodologie que j'ai appliquée.

Dans un deuxième temps, j'exposerai mon analyse des entretiens comme suit : je présenterai chacun des interviewés, j'aborderai 9 thèmes communs aux six entretiens afin d'observer, en fonction du corps de métier, des similitudes ou non, qui s'articuleront ensuite aux relations interprofessionnelles.

Enfin, j'aborderai les limites de mon étude.

METHODOLOGIE

L'enquête que j'ai réalisée à l'UHSI est une « enquête par entretien à usage principal » (Blanchet, Gotman, 1992). En d'autres termes, les entretiens que j'ai menés auprès de deux catégories professionnelles à l'UHSI {soignants ; surveillants} sont le mode de collecte principal des données. Leur analyse m'a permis d'étudier les représentations et les pratiques de ces deux corps de métiers.

1. L'entretien, aspects théoriques

.1.1 L'entretien comme outil

L'entretien est un instrument d'investigation permettant l'étude « des systèmes de représentations (pensées construites) et des pratiques sociales (faits expérimentés) » (Blanchet, Gotman, 1992). L'exploration de ces systèmes de valeurs et de normes s'opère à travers un dialogue entre un interviewer et son interviewé ; l'entretien correspond donc à un processus interlocutoire. En ce sens, comme le souligne Raymond (1984), l'entretien est une situation de rencontre, d'échange et non une quête standardisée d'informations brutes. A la différence du questionnaire qui produit une réponse, l'entretien génère un discours, une parole, véhiculant des idées, des opinions, des représentations.

.1.2 L'objet d'étude : les représentations

Pour Kaufmann (2011), une représentation correspond à une construction sociale de la réalité. De leur côté, Blanchet et Gotman (1992) l'associent à la notion d'idéologie, c'est-à-dire à un ensemble de pensées construites, à « une organisation d'opinions, d'attitudes et de valeurs, une façon d'envisager l'homme et la société » (Adorno et al., 1950), à « un ensemble organisé de représentations », « une certaine vision du monde », « un cadre de références » (Raymond & Haumont, 1966) ou encore à un « système de pensée qui, en articulant valeurs, croyances et représentations, détermine la manière dont l'individu pense à la fois le monde et les actes qu'il y accomplit » (Monceau, 2006).

Plusieurs théories suggèrent un lien d'interdépendance entre identité personnelle et représentations. On retrouve ici l'idée que « les représentations sociales sont des blocs sur lesquels le soi se construit » (Oyserman & Markus, 1998). Une analyse de la littérature, *Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples* réalisée par Cohen-Scali et Moliner (2008) présente ces travaux. Les auteurs concluent leur article en remarquant que les représentations « s'organisent autour d'éléments centraux qui leur donnent leur signification. Ces éléments font l'objet de consensus massifs au sein des groupes sociaux. On pourrait alors s'interroger sur la manière dont les individus négocient ces consensus lorsqu'ils s'approprient une représentation donnée. L'individualisation d'une représentation passe-t-elle par le rejet des croyances les plus consensuelles qui la constituent ? ».

Ainsi, il serait pertinent d'étudier les processus de différenciation intra et intergroupe à travers la fonction des éléments centraux d'une représentation sociale.

.1.3 L'engagement que suppose l'entretien

En psychologie, l'identité de l'individu correspond au « sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle » (Erikson, 1972). A travers ses relations sociales, l'individu intériorise des représentations qu'il ordonne avec le plus de cohérence possible. Ainsi, le maintien de l'intégrité identitaire s'accomplit à travers un processus de mise en ordre permanent des contradictions et des oppositions aux représentations intériorisées.

Comme le souligne Kaufmann (2011), l'entretien suppose un authentique engagement de la part de l'interrogé car son moi, son unité identitaire sont susceptibles d'être remis en question. En effet, au fil de l'entretien, l'informateur est pris au piège de son discours : plus il approfondit, plus il s'investit parallèlement pour mettre de l'ordre dans ce qu'il dit de lui car c'est son moi qui est concerné. Et plus il s'aventure dans cet effort de mise en ordre, plus il se révèle, communiquant d'autres informations qui requièrent à leur tour de nouvelles mises en ordre (Kaufmann, 2011).

Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que l'enquêté qui tendrait à dissimuler certains points, à livrer des opinions opposées aux siennes, à énoncer de façon consciente ce qu'il pense qu'on attend qu'il dise pourrait au fil de l'entretien se perdre entre ses représentations et ses fabulations, et donc risquer de compromettre la cohérence de son identité. De plus, on peut s'attendre à ce que le caractère quelque peu solennel et inhabituel de la scène limite

l'imagination : entretien pour réaliser une étude, position de face-à-face, enregistrement de l'entrevue. Aussi, l'interrogé est valorisé car placé en position d'exception, de sachant ; il suscite l'intérêt de l'interviewer et en cela, on peut supposer qu'il s'applique à informer, transmettre son savoir, partager son expérience de façon la plus sincère qui soit.

Kaufmann (2011) explique que « en s'engageant il [l'interviewé] entre dans un travail sur lui-même, pour construire son unité identitaire, en direct, face à l'enquêteur, à un niveau de difficulté et de précision qui dépasse de loin ce qu'il fait ordinairement ». L'enquêteur doit mener l'informateur vers une démarche réflexive vis-à-vis de lui-même et de son positionnement (Rabinow, 1988), le discours doit toucher au caractère authentique, affectif.

En pratique, tous les entretiens ne peuvent atteindre cet idéal d'introspection, d'auto-analyse de la part de l'interviewer. En outre, je n'occulte pas l'intérêt d'étudier, à travers les discours, les modèles normatifs de comportements, les idéaux, les schémas stéréotypés de pensée - d'ailleurs, j'aurai principalement affaire à ceux-ci.

De plus, même si le caractère engageant de l'entretien peut limiter le travestissement conscient de la pensée, la situation interactive, d'après Goffman (1973) n'en reste pas moins une situation où l'informateur est un acteur en représentation, parfois en « représentation frauduleuse ». On ne fait plus ici référence à la représentation sociale, mais, au sens de Goffman, à une pièce de théâtre (i.e. une situation interactive) au sein de laquelle les acteurs (i.e. les interlocuteurs) jouent un rôle (i.e. interagissent). Ainsi, puisqu'il doit maîtriser l'image qu'il renvoie de lui-même, l'acteur a recours à différents procédés de « mise en scène » afin d'idéaliser son personnage (le but étant de simuler, de convaincre que ce qui a l'air d'être est, sans mentir, à l'aide d'allusions, omissions, ambiguïtés, feintises). Goffman précise que l'acteur lui-même peut être piégé par sa propre représentation en croyant en l'impression (déguisée) suscitée ; c'est ce qu'il nomme la conviction de l'acteur. Ce dernier peut donc simuler plus ou moins consciemment sans intention malveillante, pour convenir à l'idéal auquel il aspire. C'est ce que, dans l'approche psychanalytique, Freud, nomme l'idéal du moi, « instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisations du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. En tant qu'instance différenciée, l'idéal du moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer » (Laplanche et Pontalis, 2007).

Suite à ces définitions de concepts, il s'agit désormais d'explicitier la façon dont j'ai procédé pour tenter d'accéder au plus près du sens subjectif et intersubjectif du discours des interviewés (Weber, 1965).

2. Les entretiens menés à l'UHSI

.2.1 Population et échantillon

L'UHSI reproduit une organisation pyramidale de deux corps de métiers. En effet, la base du système triangulaire correspond aux « métiers modestes » (Hughes, 1996 [1971]) à savoir les infirmières et aides-soignantes ainsi que les surveillants. A son sommet se tient la hiérarchie constituée des formes les plus prestigieuses de ces fonctions, autrement dit les officiers pénitentiaires et les médecins.

Pour mon étude, j'ai décidé d'interviewer trois surveillant(e)s pénitentiaires (je les nommerai également agent(e)s pénitentiaire(e)s) et trois infirmier(e)s hospitalières (ou personnel soignant).

Pourquoi ne pas avoir également interrogé médecins, agents pénitentiaires gradés... ? Premièrement, les surveillants pénitentiaires et le personnel infirmier sont les professionnels les plus accessibles, les plus présents au quotidien à l'UHSI (Bessin, Lechien, 2000). Deuxièmement, ils sont situés au bas de leur hiérarchie respective. Sachant qu'au sein d'une même catégorie professionnelle, les membres entretiennent des rapports distincts à leur métier en fonction de leur statut et de leur échelon (Strauss, 1992), interroger également des médecins ou gradés aurait biaisé l'analyse.

La profession d'infirmière étant très féminisée et la fonction pénitentiaire principalement masculine, il m'a paru enrichissant d'interroger un homme infirmier et une femme surveillante pénitentiaire. Néanmoins, compte tenu de la petite taille de mon échantillon {3 ; 3}, la variable dominante correspond à la catégorie professionnelle et non au sexe de l'interviewé.

.2.2 Mode d'accès aux enquêtés : le volontariat

Etant en stage durant sept mois à l'UHSI dans le cadre de mes études en Master 2 de psychologie, j'ai sollicité six informateurs sur place, sur la base du volontariat. En effet, il me semble fondamental de laisser un libre choix à l'individu, de ne pas chercher à le convaincre, de respecter sa décision. D'ailleurs, une interview non consentie se rapprocherait d'un interrogatoire et de façon évidente, le caractère imposé de l'entrevue inhiberait

immanquablement la libre parole. Autrement dit, l'accord de l'individu est nécessaire pour créer un engagement entre les deux partenaires.

Une question essentielle s'est posée : de quelle façon aborder les professionnels ? En effet, il est question d'un entretien relativement coûteux en temps (en moyenne une trentaine de minutes) potentiellement impliquant, qui peut s'avérer difficile pour des personnes qui sont de nature réservée ou peu à l'aise à l'oral... D'autant plus que l'échange est enregistré, puis transcrit et étudié. La confiance, le respect, la discrétion se sont révélés prioritaires pour entrer en relation.

J'ai abordé les professionnels au hasard – tout particulièrement en ce qui concerne les agents pénitentiaires avec lesquels j'avais habituellement peu de contact-, en me basant sur deux facteurs déterminants : la volonté de participer ; la disponibilité. J'ai recueilli l'adhésion de six professionnels {3 infirmier(e)s ; 3 agent(e)s pénitentiaires}, nombre limité mais suffisant pour permettre l'étude envisagée (voir chapitre de la partie *Limites, Autocritiques, Remarques 1. Représentativité*).

J'ai essuyé de nombreux refus, principalement pour des raisons de disponibilité en ce qui concerne les infirmier(e)s, et essentiellement pour des refus de participer à l'étude en ce qui concerne les surveillant(e)s pénitentiaires (voir chapitre de la partie *Limites, Autocritiques, Remarques, 2. Les refus*).

L'administration pénitentiaire étant très stricte à propos de ce qui entre et ce qui sort de l'établissement, j'ai réalisé des démarches administratives afin de pouvoir interroger les professionnels à l'aide d'un dictaphone, *idem* du côté hospitalier.

.2.3 La programmation temporelle

Chacun des entretiens a eu lieu en fin de journée. Après mon activité clinique auprès des patients de l'UHSI, je retirais ma blouse (voir chapitre de la partie *Limites, Autocritiques, Remarques, 4. La neutralité fantasmée*), me munissais du dictaphone et toquais aux différentes portes – bureau infirmier et Poste d'information et de contrôle, en d'autres termes bureau des surveillants – afin de présenter mon étude et rechercher un volontaire disponible pour un temps d'environ une heure sur son temps de travail.

Le moment pendant lequel l'entretien se déroule n'est pas sans incidence sur la production de discours. En effet, les actions précédentes, le contexte à l'UHSI (nombre de patients, types de pathologies, difficultés ou non dans la prise en charge, contraintes sécuritaires renforcées pour certains patients) influencent inévitablement l'entretien ; du côté de l'informateur bien sûr, mais également du mien. En d'autres termes, si, auprès d'un même informateur, l'entrevue avait eu lieu à un autre moment, l'interaction aurait été différente et donc mes relances et la production du discours de l'informateur également. Il s'agit de l'effet du facteur temporel sur la construction discursive.

.2.4 La scène

La scène correspond à l'environnement dans lequel se déroule un entretien. En effet, tout comme la programmation temporelle de l'entretien, le lieu, la disposition des places occupées par les partenaires ont un impact sur la construction discursive (Blanchet et Gotman, 1992).

L'interview requérant l'utilisation d'un dictaphone, je n'avais pas, dans un premier temps, l'autorisation de réaliser les entretiens ailleurs que dans le parloir de l'UHSI –pièce exiguë, qui résonne, sans autre ouverture qu'une porte blindée et avec pour seul mobilier deux chaises, une petite table et une lumière artificielle agressive. Autrement dit, une pièce lugubre dans laquelle les patients peuvent, si la justice l'autorise, rencontrer pendant une heure des visiteurs. En d'autres termes encore, un lieu chargé de significations susceptibles d'être mises en acte dans le discours.

La première interview a finalement eu lieu auprès d'un agent pénitentiaire dans le bureau du Premier Surveillant (sur décision de ce dernier) ; lieu qui communique également des significations particulières. En effet, l'agent pénitentiaire pénètre dans l'espace de sa hiérarchie, et moi dans le domaine de l'autorité pénitentiaire. Spontanément, je me suis installée sur un tabouret disposé à côté d'un fauteuil. Par politesse, l'agent a insisté pour que nous échangions de place, me laissant alors le fauteuil. Lieu non neutre, asymétrie des positions, téléphone qui sonne, interventions à plusieurs reprises du Premier surveillant qui finalement a mis fin à l'entretien pour récupérer son bureau... Ici aussi, les conditions étaient peu propices à un processus interactif non influencé par la scène.

J'ai donc fait en sorte que les cinq entretiens suivants se déroulent dans la salle de réunion, lieu neutre, sans nombreux passages (le mobilier compte la photocopieuse, outil tout de même régulièrement exploité !) et sur des chaises identiques placées en côte à côte.

.2.5 Le cadre contractuel ou contrat d'entretien

Le contrat d'entretien est, dès la prise de contact, « constitué par les représentations et les croyances mutuelles des interlocuteurs sur les enjeux et les objectifs du dialogue » (Blanchet, 1991). En d'autres termes, afin d'établir un savoir commun à propos de l'entrevue, l'interviewer est tenu d'en renseigner les objectifs et modalités à l'interviewé.

Ainsi, je soumettais le cadre à deux reprises à l'enquêté ; une première fois lors de la prise de contact pour un potentiel recrutement, et une seconde fois avant de débiter l'entretien auprès du volontaire. En effet, il ne s'agit pas d'une discussion informelle, et l'enquêteur doit le préciser.

Voici une version approximative de la présentation du cadre contractuel:

« Dans cadre de mon master 2 de psychologie, j'étudie le fait, pour les agents pénitentiaires et les soignants, de travailler auprès de personnes incarcérées-malades, malades-incarcérées. Il s'agit d'une interview anonyme, d'environ trente minutes - une heure, qui ne porte que sur des aspects de votre vie professionnelle, vos opinions, votre expérience etcetera. J'ai demandé l'accord aux supérieurs (le chef de service, la commandante, le cadre des infirmiers). L'entretien est enregistré avec un dictaphone car c'est une méthode plus simple que la prise de notes ; le matériel audio sera détruit une fois que j'aurai retranscrit l'interview. Est-ce que vous acceptez de participer ? Si oui ; quand êtes-vous disponible, maintenant, plus tard ? »

Il s'agit d'une présentation simplifiée de l'étude, qui a pour but de dédramatiser la situation, de rassurer les professionnels, de les mettre en confiance en leur indiquant le caractère anonyme de l'interview, et en soulignant le fait qu'il s'agit d'un engagement certes, mais qui n'implique pas de connaissances particulières puisque c'est leur expérience qui m'intéresse. Il n'était pas question d'évaluer, de juger leur travail mais de comprendre le sens qu'ils y mettaient.

.2.6 Le statut de tiers du dictaphone

Le recours à l'utilisation du dictaphone me semblait indispensable. L'argument principal, communiqué à la hiérarchie et aux enquêtés est que la prise de note pendant l'interview est fastidieuse et que l'analyse de discours requière une transcription fine, objective, exacte du discours. Aussi, le dictaphone joue le rôle de spectateur, il « concrétise dans la relation duelle une présence tierce, et qui donne à l'interlocution une dimension d'exception » (Blanchet, Gotman, 1992).

Également, dans un registre psychanalytique, on peut y voir une valeur symbolique ou la matérialisation du Sur-Moi (le dictaphone dans un rôle de censeur moral, de juge) ou de figure d'autorité qui restreint la parole au politiquement correct. Sa présence matérielle pourrait impliquer la dissimulation d'une opinion non conforme à l'identité professionnelle par exemple. Le dictaphone comme tiers pourrait donc nourrir un phénomène d'autocensure de la parole car il y a notion de conservation, de définitif, d'usage à posteriori, d'hors-contexte, de relation non duelle. La confidence est publique.

Ainsi, je soulignais à chaque début d'entretien l'existence provisoire du matériel audio : je le supprimerai après chaque transcription.

.2.7 Le plan d'entretien

Bourdieu (1980) qualifie l'entretien d'« improvisation réglée ». Le terme *improvisation* renvoie au caractère unique, non directif de l'entrevue. En effet, il n'est pas question d'un jeu de question-réponse : l'enquêteur s'adapte à la production de l'interviewé et utilise la relance (Blanchet, 1989) pour aller au plus près, au plus explicite de la parole, en évitant de provoquer des effets de résistance. L'adjectif *réglé* fait référence à un cadre, à une méthode, à un plan préconçu par l'enquêteur, à « une interface du travail de conceptualisation de la recherche et de sa mise en œuvre concrète », à un « guide thématique formalisé » (Blanchet et Gotman, 1992), afin notamment de pouvoir confronter les données produites aux hypothèses.

Ainsi, une étape préliminaire anticipe la réalisation des entretiens. A partir de mes lectures et en m'appuyant sur mes hypothèses de recherche, j'ai élaboré deux trames – une pour chaque catégorie d'acteurs – recensant des thèmes qui me paraissaient pertinents – sans être indispensables – à explorer. Autrement dit, si tous les axes n'étaient pas évoqués, cela

m'importait peu ; et si d'autres thèmes étaient abordés, c'était enrichissant, et j'invitais l'interviewé à approfondir son propos.

Ainsi, le plan d'entretien se veut souple, évolutif, adaptable à la spécificité de chaque situation d'entretien (Milly, 2001). Il ne dirige pas le discours, il l'articule en aidant l'interviewer à concevoir des relances pertinentes. Comme le précisent Blanchet et Gotman (1992), « il permet en principe d'obtenir à la fois un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche ». Il ne s'agit pas de questions directives, « prêtes à l'emploi » mais d'un cadre. En effet, il était question d'entretiens semi-directifs, adaptés à chaque informateur.

Durant les entretiens, j'ai mis de côté la trame afin d'induire un moment de libre-parole, et non un contexte d'interrogatoire. Pourtant, si certains interviewés se sont montrés prolixes dans leurs propos, me permettant d'intervenir le minimum possible en ne formulant que quelques relances et introductions de nouveaux thèmes, certains entretiens ont été davantage saccadés. Malgré mes efforts, ces derniers ont été quasiment directives, l'enquêté attendant le prochain axe thématique à aborder, sans prise d'initiative.

Afin d'éviter les résistances et les méfiances, je débutais par une question sur le parcours professionnel de l'enquêté, sur les motivations qui l'avaient conduit à travailler à l'UHSI et ce que travailler aujourd'hui dans ce service représentait pour lui.

Au fil de l'entretien, j'invitais l'informateur à me parler de sa relation avec les personnes prises en charge au sein du service, de la différence entre le travail en structure fermée hospitalière comme l'UHSI et en milieu libre (pour les soignants) ou en centre pénitentiaire (pour les surveillants), des relations de travail entretenues entre les soignants et l'administration pénitentiaire.

Le dernier axe que j'abordais sollicitait l'acteur à propos de son opinion sur la prison et la justice en France, aujourd'hui. Le discours produit à cette occasion fût majoritairement riche en représentations.

.2.8 Analyse des entretiens

Les données recueillies correspondent aux discours produits lors de la situation interactive entre l'enquêteur et l'enquêté. Le travail de traitement des données a ici pour objectif de saisir la

logique de production de sens, de repérer les représentations à partir desquelles les pratiques professionnelles de chacun des enquêtés se structurent.

Milly (2001) introduit une nuance en soulignant que « l'analyse a moins pour objet des actions et des représentations que des *discours* sur des actions et des représentations ». En effet, le travail de Goffman (1973) à propos des formes de présentation et d'exposition de soi (voir chapitre 1.3 *L'engagement que suppose l'entretien*) montre qu'il y a inévitablement un écart entre une représentation ou une action effective et leur mise en discours. Cet état de fait interroge : l'analyse du discours a-t-elle alors un sens, une objectivité, permet-elle d'accéder à la « réalité » ?

Cet écart décrit par Goffman ne signifie pas pour autant que tout discours est une reconstruction qui n'est pas du tout conforme aux représentations et pratiques que l'acteur sait être les siennes.

Aussi, il n'importe pas d'atteindre le vrai ou le réel -si tenté qu'ils existent. Ce dont on peut être certain, c'est que l'analyse de discours a pour but de mettre en lumière la réalité de l'enquêté, de faire émerger le plus précisément possible son univers mental et symbolique, à partir de ce qu'il a bien voulu donner comme matériel, comme parole.

En se référant à Weber (1922), on peut également noter que des pratiques ne peuvent être saisies qu'en appréhendant le sens que leur en attribue leur auteur. De plus, il est justement intéressant d'étudier l'articulation entre « les comportements effectifs et les modèles normatifs de comportement » (Milly, 2001), entre l'agir et le pensé.

Comme le précisent Beaud et Weber (2008), « chaque entretien est un évènement qu'il faut analyser pour lui-même ». En d'autres termes, il est nécessaire de prendre en compte la cohérence singulière de chacun des entretiens (i.e. d'analyser séparément chaque entretien), avant de les confronter au sein d'une même catégorie d'acteurs {soignants et surveillants}, puis de comparer les catégories.

Après transcription *verbatim* des entretiens, je me suis donc attachée à leur étude. J'ai expérimenté un bricolage méthodologique en mêlant deux techniques d'analyse formalisées. En effet, j'ai eu recours principalement à « l'analyse par entretien » et également, dans une moindre mesure, à « l'analyse thématique » (Blanchet et Gotman, 1992).

Ainsi, j'ai tenté d'identifier pour chacun des entretiens les non-dits, les implicites, les mécanismes de défense à l'œuvre, les modes de discours (à dominante modale/référentielle),

les temps verbaux, les types de références (auto ou hétéro), la nature des modalités, des connecteurs logiques et interactifs, l'emploi massif d'adverbes, les marques d'hésitation, les champs lexicaux afin d'approcher les conceptions, les logiques subjectives de l'interviewé.

Pendant l'analyse par entretien, j'ai extrait du discours certains thèmes -se rapportant à mes hypothèses et figurant dans ma trame (voir chapitre 2.7 *Le plan d'entretien*)- qui allaient être récurrents à travers les entretiens. Il s'agissait entre autres du secret médical, de la relation entre l'administration pénitentiaire et les soignants, de l'opinion à propos de la prison, du refus de soin, des formules de politesse employées à l'égard des patients-détenus. Le fait d'isoler ces thèmes m'a permis d'organiser mes analyses, tout en maintenant l'idée selon laquelle les thèmes sont en relation et s'articulent au sein d'un même entretien. Par la suite, j'ai pu percevoir la diversité des « noyaux de sens » (Bardin, 1991), des expressions, des représentations, des façons par lesquelles les enquêtés appréhendent leurs actions.

On peut noter que ce travail d'analyse a été influencé par mon plan d'entretien et les hypothèses de recherche dont il est issu, et inversement puisque l'analyse de discours m'a permis d'étayer mes hypothèses et ma problématique détaillées ci-après.

3. Hypothèses

Voici mon hypothèse de recherche de départ : « Les soignants et les agents pénitentiaires ont une représentation antagoniste de la personne malade et incarcérée. »

Mon travail était donc centré sur les dyades soignant/personne malade et incarcérée et surveillant/personne malade et incarcérée. Au fil des entretiens et de mes travaux de recherche, la problématique a évolué de façon notable. En effet, à l'UHSI, l'aspect institutionnel, plus précisément le clivage entre les deux corps de métiers qui coexistent a une place centrale.

Pour rappel, voici ma problématique finale. Dans ce travail, j'étudie :

- La nature des représentations qu'entretiennent les soignants et les agents pénitentiaires à propos de la personne détenue et malade, du cadre de travail à l'UHSI, du système carcéral ;
- L'homogénéité des représentations au sein d'un corps professionnel ;
- La potentielle construction en opposition de représentations entre deux catégories professionnelles qui travaillent ensemble mais avec des regards différents.

J'ai émis trois principales hypothèses :

- Les relations interprofessionnelles soignants/agents pénitentiaires sont clivées ;
- Au sein d'un même corps de métier, dans un même milieu d'exercice, les professionnels ont des pratiques et des représentations assez homogènes ;
- Le conflit entre les deux catégories professionnelles alimente la radicalisation des représentations en tant qu'enjeu identitaire et professionnel.

De plus, des sous-hypothèses ont guidé mon travail, notamment lors de la réalisation du plan d'entretien. Elles seront validées ou non au fil de l'analyse des entretiens.

- Les patients-détenus sont dépersonnalisés par les agents pénitentiaires et idéalisés par les soignants ;

- Le vocabulaire employé par les professionnels au sujet des personnes soignées incarcérées est radicalement différent en fonction de la catégorie professionnelle ;
- Le discours des infirmiers est essentiellement sur un registre modal et le discours des agents pénitentiaires sur un mode référentiel ;
- Les soignants sont perçus comme étant crédules par les agents pénitentiaires ;
- L'exercice à l'UHSI, et pour les soignants, et pour les surveillants, peut être valorisé comme un mode de différenciation identitaire vis-à-vis du restant des deux professions ;
- Le discours et les contraintes sécuritaires de l'administration pénitentiaire alimentent, si elle existe, une méfiance des soignants envers les patients ;
- L'égalité de l'accès au soin des personnes détenues est sacralisée par les soignants ;
- L'identité de patient est la seule qui compte dans le discours des soignants avec déni de la caractéristique transitoire « personne détenue » ;
- Les soignants dénoncent les conditions carcérales et les droits des personnes détenues ;
- Les soignants assurent ne pas souhaiter avoir connaissance des motifs d'incarcération des patients en vertu d'une neutralité affective ;
- Le principe du secret médical est utilisé pour alimenter le conflit entre les deux catégories professionnelles ;
- Les soignants sont dans un maintien à tout prix d'un idéal professionnel.

ANALYSE

1. Présentation des six interviewés

Pour commencer, je tiens à présenter chacun des interviewés, leur mode de discours, et une particularité de leur entretien ; ceci afin de ne pas occulter la singularité de chaque professionnel interviewé.

.1.1 Présentation des deux surveillants et de la surveillante interviewés

.1.1.1 Agent pénitentiaire n°1

Le premier interviewé est un agent pénitentiaire de 45 ans, responsable du PIC (Poste d'Information et de Contrôle). L'entretien a duré 36 minutes et a eu lieu dans le bureau du Premier Surveillant (voir chapitre de la partie *Méthodologie*, 2.4 *La scène*).

Ce surveillant est agent pénitentiaire depuis 1993 ; c'est celui qui a, parmi les trois agents interviewés, la plus longue carrière dans ce milieu. Aussi, à la différence des deux autres interviewés, il semble qu'il n'ait jamais pratiqué d'autre activité que celle de surveillant pénitentiaire. Il a intégré l'UHSI en 2005, soit un an après son ouverture, après avoir travaillé au sein de plusieurs prisons.

En se référant à Beaud et Weber (2008), on peut qualifier l'entretien d'informatif. En effet, le surveillant véhicule, à travers son discours, ce qu'il veut être le point de vue de l'institution pénitentiaire : « on en faisait » (l.9,10), « on distribuait » (l.16) ; « on a le temps » (l.52) ; « on gère » (l.53) ; « on prépare pas » (l.53) ; « notre métier » (l.89) ; « on s'assure » (l.94) ; « ça fait partie de notre métier » (l.103) ; « on peut avoir ce rôle » (l.103) ; « pour nous ça reste des détenus » (l.103) ; « en tant que surveillant » (l.103).

On compte dans le discours 160 « on/nous », 122 « je/j' » et 4 « à mon avis ». Le discours est donc hétéro-référent, opaque, indirect.

Parmi les trois interviewés, il est le seul à avoir vécu en tant que surveillant la loi de 1994 qui a entraîné le passage d'une médecine pénitentiaire à un service public hospitalier avec la création des UCSA.

« je trouvais bizarre c'était nous qui donnions les médicaments on avait la responsabilité parce qu'on distribuait des fioles à l'époque → tous les médicaments étaient sous forme liquide donc y avait différentes sortes de couleurs mais c'était les surveillants qui passaient avec un énorme chariot et celui-là ben on lui donnait deux fioles rouges une blanche → on savait pas non plus ce qu'il y avait dedans et surtout fallait pas se tromper quoi → les trois rouges ça vaut peut-être pas une blanche euh ou enfin bon comme y avait pas de nom du détenant y avait pas la posologie y avait pas ce que c'était → des fois on donnait des médicaments on savait pas ce que c'était → bon c'était un peu → ça m'a toujours choqué ça → moi j'estimais que c'était pas mon rôle → être surveillant mais infirmier peut être pas trop quand même → c'est vrai que l'ouverture des UCSA ça a simplifié le traitement ça a simplifié ça → ils nous les envoyaient ils allaient prendre leur traitement à l'infirmierie donné par une infirmière c'était plus simple pour nous → après le plus compliqué c'était qu'ils avaient le traitement pour la semaine donc avec tous les risques que ça comporte euh stockage de médicaments, trafic de médicaments → c'est vrai que quand c'était nous qui le faisions c'était pas possible comme c'était liquide ils buvaient devant nous et on repartait avec la fiole vide donc euh voilà chaque système a des avantages et des inconvénients mais moi je préfère quand même cette façon de faire → » (l.15)

Tout au long de l'entretien, ce surveillant souligne le caractère flou qu'il attribue aux rôles assignés aux surveillants (« j'estimais que c'était pas mon rôle »).

Le paternalisme dont l'interviewé fait preuve auprès de moi constitue la particularité de cet entretien. De par son discours sécuritaire, on peut faire l'hypothèse qu'il cherche à susciter ma crainte, et celle des soignants de façon plus générale. Également, dans un rapport de séduction et de domination masculine, on peut imaginer qu'il tend à me prouver sa virilité, son caractère protecteur. En d'autres termes, il suggère l'idée selon laquelle ma sécurité (et celle des soignants) dépend de lui, de sa fonction de surveillant.

En se référant à Goffman (1973), le discours de l'interviewé met à l'œuvre un mécanisme d'idéalisation, qui est « la tendance de l'acteur à donner à son public une impression idéalisée par tous les moyens ». D'une certaine manière, l'interviewé pourrait chercher à me donner une vision idéalisée du rapport que nous entretenons : le protecteur et sa protégée.

Je suis clairement associée à l'équipe des soignants qu'il caractérise de naïfs. Lorsqu'il cite, tel un principe que « *faut pas vivre dans un monde de bisounours* » (1.55), il s'adresse autant à moi qu'aux soignants. Il profite donc de l'interview pour me rappeler des règles de sécurité et son rôle protecteur.

« *c'est de humains faut qu'ils se fassent soigner → mais je vous laisserai peut être pas forcément aller voir n'importe qui n'importe comment* » (1.108)

« *je vais pas lui dire forcément pourquoi il est là ni → mais s'il est attiré par les jeunes filles aux yeux bleus bah forcément je vais te dire bah n'y vas pas seule en cellule vas-y avec ton aide-soignante → ou si t'es seule je viendrai avec toi* » (1.129)

« *ben si j'observe le comportement du détenu et que je vois qu'il est pas normal je peux vous le demander de sortir → euh le fait d'avoir des échanges avec eux → alors déjà y en a qu'on connaît depuis x temps → donc vous peut être qu'en tant que psychologue vous allez déceler des choses dans leur comportement que moi je ne décèlerai pas → et inversement → donc si je le sens pas je vais pas vous laisser rentrer → je vais vous l'expliquer je peux vous le dire après je peux me tromper y a pas de souci* » (1.285)

« *même si je vous dit de sortir d'une chambre parce que le détenu commence à s'agiter ou quoi → j'espère que vous allez sortir [rire] → pas parce que c'est moi qui → parce que c'est moi qui vous le demande → mais la première réflexion ce sera pas me demander pourquoi → vous prenez la sortie je ferme la porte et après je vous explique tout ce que vous voulez y a pas de souci → mais si vous me demandez pourquoi on perd du temps* » (1.280)

Les deux premiers extraits sont structurés de la même façon. On identifie, dans un premier temps, un contenu propositionnel où l'interviewé assure respecter la dignité humaine et met en valeur les qualités humaines qui se rattachent à sa profession. En effet, il indique qu'il approuve le principe d'accès au soin des personnes incarcérées et qu'il ne divulguera *pas forcément* le dossier pénal du patient à l'équipe des soignants. Dans un second temps, il utilise le connecteur contre-argumentatif « *mais* » pour entrer en contradiction avec les principes humanistes qu'il a avancés. Dans ses propos, je note une pointe de paternalisme, d'infantilisation, comme s'il cherchait à susciter ma crainte. Il insiste sur la confiance que je (les soignants) devrais lui accorder, et sur la nécessité de non remise en question de ses ordres. Afin de m'atteindre, de me faire prendre conscience de l'existence d'un danger potentiel, il ne parle plus des soignants mais s'adresse directement à moi.

On discerne ici la notion de Lacan, à savoir les noms-du-père : le surveillant se pose en père détenteur de la force, auprès de sa fille (moi, les infirmières) qui pourrait tenter de défier son autorité, de remettre en question son pouvoir.

Également, il dira sur un ton moqueur que « *y a pas que des gens bien* » (l.112) et « *c'est pas que des saints non plus hein* » (l.348) comme pour souligner l'absurdité de la vision idyllique que pourraient avoir certains professionnels et moi-même des personnes détenues.

Aussi, j'ai noté qu'il ne se réfère qu'à un certain motif d'incarcération lorsqu'il argumente ses propos, celui des violences sexuelles (« *s'il est attiré par les jeunes filles aux yeux bleus* » (l.129), « *si je savais que c'était un violeur d'enfant* » (l.170), « *on peut faire référence à toutes les agressions qui y a euh sexuelles* » (l.388), « *moi j'ai une fille si elle était violée* » (l.406)). L'évocation de ces divers scénarios (associés à l'emploi du conditionnel) renvoie au tabou sous-jacent des violences sexuelles, à une infraction qui, dans les représentations, renvoie à l'un des sévices les plus cruels, celui de l'incube faisant subir les derniers outrages aux femmes vertueuses. Le fait que je sois une interlocutrice femme a peut-être eu une influence sur les choix des exemples auxquels l'interviewé a eu recours. On retrouve ici la notion de « valeur affective » de la définition du paternalisme.

.1.1.2 Agent pénitentiaire n°2

La deuxième interview a eu lieu dans la salle de réunion de l'UHSI pendant 40 minutes. L'enquêté est un surveillant pénitentiaire de 44 ans. Il a été militaire pendant 15 années, puis, « *comme beaucoup de militaires ou d'anciens militaires* » (l.6), il a intégré l'administration pénitentiaire en tant que surveillant. Il exerce à l'UHSI depuis 3 ans environ, c'est donc le professionnel qui a, parmi les trois interviewés, intégré l'UHSI -et la pénitentiaire de façon générale- le plus récemment.

A l'instar du premier interviewé, le discours est principalement de type référentiel et informatif. En d'autres termes, il parle au nom de l'institution pénitentiaire : « *on est moins fatigué* » (l.24), « *nous on voit* » (l.29), « *depuis qu'on est à l'UHSI* » (l.39), « *on a rapidement le dessus* » (l.53).

De plus, dans cette interview, on dénombre 224 « on/nous », 127 « je/j' », 30 « il faut ». Ainsi, comme le premier surveillant, le discours est hétéro-référentiel.

La particularité de ce deuxième entretien réside dans l'oscillation très prononcée de l'interviewé, à propos de sa fonction sécuritaire, entre l'exercice en centre pénitentiaire et en service hospitalier.

En se référant à sa mission de surveillant en maison d'arrêt qu'il exerçait il y a peu d'années, il a recours, dans son discours, à de nombreux adverbes de quantité et de temps, à des connecteurs contre argumentatifs : à l'UHSI « [*ça pète **mais** c'est plus] rare, c'est [beaucoup plus] calme, [plus] reposant, [on est moins] fatigué, [c'est pas] chaud, [ça peut être] tendu, [on est **quand même**] armé, [c'est plus] tranquille..... **En fait non c'est** [jamais] tranquille x2, [jamais] serein x2, [il faut toujours être] sur le qui-vive... **Mais c'est vrai que c'est quand même** [plus] calme, [le stress est bcp moins] présent, [c'est relativement] tranquille, [c'est quand même] tranquille, ça chauffe [un peu], [les situations ne se sont jamais] envenimées dégradée, calme, faux-calme, [il faut pas se dire c'est] peinard, tranquille » (S1).*

En cela, on peut faire l'hypothèse qu'il cherche à légitimer sa fonction sécuritaire à l'UHSI, qui est considérée comme la première de l'agent pénitentiaire. On remarque de façon notoire son ambivalence, sa difficulté à se positionner entre « *c'est pas du tout le même contexte que sur une coursive [...] ça ne pète pas souvent* », et « *il faut toujours être sur le qui-vive on n'est jamais tranquille* ». Il explicite cette seconde appréciation par une anecdote (« *la dernière fois que c'est arrivé c'était la première fois que ça arrivait depuis l'ouverture de l'UHSI [...]* » (1.176)).

L'usage récurrent de la locution adverbiale « quand même » (« *c'est quand même plus calme [...] mais il faut quand même être sur le qui-vive* ») souligne cette contradiction, nuance l'atmosphère calme du service de l'UHSI pour revendiquer l'identité de surveillant, pour mettre en valeur son poste (« *on fait quand même des missions de police* » (1.24)). L'usage de cet adverbe révèle un aspect paradoxal du discours de l'interviewé. En effet, il émet côte à côte deux idées contradictoires au sein d'un message (« *c'est plus tranquille [...] plus calme [...] plus reposant* » / « *mais c'est jamais tranquille il faut toujours être sur le qui-vive on n'est jamais serein* »). Ainsi, l'interviewé oscille entre la valeur « plus » / « jamais » / « relativement » tranquille de l'UHSI comparée à une coursive.

On note donc un processus de défense contre le caractère peu valorisant de la profession de surveillant à l'UHSI comparé à l'exercice en centre pénitentiaire (voir chapitre 3.2 *Le « sale boulot » versus le « noble métier »*). La dimension sécuritaire n'étant pas aussi primordiale que sur une coursive, on peut noter une perte de sens du travail, de la fonction du surveillant.

On peut aussi faire l'hypothèse selon laquelle les surveillants exerçant à l'UHSI peuvent être, notamment au début de leur affectation dans le service hospitalier, déstabilisés par le contact avec des prisonniers malades, dévirilisés, qui provoque plus de compassion et invite à l'empathie plutôt qu'à la vigilance, à la suspicion.

.1.1.3 Agent pénitentiaire n°3

La dernière entrevue a eu lieu auprès d'une femme surveillante pénitentiaire, dans la salle de réunion du service et a duré 37 minutes.

Son parcours professionnel est plus atypique que celui de ses deux collègues. Suite à des études d'hôtellerie, elle a travaillé dans la restauration, puis dans le commerce en grande surface pendant 13 ans « *j'étais dans le rayon du cd dvd moi hein → donc c'était vraiment tu vois genre ambiance euh bah c'était le bazar en tous les cas tu sais ça s'appelle le rayon du bazar* » (l.211). Par hasard et sans en attendre grand-chose, elle a passé le concours de l'administration pénitentiaire à 35 ans (« *j'ai dit ah bah écoute je vais faire le concours pis je verrai bien quoi → pis j'ai rien dit à personne de mon entourage* » (l.217)), et a été affectée, après une formation, au sein de deux prisons. Elle exerce à l'UHSI depuis 11 années en tant que surveillante principale.

Plusieurs thèmes jalonnent le discours de cette surveillante, à savoir son parcours professionnel, l'incidence de celui-ci sur sa vie familiale (« *bon ça a été dur hein j'ai été à l'école pendant 9 mois euh j'ai quand même laissé mes trois gamins avec leur papa c'était dur → je rentrais tous les 15 jours → ça c'était extrêmement difficile j'ai pleuré une paire de fois hein* » (l.206)), sa volonté de ne pas évoluer dans sa carrière (« *j'en suis là fin tu vois mais bon je ferai pas de concours pour grimper hein c'est pas mon objectif je suis trop vieille maintenant enfin je me sens trop vieille même si on me dit que non euh j'ai pas envie de repartir dans d'autres établissements* » (l.229)), la hantise qu'elle éprouve à l'idée de retourner travailler en coursive (« *des fois ça met des coups de stress parce que tu te dis si jamais tu valides pas euh bah tu repars au centre pénitentiaire → et ça ça serait compliqué déjà est ce que j'arriverais encore à travailler sur une coursive → je sais pas → tu sais maintenant je vais sur 50 ans donc euh je me vois ah pff je me verrais pas ou alors faudrait que j'aïlle dans un → soit au greffe ou des choses comme ça quoi mais je me verrais pas partir euh sur une coursive → ce serait compliqué* » (l.242)), les difficultés qu'elle a rencontrées dans un « monde d'hommes ». On

peut suggérer que l'entretien a été l'occasion pour elle de réaliser une sorte de bilan de vie professionnelle, de mettre en mots ses questionnements, ses choix de poursuite ou non de carrière.

A l'inverse des deux autres surveillants, le discours de cette interviewée est construit sur un registre modal : « *ça me plaisait pas forcément* » (l.17), « *je suis déjà quelqu'un d'assez tranquille* » (l.31), « *je fais pas confiance* » (l.85), « *j'aimais pas* » (l.100), « *je m'épanouis* » (l.174), « *j'en suis super fière* » (l.202), « *j'ai pleuré* » (l.208), « *je me sens trop vieille* » (l.230), « *j'ai jamais eu peur* » (l.250), « *j'espère hein de tout mon cœur* » (l.269), « *c'est ça qui me dérangerait* » (l.289), « *je sais m'adapter* » (l.311) et de nombreuses autres traductions d'états psychologiques.

De plus, elle exprime de multiples opinions, représentations, en soulignant le fait que ce sont les siennes, et non celles de l'institution : « *perso* », « *j'ai mon fond de pensée* », « *j'ai trouvé que* », « *j'en suis sûre* », « *tu sais* » x24, « *je sais pas* » x11, « *je sais* » x3, « *je pense* » x9.

Aussi, son discours est, à l'inverse des deux premiers interviewés, auto-référent. Elle prend en charge son discours, elle s'implique personnellement. En effet, on dénombre 258 « je/j' » et 65 « on/nous ».

J'ai identifié des champs lexicaux péjoratifs dans le discours : *carapace, jungle, toute seule à gérer, se faire respecter, cage, patience, insultes, griffes, caractère, marcher dessus, mâle, travers, jalousie, force, conneries, blablas, pas confiance, mentir, insultes, grosse connerie, petits trous du cul, glandeurs, peur, en danger, nœud dans l'estomac, flingue, arme, bâton télescopique, voyou, crapule, pas de respect, poubelle, odeur particulière, râler, ça pue, ça gueule, ça tape*.

Également, la majorité des adjectifs du discours sont péjoratifs : *pas évident* x2, *pas facile, compliqué* x6, *hyper hyper compliqué, très compliqué, un petit peu plus dur, assez dur, dur* x2, *beaucoup plus difficile, très difficile, extrêmement difficile, malheureux, pourri* x5, *virulent, agressif, pas normal* x2, *gore, pas éduqués, ça pue*.

En ce qui concerne le milieu carcéral de façon général, c'est un champ lexical très masculin et sauvage qui y est associé : *un petit peu comme la jungle, rite de passage* (« *la plupart ils viennent des fois en prison ils sont contents quand ils sortent parce que voilà c'est devenu un homme quoi* » (l.171)), *milieu hyper hyper compliqué, l'étranger, un milieu d'hommes, colonie de vacances, ça pue*.

La particularité de cet entretien est lié au genre féminin de l'interviewée.

La prison, institution totale non mixte, pousse la population carcérale et les agents pénitentiaires à se livrer à des démonstrations de virilité, ce qui contribue à l'imprégnation des rôles sexués (Bessin et Lechien, 2002).

L'interviewée, lorsqu'elle exerçait en centre pénitentiaire, évoluait donc dans la « maison des hommes » (Godelier, 1982), aux côtés d'une grande majorité d'hommes surveillants, et d'hommes incarcérés. Aujourd'hui, elle est surveillante à l'UHSI, un service qui comporte une majorité de femmes soignantes et une minorité de femmes surveillantes. Elle appartient donc à la fois au groupe des femmes, de par son sexe ; et au groupe des surveillants, majoritairement masculin et clivé au groupe des soignants qui est, lui, principalement féminin.

La description des relations qu'elle entretient à la fois avec les personnes détenues hommes et avec ses collègues masculins, renvoie au champ lexical de la guerre : « *un milieu qui est hyper hyper compliqué* » (l.42) ; « *il faut sortir les griffes* » (l.44), « *faut montrer que toi aussi tu as du caractère* → *il faut pas se laisser marcher dessus* » (l.44), « *je veux dire ils te montrent bien que c'est eux pas le mâle mais je veux dire c'est eux qui ont* → *le dessus admettons sur une femme quoi c'est pour ça que t'as intérêt à montrer ton caractère et puis bien* » (l.52). Aussi, on note de nombreuses modalités déontiques qui soulignent la nécessité absolue, en tant que femme, de redoubler d'efforts pour évoluer et s'imposer dans cet environnement masculin.

D'ailleurs, on peut faire deux hypothèses : les femmes surveillantes, appartenant à la sous-catégorie minoritaire du groupe des surveillants, ont tendance à radicaliser leurs opinions afin de se conformer au maximum au groupe / ou, à l'inverse, aspirent à se différencier de leurs collègues masculins dans leurs pratiques et représentations.

Au fil de l'entretien, l'interviewée évoque également le rapport de séduction, auquel ne sont a priori pas confrontés ses collègues masculins, qui peut compliquer l'instauration d'un rapport d'autorité avec les personnes détenues.

.1.2 Présentation des deux infirmières et de l'infirmier interviewés

.1.2.1 Infirmier n°1

Le premier interviewé du personnel infirmier est un homme –le seul du service-, âgé de 45 ans. Il a débuté sa carrière avec le statut d'aide-soignant aux urgences, puis a exercé en tant qu'infirmier en neurochirurgie. Il travaille depuis 7 ans à l'UHSI. L'interview s'est déroulée dans la salle de réunion pendant 35 minutes.

Son discours, comme celui des deux autres infirmières interviewées, est à dominante modale. En d'autres termes, à l'inverse des deux surveillants hommes interviewés, l'infirmier a tendance à décrire des états psychologiques plutôt que des états du monde.

Ainsi, l'interviewé se dépeint, raconte des événements passés, se livre, évoque ses ressentis : « *je fais très peu confiance [aux médias]* » (l.42), « *ça m'a travaillé* » (l.172), « *j'ai toujours su faire la part des choses* » (l.179), « *je suis assez jovial* » (l.217), « *je m'en amuse* » (l.219), « *je sais m'adapter* » (l.222), « *je peux me sentir moins en sécurité* » (l.245).

De façon majoritaire, il ne parle pas au nom de sa profession mais expose aussi son propre avis : « *je considère que* », « *je pense que* », « *j'apprécierais que* », « *je trouve qu'* », « *ma propre expérience* », « *mon avis personnel* », « *je pars du principe que* », « *pour moi personnellement* », « *ma vision des choses* ». D'ailleurs, le discours est auto-référentiel : on compte 163 « *je / j'* » et 92 « *on/nous* ».

La particularité de cet entretien réside en cette prise de parole de l'infirmier, qui décrit sa représentation du soin à l'UHSI, auprès de patients parfois en fin de vie. A travers ce passage, l'infirmier distingue l'unité hospitalière de l'univers carcéral mortifère :

I35 : « oh oui peut être aussi oui oui et puis bon tu sais enfin je suis assez jovial donc euh d'une manière générale euh on m'entend toujours parce que je siffle je chante → parce que on vit dans un c'est un milieu de vie → et c'est aussi pour ça des fois je m'en amuse tu vois euh je fais exprès de chanter fort et puis des chansons ringardes tu vois → je le fais exprès → parce que même quand il y a une personne en fin de vie → parce que la vie → elle continue → et → on n'est pas dans une courserie de prison et euh → alors je sais m'adapter en fonction des situations → mais je me souviens d'un patient qui était en fin de vie et on l'avait vu euh on l'a vu se dégrader et j'ai pas changé mon attitude j'ai continué de → de siffloter de chanter quand je rentrais dans sa chambre et euh il y a un surveillant qui me dit oui euh euh tu manques de respect c'est pas bien euh le patient il est en train de mourir euh le gars est en train de mourir et puis toi tu toi tu chantes euh → et je lui dit mais → si j'arrêtais de chanter ou si il sentait dans le timbre de ma voix que parce que euh il communique pas mais il entend

→ euh dans sa tête la vie elle continue et le fait que je change pas d'attitude → démontre que euh j'ai toujours le le même comportement à son égard → si ça m'empêche pas d'avoir de l'empathie mais euh → je considère que la vie elle continue et je pense que je serais dans la situation → j'apprécierais que les gens euh fassent aient une attitude et le comportement de la vie qui continue → tu vois ce que je veux dire ↑ je pense que voilà je trouve que c'est important → d'ailleurs le chef de service souvent enfin souvent de temps en temps il dit euh un jour je le croise il dit euh qui c'est qui crie euh et je dis oh c'est pas moi moi je chante [rire] → mais voilà tu vois on mais ça fait sept ans que je suis là ça fait sept ans que je chante → hormis quelques pénitenciers qui m'ont demandé de de me taire ce que bien sûr je ne fais pas → je il y a jamais personne jamais aucun médecin ne m'a dit [prénom de l'interviewé] faut que tu te taises → donc euh je continue »

.1.2.2 Infirmière n°2

La deuxième interviewée est une infirmière d'une cinquantaine d'années, infirmière depuis 25 ans. Elle a travaillé en secteur protégé d'hématologie, en secteur soins intensifs rééducation cardiaque et elle exerce depuis 13 années à l'UHSI. C'est l'interview la plus longue puisqu'elle a duré 56 minutes, dans la salle de réunion.

Le discours est sur un registre très modal. D'ailleurs, on peut noter chez cette infirmière un épuisement professionnel. J'ai eu la sensation que l'entrevue a occupé pour elle une fonction d'exutoire, avec des débordements émotionnels, des confidences à propos de sa hiérarchie, de sa vie privée, des questionnements sur sa carrière professionnelle. L'interviewée a par moments été quasiment en position de patiente, rendant difficile le maintien d'une conduite neutre de ma part. Plusieurs anecdotes sont racontées de façon très prolixe, sur un mode polyphonique. L'interviewée me plonge avec elle dans la scène décrite.

On compte 304 je/j', et 161 on/nous. Le discours est donc auto-référentiel, elle parle en son nom.

Le mécanisme de défense mis majoritairement à l'œuvre est le clivage, qui permet une mise à distance de l'angoisse. L'infirmière évoque sa pratique en milieu libre, qui la menait à une confusion entre sa vie personnelle et professionnelle. Elle assure qu'aujourd'hui, à l'UHSI, « psychologiquement l'implication est moindre donc ça aussi ça me → ça me pèse moins » (1.25), « là tu as un détachement complet et ça me va bien » (1.53), « le détachement psy » (1.54), « j'arrive complètement à déconnecter » (1.61). On retrouve ce mécanisme de défense à plusieurs reprises, notamment lorsqu'elle aborde son opinion sur la détention, le refus de soin.

.1.2.3 Infirmière n°3

La troisième interviewée est une infirmière d'une cinquantaine d'années également, infirmière depuis 32 ans. Elle a travaillé successivement en chirurgie vasculaire, en ophtalmologie, en chirurgie cardiaque et depuis 8 années, elle est infirmière à l'UHSI. L'interview est la plus courte, elle a duré 23 minutes en salle de réunion.

Le discours est, à l'instar des deux autres interviewés infirmiers, sur un registre modal, auto-référent (141 j'/je et 37 on/nous). Également, de façon majoritaire, elle ne véhicule pas les représentations de son groupe mais les siennes : « *dans mon comportement perso → c'est mes impressions à moi hein* » (l.15), « *voilà ce qui change pour moi* » (l.23), « *je trouve que* » (x4), « *ce que j'en dis* » (l.230), « *je crois que* » (l.234), « *je pense que* » (x7).

L'infirmière est dans une posture idéalisée, de bienveillance extrême, tente de répondre au mieux à mes interventions, s'assure à la fin de l'entretien que ses propos me seront utiles dans mon travail. De plus, elle me demande de ne pas tout retranscrire car l'une de ses interventions pourrait remettre en cause sa position d'infirmière idéale, modèle. Elle est presque dans un rôle de « bon élève » (Kaufmann, 2011) qui ne prend pas d'initiative dans l'entretien, ne se laisse pas aller à la libre parole, attend ma prochaine intervention.

Le principal sujet abordé lors de l'entretien est le refus de soin, un sujet qui la touche particulièrement, par rapport auquel elle s'implique personnellement (voir chapitre 2.4 *Le refus de soin*) : « *tu vois j'ai du mal à → il y en a beaucoup qui me disent mais laisse ils sont comme ça → moi j'ai du mal → je me dis mais c'est pas possible* » ; « *tu vois moi je dis y a besoin de creuser savoir pourquoi il est pas venu savoir s'il est conscient → est ce qu'il veut mourir ↗ après j'en sais rien → tu vois mais moi ça m'interpelle* » (l.59).

Cette infirmière est la seule qui tente de déstigmatiser la population carcérale, et rappelle tout au long de l'entretien que l'UHSI est un service comme un autre, que les personnes détenues sont « *monsieur Tout-le-monde* ».

.1.3 Analyse des modes de discours des deux corps de métiers

Lors des entretiens, il n'était pas question de faire décrire, mais de faire parler à propos de. Sans exclure l'intérêt de la description des pratiques, qui se réfèrent à un discours référentiel (i.e. à la description d'un état de chose), j'espérais également saisir les modes de pensées, les logiques subjectives des professionnels en les amenant à produire un discours à dominante modale, révélant ainsi leurs croyances, leurs désirs, leurs états psychologiques.

Les discours des deux surveillants masculins que j'ai interrogés sont principalement de type référentiel. Cette alexithymie partielle, à savoir une faible verbalisation d'affects, caractérise les personnes socialisées en tant qu'homme d'une part, et également de façon massive la population pénale (Maisondieu et al., 2008). La pensée opératoire dénuée d'émotion, le discours factuel sont une forme de protection contre les dangers des relations interindividuelles carcérales (Bazex, 2009). Ainsi, le discours, le mode de pensée sont principalement tournés vers des aspects factuels, stéréotypés et non affectifs.

L'usage massif du pronom indéfini neutre « on » suggère le caractère opaque du discours. En d'autres termes, le discours est hétéro-référent, indirect et laisse peu de place à la subjectivité de son locuteur. L'interviewé parle au nom de son institution, fait référence à son identité sociale professionnelle. Une expression du premier interviewé est significative : « *moi en tant que surveillant pénitentiaire [...]* » (I.135). Il donne son opinion « en tant que » professionnel, au nom de son statut d'agent pénitentiaire.

Selon Turner (1999), l'appartenance groupale opère chez les membres un glissement de leur identité personnelle vers l'identité sociale. Cela s'explique par le processus de dépersonnalisation, selon lequel les caractéristiques de l'individu se substituent aux traits stéréotypés du groupe pour faire émerger le comportement intragroupe. En d'autres termes, « L'auto-catégorisation conduit à l'auto-stéréotypie et à la dépersonnalisation de la perception de soi : les individus se perçoivent alors comme moins différents et ont des représentations prototypiques de leur groupe » (Cohen-Scali et Moliner, 2008).

Ainsi, les membres d'un groupe peuvent avoir tendance à employer le « nous » intragroupal, institutionnel, pour parler de leurs pratiques (celles du groupe) et de leurs représentations (celles du groupe). La parole est institutionnalisée.

La surveillante, l'infirmier homme et les deux femmes infirmières présentent, à l'inverse, un discours majoritairement auto-référent. Ils expriment ce qu'ils veulent être leurs propres opinions, leurs propres représentations et non celles rattachées à leur profession (ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles en diffèrent). Les interviewés prennent en charge leur discours, s'impliquent personnellement.

Aussi, ces quatre entretiens sont principalement sur un registre modal et non référentiel. En d'autres termes, les interviewés décrivent des états psychologiques plutôt que des états du monde. Les interviewés se dépeignent, racontent des événements passés, se livrent, évoquent des ressentis. On pourrait expliquer cela par le genre féminin de la surveillante (associé, par la socialisation, à une tendance à l'expression des émotions) et par la fonction humaine du soin qu'occupe le personnel infirmier.

Du fait du discours modal et auto-référent de la troisième surveillante interviewée, on conclut qu'il existe une hétérogénéité des modes de discours au sein d'une même catégorie professionnelle. Il aurait été intéressant d'interviewer d'autres femmes surveillantes afin d'explorer l'incidence du genre de l'enquêté sur la forme de discours. L'hypothèse selon laquelle on aurait identifié une forme analogue de mode de discours en fonction des groupes (surveillant/discours hétéro-référent et factuel *versus* infirmier/discours auto-référent et modal) est invalidée.

Après avoir analysé les modes de discours, étudions les représentations des professionnels. Des passages d'entretiens sont cités. Afin de guider le lecteur, j'ai attribué des nombres aux surveillants (1 : premier interviewé ; 2 : deuxième interviewé ; 3 : troisième interviewée) et des lettres aux infirmiers (a : premier interviewé ; b : deuxième interviewée ; c : troisième interviewée) lorsque je ne spécifie pas de quel interviewé il s'agit.

2. Les représentations des professionnels à propos du public accueilli à l'UHSI, du système carcéral, du cadre de travail à l'UHSI

Suite aux portraits des interviewés, étudions leurs représentations à travers 9 thèmes :

- Les qualificatifs, les descriptions, les formules de politesse employées à l'égard des personnes incarcérées et malades,
- La façon dont les professionnels appréhendent le refus de soin à l'UHSI,
- Le rapport surveillant – surveillé,
- L'influence des motifs d'incarcération sur les pratiques, les représentations,
- L'individu pris en charge à l'UHSI / l'individu incarcéré en maison d'arrêt,
- Le secret professionnel (médical et pénal),
- Les représentations du milieu carcéral et de la justice, en France, aujourd'hui.

L'objectif est de mettre en parallèle la vision des surveillants avec celle du personnel infirmier.

.2.1 Qualificatifs pour désigner les patients-détenus

.2.1.1 Du côté des surveillants...

Pour désigner les personnes détenues, les agents pénitentiaires emploient des qualificatifs déshumanisés, principalement le pronom personnel « *ils* », et d'autres dénominations qui renvoient à l'indifférence, à la généralisation (*n'importe qui, des personnes, quelqu'un, eux, celui-là, candidats, humain*). On retrouve à plusieurs reprises l'usage du pronom personnel de la troisième personne du pluriel accusatif « *les* » (*les responsabiliser, les garder, les prendre de haut, les intéresse pas*), et du pronom démonstratif « *ça* » (*ça te balance des insultes*).

Également, on identifie des termes qui évoquent la brutalité (*gens violents, agresseur, pas que des saints, racaille*), l'animalité, la sauvagerie (*ouistiti*), la moralité (*voyou, crapule*), l'immaturité (*petits trous du cul, petits jeunes, gamins*), le statut pénal (*détenus, personnes détenues, population pénale, hommes en cage*), le pathos ou le dédain (*les pauvres gens, des pauvres mecs*).

Par ailleurs, l'existence des femmes détenues n'est suggérée qu'une seule fois parmi les trois discours, dans celui de la troisième interviewée. Il ne s'agit quasi exclusivement que « *des gars* », « *des mecs* ». En effet, les femmes représentent moins de 4% de la population pénale (Ministère de la justice, *Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée*). Également, on peut préciser qu'en centre pénitentiaire, le quartier des femmes ne peut être surveillé par des hommes. Les deux premiers interviewés agents pénitentiaires, à l'inverse de leur collègue féminine qui a travaillé auprès des femmes et des hommes incarcérés, n'ont donc jamais été affectés dans un quartier de femmes détenues, ce qui peut expliquer en partie cette hyper-masculinisation de la population pénale dans les discours. En outre, dans les stéréotypes de genres, la détention, la délinquance ou le crime ne sont pas associés à l'image de la femme qui renvoie entre autres à la douceur, à la maternité, à la vulnérabilité.

Dans le discours des surveillants, le terme « *patient* » n'est utilisé qu'en opposition au mot « *détenu* », pour souligner le clivage entre leur vocabulaire et celui des soignants. Ainsi, même lorsqu'ils abordent le sujet des personnes détenues hospitalisées (et non en centre pénitentiaire), il n'est pas question de patients mais de détenus à surveiller.

Pour conclure, les surveillants interviewés font, à l'unanimité, référence à une masse indifférenciée (Lhuilier, 2007), anonyme, celle de la population pénale. Il n'y a pas d'individualité associée au groupe des personnes détenues. Ce sont les caractéristiques stéréotypées du groupe qui sont avancées, masquant ainsi le caractère unique de chaque individu, les histoires de vie multiples.

On peut faire l'hypothèse que cette distance installée est un mécanisme de défense permettant aux surveillants d'exercer une contrainte, une domination sur des êtres humains. Autrement dit, « l'imposition de contraintes et de privations suppose de se représenter ceux sur lesquels elle s'exerce d'une manière qui légitime et valide ces pratiques » (Lhuilier, 2005).

.2.1.2 Du côté du personnel infirmier...

Du côté des infirmières et de l'infirmier, on aurait pu supposer, à l'unanimité, l'évocation de « patients » et non de « détenus », comme pour restituer de façon symbolique une part d'humanité à ces personnes incarcérées.

Dans le discours du premier infirmier interrogé, c'est effectivement le qualificatif « patient » (x23) qui prédomine largement, puis « détenu » (x4) et des nominations indifférentes à dominante masculine (*personne, les gens, les gars, les bonhommes*). Les patients et détenus sont qualifiés de « *public particulier* » (l.33) par l'interviewé.

La deuxième infirmière fait quasiment autant référence à des patients (x18) qu'à des détenus (x15). A l'instar des discours des trois surveillants interviewés, on retrouve un nombre important de pronoms personnels « ils », de qualificatifs qui renvoient au motif d'incarcération de la personne (« *les petites frappes les petits dealers euh les toxicos* » (l.342), « *les pédophiles* » (l.509), « *un tueur* » (l.510)), à des traits de caractères (« *les gros caïds* » (l.401), « *kakou* » (l.396)) et à des dénominations dépersonnalisantes (« *le 7* » (numéro d'une chambre) (l.357), « *l'autre* » (l.369)). Néanmoins, l'interviewée spécifie que « *au niveau de la prise en charge euh c'est des patients comme des autres → c'est des patients pour moi* » (l.35).

La troisième infirmière interviewée, fait davantage référence à des « gens » (x9), à des « personnes » (x6), à des « messieurs » (x4) plutôt qu'à des « patients » (x5). On peut faire l'hypothèse qu'elle cherche à ne pas enfermer les individus dans des carcans, dans des identités

de détenu ou de patient. Elle évoque une fois les « *personnes détenues* », une fois les « *détenus* ». Elle tient à souligner qu'un patient prisonnier est « *monsieur Tout-le-monde* » (l.131).

D'ailleurs à plusieurs reprises, elle insiste sur la non-spécificité de l'UHSI, qu'elle se représente comme un service « *normal* ». On peut faire deux hypothèses : celle du déni de la spécificité du public hospitalisé (par exemple, en gériatrie, en pédiatrie, le public est spécifique aussi) ; soit celle d'une stratégie visant à déstigmatiser la population carcérale (en gériatrie et en pédiatrie, le public est caractéristique d'un âge, non d'un statut) :

« *j'ai l'impression que rien ne change [relation patient-soignant]* » (l.17)

« *comme dans un milieu libre hein [la relation patient-soignant]* » (l.25)

« *c'est pareil [la relation patient-soignant]* » (l.27)

« *c'est jamais pareil à chaque fois [la façon dont les patients perçoivent l'infirmière]* » (l.37)

« *en milieu libre c'est pareil hein [les patients qui sont récalcitrants à la prise en charge]* »
(l.40)

« *je dirais pas que c'est propre au milieu carcéral [les patients qui sont récalcitrants à la prise en charge]* » (l.42)

« *en milieu libre tu le vois pas parce que la personne elle vient pas → elle se fait pas soigner elle va pas voir le chirurgien donc d'emblée elle ne commence pas de démarche → et ceux qui viennent bah c'est eux qui ont choisi de venir donc forcément c'est différent → [refus de soin : il n'y en a pas forcément moins en milieu libre, seulement on ne le voit pas]* » (l.90)

« *monsieur Tout-le-monde → comme je fais dans d'autres services avant* » (l.131)

« *c'est un service euh normal hein* » (l.163)

Le premier infirmier interviewé fait également cette indistinction entre l'UHSI et un autre service :

« *comme dans tous les services en fait* » (l.87)

« *mais comme n'importe où je pense* » (l.93)

« *une distance la même que je mets pour n'importe quel patient ici ou ailleurs* » (l.202)

« *ça c'est partout pareil → ailleurs aussi* » (l.210)

On peut noter que la défense d'une non-spécificité de l'exercice médical auprès de personnes détenues pourrait signifier aussi dénier l'importance de la prise en compte du milieu carcéral dans la prise en charge des patients incarcérés. En effet, on ne peut occulter de façon radicale

le statut temporaire de « détenu », statut qui impacte inévitablement la prise en charge médicale (adhésion aux soins, conditions de vie en détention, processus de la justice, éloignement familial, isolement en chambre). Néanmoins, il s'agit ici d'avantage d'une volonté de déstigmatiser la population carcérale que d'un déni du statut pénal des patients.

.2.2 Description des patients-détenus

.2.2.1 Du côté des surveillants...

Les surveillants interrogés laissent supposer que les personnes détenues sont des individus :

- Qui n'ont pas été intégrés par la société : « *des gens qui n'ont pas été insérés au départ qui sont en échec scolaire en échec professionnel* » (l.35), « *des gens qui n'ont jamais été insérés de leur vie* » (l.54) ; « *des gens qui n'ont jamais été insérés et qui sont le produit d'échecs successifs tant de l'éducation nationale que du monde professionnel que de la famille et ils arrivent en bout de course en prison* » (l.372) (1) ;
- Inéduqués : « *des grands enfants mais bon pas éduqués* » (l.415) (3) ;
- Immatures : « *on dit de les responsabiliser m'enfin bon c'est pas forcément possible pour tout le monde [rires]* » (l.31) ; « *ils seraient pas capables de se garder tout seuls* » (l.92) (1), « *c'est comme des gamins en fait* » (l.412), « *des grands enfants* » (l.145) (3) ;
- Incapables de faire preuve de patience : « *vous leur dites de patienter 10 minutes ils sont pas capables de le faire* » (l.54), « *quand vous gardez un ouistiti qui veut pas se faire opérer ou qui en a marre d'attendre en salle de réveil ou qui commence à faire le cirque ben on fait quoi → on lui tape dessus devant tout le monde [rire] euh c'est pas super quoi bon* » (l.226) (1) ;
- Potentiellement brutaux : « *c'est des gens violents donc euh après c'est pas que des saints non plus hein* » (l.347) (1), « *agressifs* » (l.191) (3) ;
- Pour le premier surveillant, l'aspect « *incarcéré* » semble faire partie intégrante de l'identité de l'individu : « *pour nous ça reste des détenus* » (l.107), « *ça reste des voyous* » (l.145) (1) ;
- Intolérants à la frustration : « *le non c'est inacceptable pour la personne détenue → bien souvent hein* » (l.89) ; « *le détenu a décidé que c'était comme ça et que ça ne sera pas autrement donc euh le surveillant lui a dit non c'est pas possible et là on arrive tout de*

suite à des à des mots très hauts des insultes et quelques fois des agressions physiques » (1.92) (2) ;

- Séducteurs : *« la population pénale est très charmeuse » (1.140) (2), « ah oui oui tout le temps ah bah oui → ah bah c'est clair ça → ah oui oui quand tu es femme après tu sais moi j'ai eu droit à des petits mots d'amour j'ai eu droit à plein de choses hein » (1.61) (3) ;*
- Virilistes : *« ils te montrent bien que c'est eux pas le mâle mais je veux dire c'est eux qui ont → le dessus admettons sur une femme » (1.51), « un petit jeune tu vois des petits trous du cul oui tu en as qui veulent nous montrer que voilà c'est des hommes parce qu'ils sont en prison » (1.169), « la plupart ils viennent des fois en prison ils sont contents quand ils sortent parce que voilà c'est devenu un homme quoi » (1.171), « le maghrébin n'aime pas se faire commander par une femme » (1.189) (3) ;*
- menteurs, dissimulateurs à des fins utilitaires, manipulateurs : *« admettons ils vont te donner une enveloppe tiens vous pouvez pas me donner ça à telle chambre enfin telle cellule parce que euh il a besoin d'une enveloppe et puis dedans il y aura peut-être des trucs à fumer ou des trucs comme ça 'fin des conneries » (1.78), « tu sais très bien qu'ils vont te mentir » (1.86), « enfin ils testent » (1.83), « ils te racontent des blablas » (1.84), « c'est dans leur caractère » (1.90), « je me dis le gars → 'fin il va te dire qu'il fera autre chose euh en sortant de prison mais moi j'y crois pas forcément quoi » (1.360) (3) ;*
- Irrespectueux : *« sans avoir des raisons de le faire [...] ça te balance que des insultes » (1.112), « on te traite comme je sais pas quoi » (1.372), « ça tape ça gueule sans arrêt » (1.404) (3) ;*
- Sales *« c'est leur façon à eux de vivre quoi c'est comme foutre tout à la poubelle euh par les fenêtres » (1.377) (3) ;*
- Profiteurs : *« t'en as qui profitent du système quoi → tu vois comme le système pour se soigner tout ça » (1.347) (3).*

Après avoir énuméré ces représentations, il s'agit d'essayer de les expliquer.

Tout d'abord, on peut noter de façon flagrante que ces portraits « du détenu » ne comportent aucun adjectif à connotation positive. Chacun des traits décrits est péjoratif.

Aussi, ces représentations masquent les singularités. On y lit comme un caractère inné, naturel, structurel, commun des personnes incarcérées : « *[le fait de mentir] c'est dans leur caractère nan nan je pense que c'est le fait → oui je pense que c'est dans leur caractère oui* » (l.90) (3). Par exemple, le fait de jeter les déchets par les fenêtres est directement perçu comme étant « *leur façon à eux de vivre* » (l.377) (3), et sans être envisagé comme étant un symbole du refus de participer, de respecter le système qui les prive d'aller et venir.

La construction d'un stéréotype « prisonnier » rend, dans le discours de la troisième surveillante interviewée, le comportement des personnes détenues prévisible : « *tu sais très bien qu'ils vont te mentir* » (l.86), « *tu sais très bien qu'il recommencera* » (l.365) (3). On peut y déceler une stratégie permettant aux agents pénitentiaires une anticipation des comportements des personnes incarcérées.

A plusieurs reprises, c'est « le détenu » auquel font référence les interviewés, comme s'il s'agissait d'une espèce à part entière, celle de l'*homo carceralis*. En effet, les personnes détenues constituent un groupe auquel elles n'ont pas choisi d'appartenir, qui ne les valorise pas et qui les dépersonnalise, menace leur identité personnelle. Pourtant, Goffman (1973) assure que « Un groupe est une catégorie sociale auquel l'individu peut appartenir ouvertement ». Ici, l'appartenance au groupe « détenus » est contrainte et le but est de s'y conformer temporairement, le temps de l'incarcération, pour pouvoir s'en extraire et parvenir à la liberté.

L'individu y est défini par des identités partielles : numéro d'écrou, fiche pénale, fiche d'exécution, dossier médical, compte-rendu psychologiques et/ou psychiatriques. Son identité est occultée, suspendue par le poids de l'administration puisque l'individu est lu à travers des fiches, des synthèses, des rapports, des dossiers. La prison mutile la personnalité, la singularité. Dès l'arrivée, « [...] les opérations de dépouillement et de nivellement mises en œuvre, amputent brutalement le nouvel arrivant de ses particularités sociologiques [...] » (Pollak, 1990). Cette instance carcérale, disciplinaire, exacerbe la discontinuité affective, la fragilité des mécanismes de défense de sujets qui sont le plus souvent issus de milieux insécurisants.

Pour conclure, ces représentations construisent un discours sur des généralités qui sont indivisibles, comme si la personne détenue était ce « tout ». Cunha (1995) décrit « une perception des détenus en tant que corps exogène ».

Josse (2001) précise que « ce « point de vue objectif », autonome, n'a qu'une transparence illusoire pour le détenu qui n'y retrouve que rarement ses propres référents ».

Cette mise à distance massive peut être interprétée comme un mécanisme de défense. En effet, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle si la personne emprisonnée prend figure humaine, que l'indifférence laisse place à une relation, alors la distance protectrice s'efface et le surveillant risque d'être directement confronté à la souffrance de la personne enfermée. Cette prise de conscience remettrait alors en cause l'intégrité psychique du professionnel et son identité sociale positive, puisque de par sa fonction de surveillant, il légitime l'enfermement.

Comme le suppose Lhuilier (2005), « Le surveillant ne peut légitimer ses tâches de surveillance et de contrôle (à ses propres yeux), et composer ainsi avec sa conscience morale, que face à un détenu considéré comme coupable et différent. À cette seule condition, il se sentira "couvert" pour accomplir des tâches de contention et d'exclusion. Il s'assurera dans le même temps de sa propre "normalité" en percevant une anormalité suspectée chez l'autre. Jusqu'au jour où le détenu lui apparaîtra différemment, irréductiblement semblable et proche. Alors, le travail du surveillant de prison lui apparaît massivement comme "un sale boulot" ».

.2.2.2 Du côté du personnel soignant...

Du côté des soignants, on retrouve des représentations très communes à celles des surveillants.

- La potentielle dangerosité des patients : « *ah il y a des fois tu fais pas le malin hein* » (l.241), « *il y a des patients qui ont des comportements euh [souffle] tu → tu fais attention* » (l.243), « *il y a des patients euh qui euh qui peuvent être euh qui peuvent être potentiellement violents → surtout quand on leur dit non* » (l.258), « *tu sens que la tension euh est palpable et des fois c'est pas évident mais euh en général on dans les cas là on sort de la chambre et puis → on laisse le gars se euh se calmer → ou alors être pris en charge par la pénitentiaire → mais euh nan d'une manière générale euh ça peut arriver mais ça c'est rare* » (l.263) (a).

L'infirmier souligne cependant le fait que l'isolement extrême que suppose l'UHSI (versus l'USMP en centre pénitentiaire) permet de limiter ce potentiel sentiment d'insécurité : « *parce que tu prends un gugusse tu l'isoles tu vois tu prends une meute un groupe de jeunes un groupe de de de détenus qui ouais [bruit de bouche] t'en prends*

un élément tu l'isoles → bah il fera beaucoup moins le malin » (l.291), « le patient il est tout seul à il est tout seul il il peut faire le malin mais il a personne à impressionner alors qu'en détention il y a l'effet de groupe l'effet de meute qui joue beaucoup » (l.301), « ici à 90% on se sent en sécurité on est bien le patient il est cloisonné dans sa chambre à si on a un problème on ferme la porte la porte est fermée à clé il peut taper dessus éventuellement il casse toute la chambre mais euh il nous tapera pas dessus » (l.245) (a).

La troisième infirmière interviewée, lorsqu'elle évoque un patient qui avait eu un comportement agressif, indique que : *« lui j'ai pris mes précautions parce que lui il avait tendance à être virulent → mais c'était psy je veux dire c'était je pense que c'était pas non plus sa volonté → donc là oui tu fais attention → donc ça arrive oui → bah y a quand même euh une concentration de pathologies psy importante quand même » (l.148) (c).* Ainsi, elle explique le comportement du patient par des facteurs internes indépendants de toute volonté ou intention de nuire à autrui. A travers cette bienveillance, en comparant aux autres entretiens, on pourrait y voir un mécanisme d'idéalisation des patients... Ou bien une simple dédramatisation et déstigmatisation des patients-détenus ?

- L'agressivité verbale : *« des gens qui savent pas communiquer ils sont frustrés » (l.79), « ils sont intolérants à la frustration » (l.82), « ils ne supportent pas quand on leur dit non » (l.83), « dans la négociation euh séduction » (l.92) (a) ;*
- Une éducation qui serait défailante : *« vivent dans un milieu où euh on n'apprend pas les bonnes manières » (l.77) (a), « on ne leur a pas mis la fessée quand ils étaient petits » (l.82) (a) ;*
- Le fait que les personnes détenues, avant d'être incarcérées, n'étaient pas insérées dans la société ;
- La deuxième interviewée parle d'une évolution négative de « la » personnalité du détenu : *« je sais pas si c'est la durée qui fait que je commence à m'essouffler ou si c'est les gens détenus qui sont **de plus en plus durs** → euh psychologiquement et **usants** et [souffle] et puis tu vois que tu ne peux rien en faire que 'fin tu peux rien en faire dans le sens où → ils sont → ils sont → je sais pas il y a plus ils sont **complètement déconnectés** ils sont **dans leur monde** et euh et socialement je trouve que*

psychologiquement ils ont → c'est eux et les autres euh voilà quoi → ils n'arrivent plus à tolérer à euh [bruit de bouche] la réalité on va dire » (l.28) (b) ;

- Les dépendants aux médicaments :

Après avoir raconté l'anecdote d'une situation en maison d'arrêt où il s'est vu refuser l'entrée dans le bâtiment des femmes, le premier infirmier interviewé mentionne le fait que les personnes détenues sont dépendantes aux médicaments prescrits (traitements de substitution, psychotropes, benzodiazépines) : « *ils peuvent se passer de tout hein sauf de leurs médicaments* » (l.322), « *ils sont tellement accros à leurs trucs* » (l.336). Le champ lexical renvoie à celui de la fureur, de l'explosif : « *c'est une bombe* », « *ils explosent* », « *elles deviennent agressives* », « *tu risques une émeute* », « *c'est la guerre* » (l.150).

D'ailleurs, la deuxième infirmière révèle la dénomination que donnent, en milieu carcéral, les personnes détenues aux infirmiers qui distribuent les médicaments : « *les dealers* » (l.306). De façon caricaturale, on peut alors émettre l'hypothèse selon laquelle les infirmiers sont mandatés pour distribuer des pilules qui permettent d'assurer une paix sociale en endormant les esprits. En d'autres termes, les infirmières (et les autres soignants) instrumentalisées par l'administration pénitentiaire contribueraient à une réduction des tensions carcérales, à faire accepter aux prisonniers leur condition. En outre, la troisième infirmière interviewée concède le fait que l'exercice au centre pénitentiaire consiste entre autres à une « *distribution à la chaîne* » des médicaments, et non à un suivi régulier des patients comme à l'UHSI : « *là-bas on les voit peut être cinq minutes des fois pour donner des médicaments → médicaments qu'on ne contrôle même pas qui sont préparés par la pharmacie tu vois c'est pas pareil →* », « *la distribution des médicaments c'est c'est un peu frustrant quoi* » (l.217).

- Les sentimentaux ou manipulateurs : zoom sur l'entretien de la deuxième infirmière interviewée.

Dans un rapport qu'elle qualifie de « *décalé* » à la réalité des personnes détenues, la troisième infirmière interviewée insiste sur les illusions sentimentales de certaines : « *d'un petit truc ils t'en font une pantomime* », « *et lui il s'est dit oh bah celle-là elle me parle bien euh il m'avait fait un mot* », « *je ne dois pas approcher certains patients parce qu'ils se sont fait des films il y en a un qui a cru que j'étais amoureuse de lui* » (l.16).

On peut mentionner plusieurs facteurs qui contribuent à l'établissement d'un rapport de séduction du patient (dont la détention a probablement intensifié la valeur accordée à la virilité) envers la soignante (dont les représentations associées sont la femme, douce, maternante, à l'écoute, patiente, réconfortante, disponible ; celle qui symbolise la mère, la compagne, l'amante), donnant alors à la relation de soin une dimension spécifique. A savoir, la tentative pour les patients-détenus :

- de créer des alliances contre la dépersonnalisation des institutions pénitentiaires et hospitalières ;
- de parvenir à une réassurance masculine via la « drague » face à un milieu carcéral qui compartimente les sexes et porte atteinte à l'intimité ;
- d'entretenir des fantasmes dont l'exacerbation pourrait être liée au caractère quasi homosexué de l'institution pénitentiaire ;
- de se défendre contre les risques de défaillance de virilité et de trahison du corps qu'impliquent une hospitalisation (le besoin de se faire soigner, écouter, plaindre, accompagner) ;
- de vérifier leur humanité auprès des soignants, témoins directs des corps qui somatisent des angoisses, des corps abimés par la précarité du milieu carcéral, instrumentalisés par de multiples fouilles à nu, investis dans une tentative de réappropriation négative (tatouages, scarifications, grèves de la faim) ;
- de se voir accorder l'attention de quelqu'un.

Ainsi, à travers la velléité de certains patients à personnaliser les relations avec les soignantes, on identifie une aspiration à la confiance, l'écoute, l'attention privilégiée et singulière (et non purement technique, rationnelle, impersonnelle).

De plus, l'enfermement, régi par la surveillance et la négation du besoin fondamental d'intimité, conduit l'enfermé à une confusion entre les sphères publique et privée. En effet, il « condamne les prisonniers à un face-à-face total avec eux-mêmes, qui envahit tous les territoires de l'identité et brouille la frontière entre lieux publics et moments intimes » (Bessin et Lechien, 2002).

En ce qui concerne l'aspect séducteur décrit par les différents interviewés, la deuxième infirmière évoque un rapport de séduction systématique (« *ils essayent toujours oui les hommes à à nous euh* ») mais dont elle s'est accommodée au fil des années.

Pourtant, elle raconte deux anecdotes (I6,7), dans un discours polyphonique, de patients qui lui ont écrit des « *lettres d'amour* », qui l'ont conduite à des remontrances de la part de sa hiérarchie et de l'administration pénitentiaire. Elle décrit un manque de soutien de la part de ses supérieurs qui auraient retourné la situation en inversant les rôles : elle, la séductrice, et l'homme détenu-patient succombant à son charme. On identifie dans le discours de l'interviewée des ressentis de colère, d'incompréhension, d'amertume, et de souffrance aussi : « *ça m'a fait du mal* », « *j'ai eu du mal hein à l'encaisser* ». Les sentiments d'injustice et d'humiliation dominent : « *on m'a mise dans le bureau et on m'a → accusée* », « *quoi qu'on dise ce sera toujours le soignant qui aura tort* », « *on part déjà c'est toi l'accusé c'est pas le détenu* ». Or, « le détenu » est, par définition, l'individu reconnu comme étant coupable, responsable. Cette inversion des rôles a été vécue par l'infirmière comme une forme de rabaissement : c'est elle qui a été assignée au banc des accusés, et non le détenu. C'est elle qui a été jugée coupable, et c'est le détenu qui a été désigné innocent. De plus, à l'inverse des personnes détenues qui ont bénéficié d'un avocat lors de leur procès, elle n'a pas été « *considérée* » et n'a eu « *personne pour [se] défendre* ». Ainsi, elle s'est sentie encore moins bien prise en considération que ne l'aurait été une personne détenue... Le narcissisme de l'infirmière en a inévitablement été impacté.

De plus, l'accusation dont elle a été l'objet a remis en cause la neutralité affective, bienveillante dont fait preuve le soignant et a déstabilisé le processus de différenciation d'avec la population pénale (les « *délinquants* » *versus* les « *bons citoyens* »).

Plus tard dans l'entretien, elle exprime de nouveau cette forme d'injustice que subissent les soignants, et de façon plus générale la population libre face à la population pénale : « *on fait tout pour eux [...] ils ont pas de question à se poser on leur amène tout sur un plateau tout est fait alors que nous on → perso dans la vraie vie et bah on met des plombs à avoir des rendez-vous [...] c'est voilà c'est normal ils doivent avoir tout tout le temps tout* » (I.261). L'infirmière caractérise alors les personnes détenues d'individus privilégiés et ingrats. On peut même apercevoir des sentiments de jalousie, de rivalité, de hiérarchisation entre « nous » (« *dans la vraie vie* ») et « eux » (les privilégiés).

A propos de son sentiment de sécurité à l'UHSI, l'infirmière suggère que « *pour l'instant j'arrive naturellement à me méfier de certains → mais bon → il y a un jour où → un jour ou l'autre moi ou quelqu'un d'autre hein de toute façon euh → il y a toujours une première fois quelque part euh où il y a → non avec les détenus tout ça j'ai non je sens pas euh j'angoisse pas fin* » (1.198). Elle ne met donc pas en doute la faillibilité de son intuition et dans une forme de fatalisme, de désillusion, elle affirme, sans angoisse associée, qu'une agression prochaine est inévitable. Ce paradoxe (la sérénité dans l'anticipation d'une agression) peut correspondre à la mise en place d'un mécanisme de défense permettant le maintien d'un sentiment de sécurité.

La troisième infirmière interviewée est la seule qui ne note pas rapport de séduction, ni aucune autre représentation qui caractériserait de façon singulière les patients-détenus. Durant l'entretien, elle rappelle constamment le fait que rien ne diffère entre un patient en milieu libre et un patient à l'UHSI. Autrement dit, elle insiste sur le fait que les personnes détenues sont issues de la population générale et qu'il n'y a donc pas de particularité à noter. Elle est dans un rapport d'extrême bienveillance, de neutralité affective, d'intégrité déontologique.

.2.3 Formules de politesse utilisées à l'égard des patients-détenus

.2.3.1 Saluer la personne détenue : la poignée de main pour les agents pénitentiaires

En ce qui concerne la poignée de main, les surveillants interrogés sont unanimes.

Le premier surveillant revendique de façon très prononcée le fait que « *la seule chose que je ferai jamais c'est leur serrer la main → ça je serrerais jamais la main à un voyou → parce que ça reste des voyous* » (l.144). Il appuie son propos par la répétition et l'emploi d'adverbes temporels irrévocables, définitifs. Il argumente en soulignant le fait que les personnes incarcérées sont des « *voyous* » (l.145), et que, « *ça fait partie de la peine* » (l.146), « *ils sont mis au ban de la société je sers pas la main de n'importe qui* » (l.148). Le surveillant justifie cette pratique par son aspect symbolique (« *c'est ma conception de la peine* » (l.148)).

Le deuxième interviewé ne se positionne pas à propos de la poignée de main. Il raconte une anecdote pour expliquer qu'il a exercé auprès d'un surveillant qui serrait la main à une personne détenue, ce qui l'avait « *choqué* » (l.313). La troisième interviewée signifie sans justifier qu'elle n'offre pas de poignée de main aux personnes incarcérées.

Il semble que la poignée de main, symbole de respect, d'équité, forme d'engagement moral aussi, soit à l'unanimité des surveillants interrogés désapprouvée, de façon plus ou moins radicale. Le premier surveillant interviewé est le seul qui argumente son choix. En ce qui concerne les deux autres interviewés, on peut faire l'hypothèse que ce n'est pas quelque chose de réfléchi, mais plus une pratique qui ne fait pas partie de la « culture pénitentiaire ». Ainsi, comme pour le tutoiement à l'égard des personnes détenues, il s'agirait d'un mécanisme d'influence normative qui fait que ces pratiques se perpétuent chez les nouveaux surveillants. Notons que le premier surveillant précise que « *chacun fait ce qu'il veut j'ai des collègues qui serrent leur main* » (l.152), comme pour signifier une liberté de pratique au sein du groupe des surveillants.

On peut également supposer que le toucher qu'implique la poignée de main est proscrit afin de maintenir une distance émotionnelle, une différenciation des corps.

.2.3.2 L'adresse à la personne : vouvoyer/tutoyer

2.3.1.1 Du côté des surveillants...

L'article 15 du code de déontologie du service public pénitentiaire spécifie que : « Le personnel de l'administration pénitentiaire a le respect absolu des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire et de leurs droits. Il s'interdit à leur égard toute forme de violence ou d'intimidation. Il ne manifeste aucune discrimination. Il ne doit user ni de dénomination injurieuse, ni de tutoiement, ni de langage grossier ou familier. Il manifeste le même comportement à l'égard de leurs proches ». Pourtant, la pratique du tutoiement à l'égard des personnes détenues est quasi systématique.

Le 1^{er} interviewé justifie, légitime le tutoiement en faisant référence à la capacité de compréhension de ces derniers (« *il faut qu'on se fasse comprendre par tout le monde* » (1.139)), et à la perception subjective, culturelle du vouvoiement (« *on peut les prendre de haut si on les vouvoie* » (1.141)). Il avance donc un argument relationnel, celui de ne pas créer de malentendu qui serait de laisser penser à la personne détenue que le surveillant se place en position haute par rapport à elle. Est-ce qu'il s'agit d'une stratégie permettant d'instaurer une relation d'égal à égal avec la personne détenue ? Cette idée est contradictoire avec le reste du discours, notamment lorsqu'il évoque un « *rapport de force* » (1.74, 105) entre le surveillant et la personne détenue.

On peut souligner le fait que l'usage des formules de politesse en fonction de la représentation que se fait le surveillant de la capacité de la personne détenue à comprendre le vouvoiement ou non renforce les inégalités et les statuts entre les personnes enfermées (ceux qu'on peut vouvoyer et ceux qu'on tutoie).

Le deuxième agent interviewé, de façon défensive, ne se prononce pas sur la question. Il décrit la pratique des surveillants, mais pas la sienne. Il réalise un parallèle, une réciprocité entre les personnes détenues et les agents pénitentiaires : « *il y a des gens qui vont que faire vouvoyer il y en a qui tutoieront systématiquement c'est un peu comme les personnes détenues il y a des personnes détenues qui vont tutoyer les surveillants d'autres qui vont les vouvoyer* » (1.320). Pour appuyer son argument, il donne un second exemple de cette réciprocité relationnelle à propos de la formule de salutation « *bonjour* » : « *mais euh après après il y a des collègues euh qui le disent pas systématiquement parce que voilà ils le font pas systématiquement comme il y*

a des personnes détenues qui bah qui arrivent et qui sont pareilles hein » (l.332). Comme dans le discours du premier surveillant, on distingue un argument humaniste de relation horizontale, d'égal à égal entre les agents pénitentiaires et les personnes détenues... Et de même, il précise que ce n'est pas « *un manque de respect* » (l.329) et souligne que cela s'applique dans les deux sens, et pour le surveillant qui se fait tutoyer, et pour la personne détenue qui se fait tutoyer.

Le second surveillant associe le vouvoiement à la formation reçue, au principe idéal (« *on nous apprend qu'il faut vouvoyer systématiquement* » (l.322)), et le tutoiement à la réalité du terrain, au relationnel, à la proximité (« *maintenant des fois c'est difficile parce que le contexte bah on → une personne qu'on voit souvent et tout → il y a un relationnel qui se met qui se met en place → et des fois c'est pas évident de vouvoyer* » (l.324)).

Ainsi, les deux premiers surveillants interviewés partagent la même pratique (le tutoiement), et le justifient de façon à peu près similaire. Tous les deux exposent un argument ambivalent par rapport au reste de leur discours. En effet, ils avancent que le fait que le tutoiement permet d'instaurer un rapport d'équité entre le surveillant et le détenu, tout en insistant à plusieurs reprises au fil de l'entretien qu'il existe un rapport de force constant entre ces deux mêmes protagonistes.

La troisième surveillante a une position toute autre en ce qui concerne l'adresse aux personnes détenues. Elle a recours à plusieurs adverbes temporels pour appuyer l'irrévocabilité de sa pratique : « *moi c'est toujours vous [...] moi je tutoie jamais le détenu jamais [...] ça sera toujours vous [...] tout le temps [...] moi ça reste toujours sur le vous [...] moi non jamais jamais [...] → non non je dis toujours toujours vouvoyer* » (S42, 43, 44).

Elle précise que c'est le statut « détenu » qui explique le fait qu'elle vouvoie les personnes détenues : « *tu serais détenue je t'aurais dit vous [rire]* » (l.284), « *même les mineurs hein je veux dire euh y en a qui ont l'âge de mes enfants* » (l.292).

Elle argumente sa position en avançant, comme les deux premiers interrogés mais de façon opposée, l'influence de la façon de s'adresser aux personnes détenues sur le rapport entretenu avec elles (« *le relationnel n'est pas le même* ») (l.285). Tandis que dans le discours des deux autres surveillants, il s'agissait d'établir un climat relationnel d'équité en tutoyant les personnes détenues, la surveillante tient à affirmer sa position d'autorité et à instaurer une distance sociale avec les personnes détenues en les vouvoyant : « *si je tutoie le détenu il va plus se sentir à l'aise*

tu vois fin → il va se permettre des choses qu'il se permettrait moins si si que le vouvoient quoi » (l.285), « moi je suis pas là pour me faire un copain quoi oui c'est plus euh je suis surveillante je suis pas → je suis pas la copine » (l.289) ; « et si eux me dise tu je dis tatatata on se connait pas moi je vouvoie vous me vouvoyez → voilà [rire] » (l.294). Comme pour appuyer la légitimité de sa pratique, l'interviewée a sollicité mon avis (« tu crois pas toi ↗ » (l.287)).

La surveillante revendique une position différente de celle de ses collègues (sans émettre pour autant un jugement sur la leur), notamment en utilisant le connecteur contre argumentatif « mais » entre la pratique de ses collègues et la sienne afin d'appuyer l'opposition soi/autrui : « ils se tutoient ouais ils tutoient → bah eux c'est plus ils vont se tutoyer peut être euh peut être pour être dans la confiance ou je sais pas trop **mais** moi ça reste toujours sur le vous » (l.278) ; « **mais** c'est vrai que mes collègues masculins c'est vrai que la plupart ils les tutoient → **mais** moi » (l.291) ; « ça m'arrive de dire monsieur → après je sais que mes collègues non **mais** → » (l.298). Elle se démarque notamment en précisant qu'il s'agit de ses « collègues masculins ». En effet, elle appartient au groupe des surveillants, et au sous-groupe des femmes surveillantes, qui est minoritaire.

On peut faire référence, en psychologie sociale, aux théories représentées par des auteurs tels que Breakwell, Guichard, Zavalloni qui postulent l'existence d'un mécanisme de personnalisation des représentations sociales. L'individu évoluant dans un contexte social, il construit son identité par rapport aux normes explicites et implicites qui y sont véhiculées. De ce point de vue, l'identité est un construit social, culturel. En outre, le processus d'appartenance groupale tend à pousser ses membres vers la conformité, vers le partage de représentations, vers l'adoption de pratiques similaires. Il influence le processus représentationnel.

Breakwell (1993) nuance ce principe en précisant que le sujet ne se soumet pas passivement à l'influence des représentations sociales ; il consent à l'influence de certaines et ignore celles qui menacent le maintien de son unité identitaire. De ce fait, « il pourrait exister des différences interindividuelles considérables entre les perceptions de représentations sociales au sein d'un même groupe. Les représentations ne sont jamais totalement partagées : les individus construisent leurs représentations pour atteindre leurs propres objectifs en termes identitaires » (Cohen-Scali et Moliner, 2008). L'introduction d'un sujet dans un nouvel environnement de représentations ne suffit donc pas à conduire à une modification identitaire.

Ainsi, la surveillante interviewée se différencie de ses collègues en développant ses propres représentations et pratiques. Elle fait face à la pression de conformité exercée par son groupe de référence en rejetant la pratique dominante (tutoyer les personnes détenues). Faisant partie du sous-groupe minoritaire des surveillantes femmes, elle se montre indépendante, en ce qui concerne l'adresse aux personnes détenues, sans pour autant chercher à imposer au groupe son mode de fonctionnement.

Pour l'expliquer, on peut imaginer qu'elle avait intégré la pratique du vouvoiement et la représentation de distance sociale qui y est associée lors de son premier exercice professionnel. En effet, elle a travaillé pendant 13 ans dans le commerce avant de s'engager en tant que surveillante pénitentiaire, tandis que le premier interviewé n'a a priori pas exercé d'autre profession que surveillant et le deuxième a été militaire pendant 15 années, un milieu peu éloigné de celui de l'administration pénitentiaire. Par conséquent, « l'exposition de l'individu à un nouvel environnement de représentations ne suffit pas à introduire un changement identitaire. Pour introduire un changement, il est nécessaire que cet environnement prenne sens pour l'individu en regard de son expérience singulière » (Cohen-Scali et Moliner, 2008).

Pour conclure, la pratique (vouvoyer/tutoyer) et la représentation qui y est associée (vouvoyer permet d'affirmer son autorité / tutoyer permet de se faire comprendre, d'instaurer un rapport d'équité) est différente selon les individus appartenant à la même catégorie professionnelle. Il y a donc, au sein même du groupe des surveillants pénitentiaires, des pratiques et des représentations hétérogènes.

2.3.1.2 Du côté du personnel infirmier...

En ce qui concerne les infirmières et l'infirmier interviewés, tous partagent la même pratique qu'en aucun cas ils remettraient en cause : le vouvoiement.

« non toujours monsieur madame euh toujours le vouvoiement toujours une distance la même que je mets pour n'importe quel patient ici ou ailleurs » (l.202) (a)

« non bah pas moi moi j'ai jamais tutoyé les patients [...] ici c'est toujours vous vous vous euh vouvoiement quoi tout le temps tout le temps → les c'est des patients c'est pas des copains [...] mais euh le patient c'est vous hein ça a toujours été vous → donc euh ouais vouvoiement → tout le temps → » (l.455) (b)

« moi c'est monsieur Tout-le-monde → comme je fais dans d'autres services avant » (l.131)

(c)

La dernière infirmière interviewée remarque que les agents pénitentiaires en revanche :

I 23 : « [...] ici ils les tutoient facilement c'est le nom de famille pas de monsieur pas de madame etcetera donc ça c'est pas possible → on n'est pas éduqués comme ça non plus dans notre profession heureusement

L24 : du coup tu penses que ce serait plutôt une pratique qu'on leur apprend ↗

I24 : oui je pense → je pense qu'ils apprennent ça à l'ENAP à l'école de l'administration pénitentiaire oui moi je me suis dit ça → mais je sais pas pourquoi on leur apprend comme ça moi ça me parce que je pense qu'on leur apprend ça euh → pourquoi je sais pas → »

A la suite de l'entretien, j'ai confié à l'infirmière que les surveillants apprenaient le vouvoiement à l'école, et ai suggéré un mécanisme d'influence normative au sein du groupe des surveillants (i.e. l'individu cherche à se conformer aux normes établies par le groupe) pour expliquer l'usage du tutoiement quasi systématique.

La deuxième interviewée, de façon plus implicite, suggère à propos du vouvoiement que : « moi je trouve que le respect commence euh par ça quoi → tu peux respecter les gens et on va te dire euh même si tu les tutoies tu peux mais euh n'attends pas du respect si toi t'es pas respectueux non plus donc euh → je trouve que c'est ouais → c'est pas une façon quoi → rien que pour ça → » (l.465). Evidemment lorsqu'elle évoque la pratique du tutoiement et du respect, elle fait référence aux surveillants pénitentiaires qui tutoient quasi systématiquement les personnes détenues. Elle juge donc leur façon de s'adresser aux personnes sans pour autant nommer quiconque.

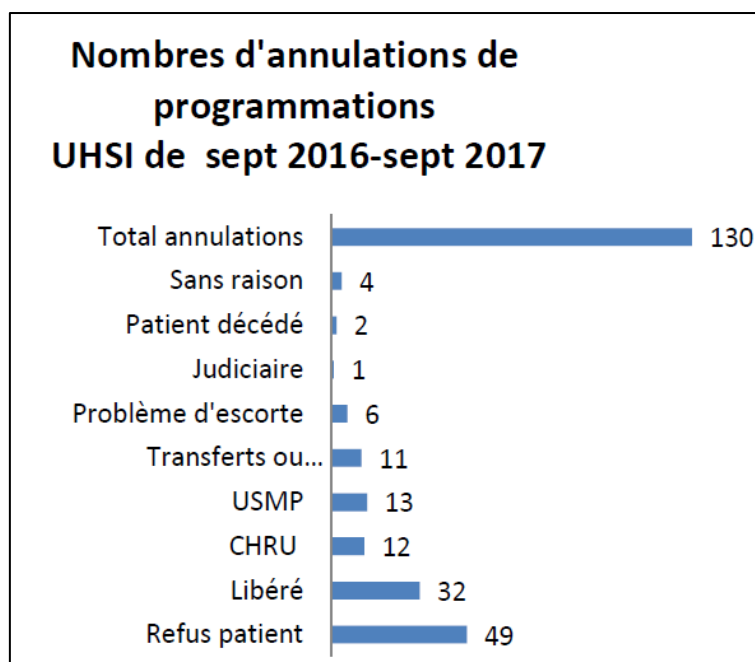
Ainsi, l'usage des formules de politesse employées par les soignants envers les patients apparaît de deux façons dans les discours.

D'un côté, le vouvoiement est prôné comme étant un symbole de respect, de neutralité affective, qui permet la mise en place d'une relation thérapeutique authentique. Il serait donc question d'un « traitement impersonnel » des patients (Goffman, 1968), légitimant ainsi le discours selon

lequel les soignants ont les mêmes pratiques et les mêmes représentations auprès d'un patient libre ou incarcéré.

D'un autre côté, les formules de politesse sont présentées, dans les discours, comme objet de rivalité avec les agents pénitentiaires. En d'autres termes, les formes de politesses ne sont pas que des automatismes : elles sont aussi la démonstration de représentations idéologiques et prennent la place de « productions ostentatoires » (Milly, 2001).

.2.4 Le refus de soin



(Statistiques transmises par l'UHSI de pour mon mémoire)

D'après le diagramme, le nombre de refus de soin de la part du patient sur une année à l'UHSI représente plus de 37 % des annulations de programmation de bloc ou de consultation.

Plusieurs raisons expliquent ce taux élevé : « la rupture des habitudes de la vie en détention, l'impossibilité d'y fumer, l'absence quasi-générale d'espace de promenade ou de déambulation à l'air libre entraînant pour les personnes détenues des conditions de détention plus difficiles qu'en établissement pénitentiaire » (rapport IGAS-IGSJ, 2015).

Ainsi, une hospitalisation à l'UHSI suppose un isolement en chambre 24H/24, sans possibilité de sortir dans une cour de promenade ni de fumer une cigarette, sachant que 80% des personnes détenues fument quotidiennement contre 29% dans la population libre (D'Almeida Launey, 2016).

Or, la loi française stipule que « toute personne détenue doit pouvoir effectuer chaque jour une promenade d'au moins une heure à l'air libre » (article 12 du décret n° 2013-368). De son côté, le Conseil de l'Europe spécifie que les personnes détenues doivent « passer chaque jour hors de leur cellule autant de temps que nécessaire pour assurer un niveau suffisant de contacts humains et sociaux » (Règle pénitentiaire européenne n°25-2).

En contradiction avec ces textes, l'administration pénitentiaire, en ce qui concerne les UHSI, a prévu que « quel que soit l'emplacement choisi, il n'est pas prévu de cour de promenade spécifique pour les besoins de l'unité » (article 1 de l'annexe à l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des UHSI).

De plus, pour contrer les risques d'évasion, il est donné aux personnes détenues le moins d'informations possible à propos de leur hospitalisation future : ainsi, un parloir, des cantines qui se présenteraient au même moment qu'un départ pour l'UHSI peuvent conduire à un refus d'hospitalisation. Enfin, l'angoisse liée à la pathologie, l'isolement, la crainte de perdre son travail en détention, la rupture des habitudes déterminent régulièrement pour les patients le choix de quitter l'UHSI.

Les patients-détenus considèrent souvent les contraintes sécuritaires comme étant disproportionnées par rapport à leur régime en détention. Ainsi, les UHSI sont surnommées les « quartiers disciplinaires de luxe » (rapport IGAS-IGSJ, 2011) et « alors qu'ils accèdent à une qualité de soin à hauteur de la complexité de leur état sanitaire physique, les détenus sont rappelés, plus que jamais à l'UHSI, à un statut de personne dangereuse » (Bazex, 2009).

Ainsi, la claustration que suppose une hospitalisation à l'UHSI est susceptible de raviver le choc carcéral (Bazex, 2009, Bazex et al., 2010). On observe d'ailleurs chez les patients une recrudescence d'agressivité et un fonctionnement alexithymique, en d'autres termes une isolation des affects. Cet environnement peu donc dissuader le patient d'investir les soins.

De quelle façon les professionnels infirmiers appréhendent-ils le refus de soin ?

Les deuxième et troisième infirmières interviewées déclarent ne pas comprendre le refus de soin.

Les deux infirmières abordent le sujet sur un registre modal (*je le comprends pas x2, je le prends plus à cœur, j'ai abandonné, ça me passe, c'est frustrant, tu t'es battue, tu pleures, moins impliquée, ça te pourri (b); j'ai du mal à le comprendre, j'aurais envie qu'ils, j'ai du mal je vais dire d'être en retrait, j'ai du mal à, moi j'ai du mal, ça m'interpelle, [tu te sens impuissante : ah bah là bah complètement], j'ai du mal, je le comprends, je peux le comprendre → je le comprends (c)*)... Néanmoins, elles ne l'investissent pas de la même façon.

La deuxième infirmière interviewée évoque un sentiment d'injustice, de rancœur envers les patients : « **on fait tout pour eux → et ils refusent → ils ont pas de question à se poser on leur**

amène tout sur un plateau tout est fait [...] alors que nous on → perso dans la vraie vie et bah on met des plombs à avoir des rendez-vous [...] c'est voilà c'est normal ils doivent avoir tout tout le temps tout [...] ils veulent pas comprendre et puis oui oui c'est après c'est leur choix c'est leur droit c'est c'est tout ce qui → c'est mon droit → voilà c'est ça combien de fois on l'entend → c'est mon droit → j'ai le droit de refuser → bah je dis oui mais bon → ils réalisent pas tout ce qui a été fait avant en amont et puis euh → donc ça c'est frustrant → tu t'es battue pour avoir les rendez-vous » (l.261). Elle exprime un manque de reconnaissance de la part des patients (et non plus de sa hiérarchie).

Elle clive, met à distance : « *le refus de soin c'est ouais → c'est pas évident → mais maintenant je le prends plus à cœur enfin maintenant je dis bah vous refusez bah vous refusez j'essaye même plus de les convaincre de de discuter avec eux maintenant → au début j'étais euh on rediscutait on essayait de trouver un petit chemin pour euh détourner [rire] pour pouvoir rentrer en communication → pis [souffle] maintenant je j'ai abandonné ça → maintenant je dis bah vous refusez bah c'est votre santé → maintenant ça me → ça me passe* » ; « *non maintenant [bruit de bouche] → non → moins impliquée* » (l.268).

A l'inverse, la troisième infirmière se montre particulièrement engagée sur le sujet du refus de soin : « *j'ai du mal je vais dire d'être en retrait et de dire bah il a dit non il a dit non, il y en a beaucoup qui me disent mais laisse ils sont comme ça* » (l.56). Encore une fois, elle défend une posture déstigmatisante vis-à-vis des personnes détenues, et ce même envers ses collègues qui eux auraient tendance à faire des généralisations (« *ils sont comme ça* »).

A partir d'un exemple concret d'un patient connu qui a refusé de venir à l'UHSI, elle se questionne, fait des hypothèses, met en scène des situations de divers mondes éventuels pour tenter de mettre du sens sur ce refus. On retrouve alors de nombreux marqueurs de probabilité : « *certainement il a compris et puis que c'est sa façon peut-être à lui de réagir à d'autres choses ; y a besoin de creuser savoir pourquoi il est pas venu savoir s'il est conscient → est ce qu'il veut mourir ↗ ; je pense qu'ils ont fait tout ce qu'il faut ; peut-être qu'il n'y a pas que son état somatique ; peut-être plein d'autres choses → pourquoi pas ce qui lui arrive au niveau judiciaire ou sa peine qui est peut-être plus longue, ; je me dis déjà il ne l'a plus ; peut-être il a changé d'avis de politique dans sa tête* » (l.61).

On identifie un sentiment de frustration, d'impuissance : « *tu vois je peux pas savoir il est pas là* » (l.62) ; « *j'en sais rien/je sais pas* » x5 ; « *je le percevais pas comme quelqu'un qui allait refuser tu vois* » (l.78).

Également, on note de nombreuses négations : « *c'est pas possible* » x5, « *j'annule pas* » x4.

Les questions de la vie, de la mort sont récurrentes : « *s'il ne l'a pas bah il peut mourir* » (l.49), « *c'est sa vie qui est en jeu* » (l.54), « *c'est obligé s'il veut vivre il est obligé d'avoir ça* » (l.59), « *il risque sa vie* » (l.65), « *est ce qu'il veut mourir* » (l.68), « *ils se mettent en danger* » (l.88), « *c'est vital* » (l.97).

Ainsi, le refus de soin plonge l'équipe soignante dans un sentiment d'impuissance et de frustration. Il est majoritairement vécu par les professionnels de santé comme un échec, comme l'impression d'avoir failli à l'élaboration d'une relation sécurisante, de confiance, et peut faire émerger des pulsions agressives envers ces patients qui n'adhèrent pas aux soins, qui se montrent opposants et parfois virulents, amalgament l'hôpital, la prison, les soignants, les surveillants. Certains soignants, principalement pour se protéger, renoncent au fait de s'investir dans l'adhésion aux soins, d'autres refusent de baisser les bras. Deux types de représentations s'opposent au sein de l'équipe infirmière : d'une part, l'idée d'un public privilégié, omnipotent, ingrat, qui n'accepte pas l'offre de soin proposée ; d'autre part, l'image d'un public soumis à un contexte mortifère qui ne facilite pas la demande de soin.

Quoi qu'il en soit, le code de la Santé Publique assure que : « [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (Article L. 1111- 4). La notion d'injonction de soin somatique sous contrainte n'est donc pas envisageable, et ce même pour des personnes privées de liberté à qui on impose beaucoup plus qu'une simple privation d'aller et venir. Un surveillant et une infirmière rappellent d'ailleurs que les patients disposent du *droit* à refuser.

En parallèle, le refus de soin pourrait être perçu comme une pulsion de vie, une réappropriation d'un corps désinvesti, une opposition aux conditions d'hospitalisation comparées à celles du « mitard », du « cachot ».

.2.5 Le relationnel entre les surveillants et les personnes incarcérées

.2.5.1 Rapport de force

Les trois agents pénitentiaires interviewés décrivent un rapport de force qui organise les relations entre les personnes détenues et les surveillants, où l'un et l'autre des acteurs tentent de se dominer : « *on peut jouer au plus fort* » (l.315), « *quoi qu'il arrive on gagnera* » (l.316) (1), « *on a rapidement le dessus* » (l.53) (3). Il y a donc une démonstration de puissance, à l'instar d'un combat, pour intimider celui qui s'oppose aux règles imposées. Une fois l'individu maîtrisé, il s'agit de faire un rappel à la loi (à l'UHSI, les gradés sont sollicités pour l'accomplir). On peut ici s'attarder sur l'approche psychanalytique : le concept noms-du-père de Jacques Lacan, qui place le père en tant que garant de la loi, figure d'autorité. On pourrait ici envisager le corps « administration pénitentiaire » en tant qu'agent castrateur, celui qui, simultanément, dans un oxymore, ordonne et interdit (le « non du père »).

La troisième surveillante interviewée explique une réciprocité entre la personne détenue et l'agent pénitentiaire dans la violence carcérale. L'un doit se défendre de l'autre : « *je veux dire on te traite comme je sais pas quoi quoi → donc forcément en tant que en tant que surveillant tu tu te fais agresser fin agresser verbalement tu vas pas te laisser faire → comme n'importe quiconque fin sera à l'extérieur euh tu te rebelles quoi* » (l.372) (3).

Par ailleurs, la surveillante insiste sur le fait qu'elle ne « *peut pas* » faire confiance à une personne détenue (modalité ontique), qu'elle ne « *fait pas* » confiance (assertion), et qu'elle « *n'a pas à* » faire confiance à une personne détenue (modalité déontique) (S13). Cette dernière assertion fait référence à un dogme, c'est-à-dire à un principe qui ne se remet pas en question. Le rapport au détenu, sous peine de s'exposer à des manipulations pensées comme inévitables, nécessite ainsi d'être limité, vigilant, prudent. Par conséquent, des situations d'échange, de réciprocité entre un surveillant et un détenu pourraient être considérées comme un risque de corruption, de faiblesse. Par exemple, le deuxième surveillant interviewé s'est décrit comme étant choqué lorsqu'il a vu un agent pénitentiaire serrer la main à une personne détenue. De plus, les surveillants sont majoritairement circonspects devant la relation bienveillante soignant-soigné.

Le rapport constant de suspicion permet au surveillant d'asseoir son autorité et de se préserver. Cependant, il induit une atmosphère de paranoïa pénitentiaire, la mise en place de mécanismes de défense tels que le clivage et la projection, entretenant par conséquent une distance et une stéréotypie des représentations (Lhuilier, 2005). Tandis que la relation, l'échange entre personnes détenues et surveillants sont intrinsèquement inévitables, ils paraissent menaçants pour les deux groupes d'interlocuteurs (d'où la précision du deuxième surveillant interviewé : il s'agit de discussions « basiques »).

Ainsi, les rapports surveillants-détenus sont par nature conflictuels, entre ceux qui ferment les portes à clefs, et ceux qui sont enfermés. Pour Chauvenet (2006), « la mise à distance sécuritaire entre les détenus et entre les détenus et les personnels instaure un principe de division et d'hostilité généralisé dans lequel chacun devient pour l'autre un ennemi potentiel, un étranger ».

Les relations sont teintées de méfiance et d'incompréhension, et chacun des deux groupes pense l'autre à sa manière (Benguigui, 1997 ; Abdellaoui, 2000). Etant donné l'attitude méfiante dont fait preuve la figure de pouvoir (les surveillants) à l'égard des personnes détenues, on peut s'interroger sur la fonction qu'occupe le groupe des détenus pour ses membres. L'individu se tournerait alors vers les « siens », ses co-détenus, et édifierait un personnage conforme à son environnement de manière à se différencier un maximum de la figure d'autorité, du « bourreau ». Josse (2001), explique que l'individu incarcéré « assure, au moins en apparence, qu'il trouve supérieures les valeurs de son groupe (« en apparence », car cette attitude ne correspond qu'artificiellement à un désir de réalisation de soi). Ce rassurement passager, ce souci de mieux-être psychique, ces nouvelles dissociations (pouvoir/soumission, soi/discipline, soi/co-détenus) ne permettent d'autres issues que l'hostilité intense à l'égard de l'institution (parallèle d'une hostilité intense à l'égard de soi) ».

Cette dichotomie pouvoir/soumission, dominant/dominé se lit aisément dans les discours des surveillants. La position d'autorité qu'érige le surveillant en uniforme, équipé d'un sifflet, est sans cesse remise en cause, menacée par le groupe des soumis (les personnes détenues) et les processus de projection, de réaction en miroir sont constamment à l'œuvre : « *pis ouais moi je me sentirais pas tout seul avec une arme euh au milieu de 120 détenus je préfère pas avoir l'arme → parce qu'au moins je sais qu'ils vont pas pouvoir me sauter dessus pour pouvoir prendre mon arme* » (1.435), « *le surveillant il a signé → pas pour prendre des baffes hein c'est pas ce que je dis → mais par contre il signe il s'est engagé c'est comme un militaire un militaire il s'engage c'est que il connait que il va aller au feu il va aller dans des pays un peu chauds un*

peu tendus → eh autrement il devient fleuriste hein [rire] non mais voilà → donc euh le surveillant il sait qu'il va être confronté à la population pénale [rire] donc forcément un jour ou l'autre il y aura un clash → même si c'est verbal il y aura un clash » (1.443) (2). Pourtant les deux groupes de protagonistes sont interdépendants : les clés de la cellule sont en possession du surveillant ; et la légitimité du surveillant, étant donné la différence numérique entre les uns et les autres, repose en partie sur une collaboration avec les personnes détenues. Les relations intergroupes sont donc constamment négociées (Bucher et Strauss, 1992).

.2.5.2 Echanges revendiqués mais frustrés

Parallèlement, certains surveillants revendiquent l'aspect humain et non uniquement sécuritaire et technique de leur métier. Il s'agit là d'une stratégie identitaire, d'une distinction positive (Auzoult et Abdellaoui, 2008).

Ainsi, de façon paradoxale, le rapport de force est nuancé par la troisième surveillante interviewée qui explique la possible naissance d'affinité en l'explicitant : « *tu vois des fois c'est comme quand tu discutes avec des gens tu sens que t'as quelqu'un avec qui ça va plus accrocher que d'autres → bah ça fait ça aussi chez les détenus » (l.94).* On peut émettre l'hypothèse qu'elle cherche à me convaincre de la véracité de son propos en argumentant une ressemblance entre « les gens » et « les détenus », comme s'il s'agissait de deux catégories fondamentalement distinctes.

Également, en contradiction avec le rapport de force et la violence verbale décrite, la troisième interviewée insiste sur le fait qu'il existe un dialogue entre les surveillants et les personnes détenues : « *c'est vrai que les détenus ils nous parlent quand même pas mal hein quand même → même si t'as pas l'impression des fois je veux dire quand on va en extraction la plupart ils nous parlent quand même » (l.164).* L'usage multiple de la locution adverbiale « quand même » souligne bien l'ambivalence des rapports entretenus.

Le deuxième interviewé évoque également l'existence d'échanges entre les personnes détenues et les surveillant, en précisant que ce sont des échanges sur des sujets triviaux et en usant de la même locution adverbiale que la troisième surveillante : « *Il y a quand même des discussions qui s'ouvrent avec le personnel la population pénale c'est ça reste du basique hein c'est la météo c'est c'est le foot c'est le sport euh d'où il vient qu'est-ce qu'il fait avant euh qu'est ce*

qui lui arrive si il a envie d'en parler parce que il y en a qui en parlent hein qui ont besoin d'en parler ça se voit [...] » (l.288).

Dans ce même discours, on trouve la description d'un mode de relation qui infantilise la personne détenue par l'apprentissage du « non », de l'interdit et qui place l'agent dans un rôle de père tout-puissant détenteur de l'autorité : « *quand vous dites non c'est non bon il faut l'idéal c'est voilà parce que des fois c'est des grands enfants hein c'est → c'est l'éducatif donc euh il faut expliquer pourquoi c'est non quoi → et en principe ils comprennent → je dis bien en principe → si c'est non et puis après ils le savent hein si le surveillant il m'a dit non c'est c'est qu'il peut pas voilà → si il dit oui c'est que c'est bon → voilà c'est comme ça » (l.229).* Ce mode de relation, qui permet au surveillant d'asseoir son autorité et de cadrer l'individu incarcéré ne renvoie-t-il pas ce dernier à sa position d'impuissance et de dépendance ?

De même, lui et la troisième interviewée mettent en avant un rôle paternel, humain, d'écoute auprès de personnes qui ont souvent un parcours familial chaotique et peu de repères : « *il est à la fois surveillant il est à la fois infirmier il est papa il est grand frère → bon il est pas maman mais pas loin → euh il est un peu psy il est un peu un peu euh parce que il y a toutes les missions à remplir → il faut être à l'écoute il faut vous avez de la prévention au suicide vous avez tout hein » (l.152) (2) ; « je vais pas dire t'es la maman mais tu fais beaucoup de choses t'es la psy la surveillante » (l.72) (3).*

On identifie une tentative de déconstruction de la représentation du tout sécuritaire associée à leur métier : « *métier de surveillant c'est pas juste euh un porte clé qui va ouvrir et fermer des portes quoi » (l.157) (2).* Cela entre en contradiction avec cette triste réalité : « *au niveau relations humaines c'est c'est minime → sur les coursives c'est minime ça c'est sûr » (l.391) (2).* En parallèle, les interviewés précisent que la fonction de confident est davantage présente en maison d'arrêt plutôt qu'à l'UHSI, où le rôle d'écoute est principalement occupé par les soignants.

Ainsi, la mission humaine du surveillant est difficilement exploitable en maison d'arrêt du fait du rythme de travail ; et elle est limitée à l'UHSI puisque ce rôle est accordé aux soignants.

Mais comme le précise Malochet (2009), la profession de surveillant pénitentiaire est de toute façon relationnelle dans la mesure où elle « engage ses protagonistes dans des interactions continues et incertaines avec les détenus. Dans leur activité, les surveillants de prison disposent de marges de manœuvre et d'appréciation qui sont le fruit de constantes négociations avec les

détenus et la hiérarchie pénitentiaire ». De ce fait, la dimension sécuritaire et rigide de la profession coexiste avec la dimension sociale et labile que suppose le contexte interlocutoire.

Les surveillants doivent alors adopter un comportement équilibré entre rapport de force et communication avec les individus qu'ils maintiennent enfermés. Ce rapport ambivalent mène à des contradictions dans les discours, entre mission de coercition et mission humaine.

Pour conclure, Lhuilier (2005) suggère que « les surveillants sont ballottés entre une nécessaire implication personnelle dans la relation aux détenus et la préservation d'une distance et d'un investissement limité à leur égard, entre une attitude de méfiance, de vigilance continue et la confiance indispensable à l'établissement de toute relation personnelle, entre la rigueur d'une position de domination et les nuances d'un rapport de négociation et d'échange, entre un traitement objectivant des détenus à l'identité réduite à leur numéro d'écrou et un ajustement aux personnes singulières ».

.2.6 L'influence des motifs d'incarcération sur la relation

.2.6.1 Du côté des surveillants...

Les trois agents pénitentiaires interviewés ont une réaction défensive et normée lorsque j'aborde les motifs d'incarcération. Dans les trois discours on retrouve, tel un leitmotiv : « *je suis pas là pour les juger [...] ils sont confiés à ma garde je les garde c'est tout* » (l.171) (1), « *on n'est pas là pour juger ça c'est sûr → le juge ne peut pas être gardien* » (l.268) (2), « *je suis là pour le surveiller je suis pas là non plus pour le juger* » (l.133) (3). Tous les trois brandissent leur fonction qui se veut être la première, celle de la surveillance, de la garde, pour se défendre de la potentielle influence de la nature des fautes commises.

Extrait de l'entretien n°1 :

L29 : concernant les motifs d'incarcération, est ce que vous les connaissez toujours ↑

S29 : ça ne m'intéresse pas → je veux pas le savoir → je peux le connaître mais ça m'intéresse pas → pour moi ce qu'ils ont fait pourquoi ça m'intéresse pas → absolument pas → pas parce que je euh j'ai peur de de d'agir différemment si je savais que c'était un violeur d'enfant ou pas non ça m'intéresse pas je suis pas là pour les juger → ils ont déjà été jugés donc euh après ils sont confiés à ma garde je les garde c'est tout quoi ça m'intéresse pas le reste → mais je peux le savoir effectivement je peux le savoir → bon après y a des gars tellement médiatiques quand Mr X il était là y avait pas besoin de ça on avait vu sa tête partout aux informations donc on sait qui c'est on sait ce qu'il a fait hein → mais ça changera rien

L30 : vous dites que l'aspect relationnel que vous entretenez avec les personnes détenues ne serait pas influencé par la connaissance des motifs d'incarcération

S30 : non non non

L31 : vous faites la part des choses

S31 : exactement [silence]

La question que je pose est sur un registre référentiel et pourtant, le premier interviewé répond sur un registre modal (« *ça ne m'intéresse pas* » x4, « *pas parce que j'ai peur* »). Il aborde de lui-même l'hypothèse de l'influence du motif d'incarcération sur un changement de rapport entre le surveillant et la personne détenue pour s'en dégager de façon absolue. Son argument

repose ici sur l'illustration radicale du « violeur d'enfant » ou d'une personne détenue médiatique pour conclure que « ça changera rien ». Mes deux tentatives pour que l'interviewé approfondisse son propos échouent et on observe une radicalisation de son opinion.

Le second interviewé nuance son propos (S25,26,27), il tente de répondre de façon sincère à la question mais il hésite, oscille de façon remarquable entre « *c'est pas que ça pourrait changer mais* », « *non pas forcément* », « *peut-être* », « *euh il y aurait* », « *moi je sais pas* », « *mais euh c'est sûr x3* », « *peut-être pas forcément* », « *on va aller aux extrêmes* », « *je ne suis pas sûr que* », « *c'est sûr que* », « *ça va peut-être créer un blocage* ».

D'un côté, il avance le fait qu' « *il y aurait peut-être un regard différent sur le personne et puis bon →* » et se rétracte tout de suite « *avec le temps on oublie → bon là pour mœurs là pour meurtre pour euh → pour n'importe quoi vol et tout* », en précisant aussi qu'après de nombreuses années d'exercice, « *on s'en fout* ». Son discours est très contradictoire, on peut supposer qu'il s'agit d'un mécanisme de défense. Il alterne entre l'idée que « *c'est sûr* », « *forcément* », « *peut-être* » au niveau relationnel « *ça va bloquer des choses* » car « *il y a quelque chose qui → qui dénature euh la relation* ». En illustrant son aveu à partir de deux personnes médiatisées, il explique que « *c'est sûr que le mec bah il y aura peut-être pas un échange comme il y aurait pu avoir si on avait pas su que c'était lui quoi* ».

Et en même temps, il tente de se défendre de cette idée, de se/me rassurer en soulignant que « *ça c'est je pense que c'est humain* » et « *sur un geste professionnel ça reste professionnel* », « *sans sans non plus que les gestes professionnels ne soient → ne s'en ressentent hein on est bien d'accord hein* », « *mais après voilà le professionnel il est là* ». Il clôt finalement le sujet en assurant que « *maintenant ça n'ira pas au-delà → ça c'est sûr* ». Ainsi, on note l'ambivalence du surveillant qui lui permet de s'assurer une intégrité professionnelle en passant de « *ça va peut-être créer un blocage* » à « *c'est sûr que ça va bloquer des choses forcément* ».

On note également dans la troisième interview une réaction de défense révélée par un discours contradictoire (S22, 23). La surveillante oscille entre « *ça m'intéresse pas plus que ça* » ; « *ça ne va rien changer à mon boulot* », « *c'est pas moi qui vais le juger* » et « *j'échangerai peut être un peu moins* » « *après forcément j'ai mon fond de pensée* », « *j'irai moins à discuter avec lui* », « *le rapport sera certainement pas le même* ». Tout en s'en défendant, elle concède donc

de façon plus ou moins explicite que le motif d'incarcération (« *si c'est vraiment gore* ») influence donc sa relation avec la personne détenue.

Aussi, elle ajoute, comme pour se justifier, que « *toute façon même l'attitude du détenu n'est pas la même* », « *ça se ressent* », « *ils sentent qu'ils ont fait quand même une grosse connerie pas mal* ».

La surveillante a ici tenté d'inverser les positions interviewé/interviewer en m'incluant dans mon discours comme pour qu'il corrobore au sien et qu'elle n'ait plus à se justifier : « *même toi tu dois le ressentir quand tu es euh* » (l.146). Dans cette situation délicate, j'ai quitté ma neutralité en exposant « *oui mais enfin je pense que → enfin comme j'arrive sans a priori → je me pose même pas forcément la question du motif d'incarcération* » (l.47).

Plus tard au cours de l'entrevue, elle établit un lien entre le motif d'incarcération (« *un gros voyou qui braque et tout ça* » (l.363)), et sa façon d'être avec l'individu, à quel point elle va s'investir dans la relation : « *ce sera vraiment le le détenu avec lequel je vais aimer discuter → que une crapule euh qui aura fait du mal tu vois → je veux dire à des gamins tout ça parce que tu sais très bien qu'il recommencera → fin je veux dire le voyou aussi il recommencera mais ils ont la mentalité est pas la même quoi →* » (l.363). Ce serait donc la nature de la faute commise qui déterminerait le mode d'être du sujet (sa personnalité et le risque de récurrence associée), et le mode d'être du sujet qui déterminerait la faute commise.

.2.6.2 Du côté du personnel soignant...

En ce qui concerne les motifs d'incarcération des patients, les infirmières et l'infirmier interviewés ne font référence qu'aux cas médiatiques et donc à l'inévitable connaissance de la nature des faits commis.

Le premier infirmier interviewé garanti que la connaissance occasionnelle des motifs d'incarcération « *ça change pas ma vision des choses* » (I9). Afin de me convaincre de la vérité de son propos, il a recours aux adverbes « *vraiment franchement hein* », « *honnêtement* », « *non franchement* », à l'expression « *j'essaye d'être honnête et objectif* ». Son discours est particulièrement auto-référent, il s'agit de sa propre position « *moi personnellement* », « *ma vision des choses* », « *moi ça change pas ma vision des choses* », « *pour moi* ». Il suggère que ce n'est pas un état de fait inné et universel, mais que lui parvient à, qu'il réussit à, qu'il « *arrive à avoir la même attitude* » avec tous les patients.

Pour l'expliquer, il se réfère au principe d'égal accès au soin pour tous et à sa capacité de mise à distance : « *c'est un public particulier c'est vrai mais après euh je pars du principe que euh on a la chance d'être dans un pays où on a tous → où on a tous l'accès aux soins → tous le droit d'avoir accès aux soins → donc euh → pour moi ça me pose aucun problème de devoir euh soigner des patients qui ont un → passé pénal → plus ou moins fort → que ce soit du voleur de poules à un assassin euh toujours est-il que euh on a une obligation de soin et que j'arrive très bien à faire la part des choses euh entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle donc euh* » (I4).

L'infirmier a recours à un processus de sublimation, l'humour, trait socialement valorisé, qui lui permet de surmonter l'angoisse ou les pulsions agressives que pourraient provoquer la connaissance de certains faits commis par les patients : « *il est mort donc euh [rire] il est mort littéralement dans mes bras quasiment quoi et euh → des fois quand euh je le lâche un peu comme ça whaa oh il connaît Mr X [rire] [...] tu vois on en joue euh → on en joue* » (1.156).

De son côté, la troisième interviewée concède le fait que le principe de neutralité du soignant n'est pas infaillible : « *ça a changé ma façon d'être à l'intérieur → je pense que je ne l'ai pas montré mais intérieurement c'était difficile [...] ça intérieurement j'ai même fait en sorte de bosser de l'autre côté [dans une autre aile] → parce que la première fois j'étais allée dans sa chambre ça avait été euh → perturbant* » (1.29). Elle a donc eu recours à un processus conscient d'évitement comme mécanisme de défense. Néanmoins, pour revaloriser l'image de la soignante idéale, elle insiste sur le caractère unique de ce type situation : « *depuis que je suis là une fois* », « *une seule fois* », « *c'est arrivé une fois en huit ans* ».

L'interviewée précise, par une modalité intentionnelle, qu'elle ne « *préfère pas savoir* » (1.116), puis elle introduit un connecteur réévaluatif, « *d'ailleurs* », et reconsidère son acte en usant d'une modalité déontique cette fois-ci : « *d'ailleurs j'ai pas à le savoir en fait ça me regarde pas* » (1.117). Ainsi, elle cède l'aspect émotionnel à celui du devoir déontologique, du principe de neutralité.

La deuxième infirmière interviewée n'attend pas la fin de mon intervention pour soutenir, à propos des motifs d'incarcération, que « *oh ça non bah non → baaah non [rire] → ça change rien → non ça change rien* » (I26). Puis elle a recours à la préposition « *sauf* » pour poser une

exception. L'infirmière suggère qu'elle tente de démasquer les patients en faisant des hypothèses à propos des faits qu'ils auraient pu commettre : « *bon y en a ça se voit tu le sais de toute façon → enfin tu le sais → tu sais très bien les petits euh les petites frappes les petits dealers euh les toxicos euh enfin tu les devines tu sais d'avance ils ont un comportement vraiment euh → c'est une évidence maintenant au bout de 13 ans → même dans la rue maintenant j'en vois je dis oh punaise alors lui alors ça ça → y en a même euh je les regarde je dis monh celui-là [rire] c'est un pervers → oh nan nan t'arrive à les reconnaître* ».

Les modalités épistémiques utilisées (« *tu le sais* », « *tu sais très bien* », « *tu sais d'avance* »), certaines expressions (« *de toute façon* », « *c'est une évidence* », « *même dans la rue* »), cette science du voir (« *ça se voit* », « *je les regarde* », « *t'arrive à les reconnaître* ») peuvent se rapporter à certaines théories criminologiques anciennes. Par exemple, Giambattista Della Porta, auteur, du *De humana physiognomonia* (1586) élabore une « méthode, qui fait connaître quelles sont les mœurs et le naturel des hommes, par les signes qui sont fixes et permanents au corps, et par les accidents, qui changent les signes ». On y lit un portrait du visage des criminels, comparés à des bêtes sauvages. Dans la même idée, Johann-Caspar Lavater (1845) crée une méthode dans le but de juger l'intérieur d'une personne en l'observant de l'extérieur : « La physiognomie est la science, la connaissance du rapport qui lie l'intérieur et l'extérieur, la surface visible, à ce qu'elle couvre d'invisible ».

Par la suite, l'interviewée adopte une position ambivalente, hésitante (I6) : « *non sur la prise en charge non → j'essaye de prendre la prise en charge elle est tout le temps pour moi elle est toujours pareil → je → après peut être que euh → mais j'essaye toujours de prendre en charge pareil [...] mais euh non en général euh ben c'est pas le motif d'incarcération tout ça qui me fait euh qui me fait changer euh dans la prise en charge* ». Elle explique que c'est davantage son état de fatigue occasionnel qui peut impacter son attention portée au patient, comme « *tout le monde quoi* ».

Cette interviewée est la seule à évoquer le rôle des « coulisses » ou « région postérieure », au sein desquelles les acteurs ont, selon Goffman (1973), la possibilité de « contredire sciemment l'impression produite par la représentation », d'« abandonner sa façade, cesser de réciter un rôle, et dépouiller son personnage ». Ainsi, l'infirmière évoque le rôle de la salle de pause du personnel soignant, qui est hors des regards et réunit le groupe dans un espace spécifique en retrait : « *[...] à l'extérieur par contre euh [rire] je dirai certaines choses peut être qui me voilà [...] oui quand on est en transmission ou dans la salle voilà style euh le 7 de cette enfin euh bon il nous pompe tellement que euh voilà → t'en a marre après tu dis des trucs [rire] ou voilà* ».

quoi des → » (l.357). Les coulisses suscitent des registres de discours sur le mode de l'humour. Elles permettent de verbaliser mutuellement les pulsions agressives adressées aux patients, à l'administration pénitentiaire, à la hiérarchie. En d'autres termes, les coulisses permettent, sur un mode régressif, de délivrer par la parole les tensions consécutives des relations intergroupes. Ces familiarités intragroupes préservent la solidarité et le moral de l'équipe. A l'UHSI, cela permet également une mise à « distance avec une réalité constituée par la maladie, la souffrance et l'angoisse de mort » (Bessin & Lechien, 2002). L'interviewée précise qu'en revanche, « devant le patient c'est toujours pareil [...] mais en général quand je suis devant le patient euh c'est → voilà → [...] je dis ça mais bon non au niveau de la prise par contre quand t'es devant lui tu vas pas lui parler mal ou tout ça non ça c'est pas possible donc euh non là pour moi la prise en charge elle est longiligne tout le temps pratiquement » (l.356). On note une ambivalence puisque les expressions temporelles sont paradoxales : « toujours pareil », « en général », « tout le temps », « pratiquement ».

Majoritairement, les professionnels de l'UHSI tiennent à occulter, de façon plus ou moins ambivalente, le passé délictueux des patients hospitalisés en soignant un patient et non un criminel.

Or, la connaissance des motifs d'incarcération est assez fréquente, et selon les dires des professionnels, par des voies indépendantes de leur volonté, de façon fortuite (affaires médiatisées, bruits de couloir, lieux de détention accueillant majoritairement un public ayant commis le même type de faits, rappel des règles de sécurité, allusions). De façon contradictoire, une soignante évoque son intuition avec l'idée de comportements caractéristiques associés à certains types de faits. Comme le précise Milly (2001), « la négation de cette connaissance semble alors relever d'un déni déontologique, qui exprime une forte tension entre idéal normatif (des professionnels pleinement neutres) et comportement effectif (des professionnels méfiants) ». En d'autres termes, la déontologie telle que les professionnels se la représentent exclue la potentielle influence du motif d'incarcération sur leurs pratiques et représentations. C'est donc dans un discours ambivalent qu'infirmiers et surveillants concèdent, de façon plus ou moins explicite, l'impact de la connaissance des faits commis par les patients-détenus sur leurs actions et leur rapport entretenu avec l'individu. Peut se développer alors un sentiment de culpabilité dû à l'écart entre réalité et idéal.

Des mécanismes de défense comme l'humour ou l'évitement sont mis en place pour évacuer l'angoisse que peut provoquer la connaissance de certains faits commis. Les coulisses, espace transitionnel, occupent également un rôle important dans ce processus de mise à distance de la réalité.

Les soignants évoquent peu l'existence d'une potentielle crainte ressentie à l'égard des patients, qui peuvent parfois avoir commis de terribles faits. Il est reconnu que le personnel soignant est guidé par l'empathie, difficilement compatible avec une forme de crainte envers les patients (Parsons, 1951). Or, la méfiance n'est pas exclue à l'UHSI, mais elle est mise à distance. Milly (2001) souligne qu'il peut « apparaître une contradiction entre l'idéal professionnel de neutralité affective et les sentiments effectifs : il peut ainsi sembler contradictoire de s'avouer professionnel de santé et de reconnaître explicitement une méfiance pour les patients ». En d'autres termes, la perception du patient comme étant potentiellement dangereux est contradictoire avec le principe déontologique de neutralité, pilier de la relation thérapeutique.

A l'inverse, les surveillants (notamment le premier interviewé) insistent sur la caractéristique « dangerosité », comme pour briser l'effet miroir, pour se différencier du criminel, du délinquant. Pour Lhuilier (2005), « il s'agit à la fois de restaurer les barrières qui s'effritent, les limites et les enveloppes psychiques qui concourent à la différenciation entre soi et l'autre, qui permettent de se protéger des effets de résonance de la souffrance des personnes emprisonnées, qui assoient la légitimité du rôle professionnel de ceux qui sont en charge de la sécurité. Distance, séparation, différenciation, sont des principes institués qui protègent le personnel de surveillance de cette vulnérabilité à laquelle le rapprochement pathique l'exposerait ».

.2.7 Les différences des attitudes des patients-détenus à l’UHSI et la maison d’arrêt

.2.7.1 Du côté des surveillants...

Dans chaque discours des surveillants, on lit une différence nette de la relation à la personne détenue selon le lieu d’exercice, à savoir l’UHSI ou la maison d’arrêt : « pas du tout le même contexte que sur une coursive et le même contact » (l.18) (2).

Selon le premier agent et la troisième surveillants interviewés, l’isolement qu’implique l’UHSI tempère les personnes détenues : « *ici ils sont seuls → et l’isolement ça → ça leur pose énormément de problèmes* » (l.71), « *ils vont être moins pénibles entre guillemets* » (l.78) (1), « *dans un centre pénitentiaire où là ils sont plusieurs donc ça a un effet groupe hein comme on peut connaître à l’extérieur et là ils se sentent plus forts quoi alors qu’ici ils sont en chambre seule et ils sont un peu plus tranquilles quoi* » (l.27) (3).

Aussi, ces deux mêmes interviewés mentionnent une position de force qu’ont les surveillants à l’UHSI du fait de leur nombre important : « *quand vous ouvrez la porte d’un établissement pénitentiaire classique ils sont minimum deux derrière la porte donc et face à un surveillant → ici c’est l’inverse on peut être deux surveillants face à un seul détenu le rapport de force est inversé → ça leur pose beaucoup plus de problème qu’à nous* » (l.72) (1), « *il voit qu’on est quand même plusieurs quoi → tu vois il va pas se permettre des choses qu’il pourrait faire sur une coursive [...] c’est l’effet euh l’effet de force quand tu es plusieurs* » (l. 122) (3).

Le deuxième surveillant est le seul qui associe une attitude calme des personnes détenues hospitalisées à la pathologie, et non au rapport de force : « *ici on a à faire à une personne malade donc euh elle est plus à l’écoute même si → on fond de lui-même il est pas forcément d’accord → il n’y aura pas tout de suite la relation qu’on peut retrouver sur une coursive lambda de de confrontation physique* », la « *personne détenue elle a une pathologie → forcément elle va être → plus calme → plus je sais pas → même tempérée ouais elle est plus tempérée → même si sur une coursive c’était le le la la pire des des des personnes qui qui est toujours dans dans l’agressivité verbale ou physique et bah ici elle sera différente* » (l.86).

Comme si la personne détenue avait deux facettes, et que l'hospitalisation à l'UHSI impliquait une dissociation du mode d'être.

Ainsi, le rapport de force qui était décrit comme étant constant en maison d'arrêt est ici négocié puisque l'un des deux acteurs est en position de faiblesse, de maladie. Ce contact peut être déstabilisant pour les surveillants car il a tendance à occasionner plus de compassion que de suspicion. En outre, cela suppose que leur mission de surveillance ne se justifie pas avec la même intensité qu'en centre pénitentiaire. Par conséquent, leur légitimité, la reconnaissance de leur utilité et donc leur motivation peuvent en être affectées.

On peut noter que ce surveillant a tendance, à l'inverse de ses deux autres collègues, à expliquer le comportement de l'individu par des facteurs internes : tandis que la pathologie tempère le sujet, les troubles psychologiques le rendent impulsif (« *ça pète avec un ou deux détenus parce que voilà il y a les problèmes psy* » (l.20) ; « *il a sauté sur notre collègue le 1^{er} surveillant [rires] il a mis un coup de poing et tout au premier surveillant → pour euh des raisons on va dire futiles mais euh → c'était euh → donc là il y avait pas on va dire c'était il y avait quand même un cas psy c'est sûr* » (l.181), « *des gens qui sont incarcérés [...] qui ont pas leur place au sein de la détention [...] alors ça peut être des cas psy* » (l.478), « *les cas psy certes on en a* » (l.497)). On peut y lire une pathologisation des actes puisque ce sont des causes subjectives, individuelles qui expliqueraient la transgression, la rébellion, et non l'insoumission à l'ordre social établi par exemple.

Le deuxième interviewé a également évoqué l'influence des surveillants (ici, le degré de maturité) sur le comportement des personnes détenues : « *les plus jeunes sont des fois un peu plus fous entre guillemets* » (l.116) ; « *c'est pas c'est pas qu'ils vont à la violence ou quoi que ce soit on est bien d'accord mais c'est que bah voilà la jeunesse fait que → il faut que ça bouge* » (l.123) ; « *je pense que c'est quelque chose qui favorise le relationnel entre la population pénale et le personnel de surveillance* » (l.130).

Ainsi, pour chacun des surveillants interrogés, l'exercice à l'UHSI est attractif car il suppose une réduction du stress due notamment :

- à un ratio surveillants/détenus équilibré comparé à celui en maison d'arrêt,
- au temps dont disposent les agents à l'UHSI, qui permet davantage de rapports humains (« *à la Santé y en avait entre 100 et 150 à l'étage donc euh pour un surveillant donc là*

bah c'est sûr que quand j'ai fini de faire un tour je vais pas en refaire un deuxième dans la foulée → donc le temps d'échange euh entre humains est beaucoup plus court » (l.49) (1), « un surveillant d'étage quand vous avez 120 ou 100 détenus à gérer le temps vous l'avez pas ne serait-ce que pour discuter dix minutes vous pouvez pas » (l.141) (2)),

- à leur âge mature ainsi qu'à celui des patients,
- à la pathologie des patients,
- à l'isolement complet des patients (pas de promenade, pas d'activité, peu de cantines, chambres individuelles).

Cette satisfaction des surveillants affectés sur concours à l'UHSI leur vaut en revanche une hostilité de la part de leurs collègues exerçant en maison d'arrêt (voir chapitre 3.2 *Le « sale boulot » versus le « noble métier »*).

.2.7.2 Du côté du personnel soignant...

Les infirmiers également, à l'unanimité, identifient une attitude des patients extrêmement différente selon l'endroit d'exercice, à l'UHSI ou au centre pénitentiaire à l'USMP. En revanche, ils introduisent une nouvelle idée : ce ne serait pas particulièrement la pathologie, le nombre de surveillants, la maturité des agents ou l'isolement mais le lieu en lui-même qui influencerait le mode d'être des patients-détenus.

Ainsi, la deuxième infirmière interviewée remarque qu'en détention : « *c'est plus du tout les mêmes » (l.394), « ils font les kakous [...] c'est pas du tout le même rapport [...] c'est pas du tout pareil » (l.396), « ils font leur cake » (l.409), « ça roule les mécaniques [...] tu vois la différence → de comportement [...] ils gèrent leur truc » (l.402).*

Elle explique que c'est parce que le centre pénitentiaire « *c'est leur milieu → c'est toi qui est chez eux là bas → là eux ils sont chez nous là à l'UHSI » (l.396), « là-haut ils sont en milieu conquis » (l.412).*

A l'inverse, à l'UHSI, « *ils sont tout penaud machin » (l.401), « ils sont plus craintifs ils ont plus peur » (l.412), « ils connaissent pas ils sont pas dans leur élément ils connaissent pas ils savent pas trop comment ça se passe ce qu'on va faire » (l.415).*

De même, la troisième interviewée explique qu'à la prison, « *eux ils sont plus chez eux tu vois ils disent oh c'est une petite nouvelle → ils te → ils te testent aussi c'est pas facile* » (I.202). Seulement, elle nuance son propos en précisant que ce n'est pas systématique : « *mais c'est pas tout le monde non plus hein → tu sais on retient toujours le négatif qu'on a vécu comme si c'était ce qu'il se passait tout le temps mais c'est pas le cas → c'est pas le cas parce que des fois il y en a qui sont ah bah je vous ai connu à l'UHSI comment ça va tu vois il y en a ils sont hyper contents ils voient une tête qu'ils ont vu une fois → on a des retours sympas aussi hein* » (I.206). Encore une fois, cette infirmière cherche à déstigmatiser les personnes incarcérées en soulignant très justement qu'on a tendance à généraliser et n'évoquer que les représentations, les situations négatives.

La loi de 1994 garantit *a priori* les mêmes droits aux patients incarcérés et aux patients en milieu libre. Au cours des entretiens, j'ai abordé la notion de secret, afin d'explorer son existence ou non à l'UHSI.

.2.8 Le secret professionnel (secret médical/secret pénal)

Le secret médical, pilier de l'éthique médicale, vise à protéger la relation singulière entre un soignant et son patient, à préserver l'intérêt du patient. Il est encadré par la loi (article 266-13 du Code pénal de 1994), assure l'autonomisation de la profession et permet d'instaurer un rapport de confiance nécessaire à l'établissement d'une relation de soin. Quand est-il de son respect à l'UHSI ?

A l'UHSI, et de façon générale en détention, on observe des négociations autour du secret médical. En effet, comme le notent Bessin et Lechien (2000), le secret « symbolise les enjeux de la coopération professionnelle, au croisement des visées à l'autonomie et des obligations à travailler ensemble ». Il est à plusieurs reprises comparé au secret professionnel auquel sont soumis les agents pénitentiaires, à savoir notamment la non-divulgence du dossier pénal de la personne détenue (article 10 du code de déontologie : « le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnels, dans les conditions prévues par les lois et règlements »).

.2.8.1 Du côté des surveillants...

Le premier surveillant interviewé assimile le secret médical et le secret professionnel auquel sont soumis les surveillants en ce qui concerne le dossier pénal (« *c'est la même chose* » (I.116)). Pourtant, il concède juste ensuite que le secret médical n'existe pas.

A l'instar de la réinsertion des personnes détenues, il qualifie le secret médical d'« *utopique* » (I.117). L'utopie, d'après le Larousse, désigne un « projet dont la réalisation est impossible », une « conception imaginaire ». Par conséquent, nommer une chose d'utopie revient à la disqualifier et à la considérer comme irrationnelle. Or, ce n'est pas le secret médical en lui-même qui est inaccessible, c'est la conception du soin soumis à des contraintes sécuritaires souvent démesurées qui le rend inatteignable aujourd'hui.

Le premier surveillant interviewé affirme assister aux interventions médicales de type opération. Il évoque cette pratique à plusieurs reprises au fil de l'entretien :

« on va au bloc avec eux je vois leur anatomie complète dans tous les sens y a même des chirurgiens qui nous expliquent ce qu'ils font → c'est marrant ça aussi → euh donc bon le secret médical euh je en tant que surveillant j'ai vu plus de choses dans un bloc opératoire que de la majorité des infirmiers d'ici hein → secret médical ou pas ↑ » (l.117) ;

« secret médical quand on est au bloc opératoire à côté du du type il y en a plus » (l.140) ;

« y a toujours un risque donc tant qu'il est pas endormi on est à côté → et pis même après être à proximité ou toujours dans le bloc opératoire ça dépend de la personnalité qu'on a en face de nous » (l.348)

Or, rappelons qu'à propos du secret médical : « Toute personne prise en charge par un professionnel [...] participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant » (article L.1110-4 du Code de la Santé publique). Cet article est, depuis la loi de 1994 qui transfère la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé, applicable à toute personne privée de liberté.

De plus, la circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, prévoit que quel que soit le niveau de surveillance convenu, « le chef d'escorte doit veiller à ce que les mesures de sécurité mises en œuvre n'entravent pas la confidentialité de l'entretien médical ».

Aussi, le dernier rapport IGAS-IGSJ (Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires) publié en 2015 spécifie l'existence de normes réglementaires imposant une individualisation des dispositifs de surveillance et des moyens de contraintes en fonction de la personnalité et du comportement de la personne détenue concernée.

- Le niveau 1 : « [...] les consultations se déroulent hors la présence du personnel pénitentiaire sans moyen de contrainte » ;
- Le niveau 2 : « [...] la consultation se déroule sous la surveillance du personnel pénitentiaire, respectivement sans, ou avec moyens de contrainte) [...] » ;
- Les niveaux 3 et 4 : « [...] la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyens de contrainte ».

Or, alors qu'une grande majorité des personnes détenues sont assignées au niveau 1, il est reconnu que l'absence du port de menottes et d'entraves ainsi que le respect du colloque singulier demeurent exceptionnels. Le rapport IGAS-IGSJ conclue que « les extractions médicales font l'objet de pratiques sécuritaires systématisées malgré la réglementation en vigueur ». En effet, « la loi, les décrets et les circulaires successives imposent d'ores et déjà une appréciation au cas par cas des situations ». Il est donc aberrant que le surveillant souligne la régulière présence des agents pendant les interventions médicales. Et puis en indiquant que « *y a même des chirurgiens qui nous expliquent ce qu'ils font* » (l.118), le surveillant est provocateur : il indique que même les médecins ne se soucient pas du secret médical, du respect de la dignité de son patient. Ce surveillant semble dans l'entier déni de la dignité des personnes détenues et comme on l'a évoqué plus haut, ce mécanisme de défense pourrait lui permettre une mise à distance de l'humanité de la personne détenue. Cette indifférence, qu'on suppose artificielle, légitime par conséquent sa mission de surveillance à tout prix et en toute circonstance.

A propos de l'existence de la divulgation du dossier pénal des patients aux personnels soignants (de façon qui serait « indirecte » et non systématique), ce surveillant le justifie ainsi : « *de la même façon qu'elles peuvent me dire euh celui-là fais attention il a une hépatite ou il est porteur du VIH euh celui-là ne lui tourne pas le dos* » (l.127). A nouveau, il souligne que le non-respect du secret professionnel va dans les deux sens... toujours dans l'intérêt des professionnels (et non des patients). Outre le fait que le VIH et les hépatites se transmettent par voie sexuelle ou sanguine, que les agents ne manipulent en principe pas de seringue, il s'agit là d'une forme d'accusation envers les soignants. En effet, il admet partager des informations qui devraient rester confidentielles (le dossier pénal), en insistant sur le fait que les soignants en font de même.

J'aimerais noter que le VIH ne fait pas partie des cas de dérogations légales du secret dont fait mention l'article 226-14 du Code Pénal (« le secret n'est pas applicable dans les cas où la loi en impose ou en autorise la révélation »). Aussi, le secret médical est un principe général et absolu et sa violation peut occasionner des sanctions pénales (art 226-13 du Code Pénal), civiles (art 9 ou 1240 du Code Civil) ou ordinaires.

De même, le deuxième surveillant précise que « *sur les extractions par exemple il y a il y a toujours un surveillant en principe qui reste euh euh sur une consultation* » (l.232). On peut se

demander si les agents pénitentiaires ont finalement connaissance de l'existence des normes réglementaires qui dictent une individualisation des dispositifs de surveillance et des moyens de contraintes en fonction de la personnalité et du comportement de la personne détenue concernée. Il n'adopte pas une position radicale comme l'autre interviewé, il ne spécifie pas l'inexistence du secret. On peut faire l'hypothèse d'un mécanisme de défense qui est le déni : *« je crois que le détenu il y a un moment il oublie même qu'on est là → c'est aussi bien »* (l.260).

Aussi, il dit approuver l'existence du secret médical : *« c'est vrai que le secret médical non moi je moi je conçois bien il y a pas de souci → le secret médical euh tout à fait »* (l.254). Et pour appuyer ce propos, dans un mécanisme d'identification, il concède que *« moi ça me ferait un peu suer que si c'était moi le patient effectivement ça me ferait suer qu'il y ait 36 personnes euh → »* (l.255). A travers ces mots, ces mécanismes de défense, on devine un sentiment de culpabilité implicite, (qui n'est pas exprimé, ce qui ne signifie pas qu'il soit absent), lié à la situation du surveillant qui devient voyeur sous contrainte.

A l'instar du premier agent interviewé, le surveillant, dans un processus de défense de l'identité professionnelle, attaque, discrédite le groupe des soignants. Ici, les soignants ne sont pas blâmés de violer le secret, mais d'inciter les agents à dévoiler des informations médicales dont ils ont la connaissance : *« a contrario c'est pareil si des fois ça nous arrive que l'infirmière arrive vers nous sur une extraction dise oh vous savez pas ce que si il a déjà eu un examen et tout ce matin → c'est pas à nous euh → mais on le sait très bien hein si le matin j'avais emmené le détenu sur une extraction je sais pas sur un IRM ou quoi que ce soit je sais très bien que le matin il a passé un IRM je connais peut être un peu les résultats aussi mais c'est pas à moi d'intervenir »* (l.245).

La troisième interviewée n'adopte ni une position provocatrice comme le premier, ni un mode ultra-défensif comme le deuxième. Elle revendique un droit à savoir, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses : *« ah alors oui par rapport à tout ce qui est tu sais les maladies infectieuses tu vois tout des trucs euh où tu peux l'attraper euh ça par contre ouais ça des fois moi j'aimerais bien savoir quoi → ça c'est sûr que ouais → on le sait quand vraiment on pose la question quoi »* (l.254). Une circulaire de juin 2012 légitime la communication d'informations médicales du patient détenu. Or, la violation du secret médical est punie par le droit pénal (article 226-16 du code pénal ; la révélation d'une information à

caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende), ce qui rend la circulaire inapplicable (Valérie Olech, doctorante en droit privé).

L'interviewée ajoute (S27) que « *sinon même moi je devrais pas forcément le savoir quoi → dans la logique → enfin quoique ça dépend quand même hein je veux dire il y a certains trucs où on est obligé de savoir hein* ». Ainsi, elle met en avant une modalité déontique (« *je ne devrais pas* ») contiguë à l'adverbe « *forcément* », qui minimise l'assertion. Elle se réfère au principe posé par la loi, à la retenue éthique : « *dans la logique* ». Puis elle pose un paradoxe : la conjonction « *quoique* » exprime une objection à ce qui vient d'être dit, la locution adverbiale « *quand même* » insiste sur la contradiction, le verbe « *ça dépend* » souligne le caractère variable du principe qui était a priori irrévocable, et l'expression « *il y a certains trucs on est obligé de le savoir* » se réfère au domaine de l'impératif pratique. Elle signale par-là l'indispensable nécessité de violer le secret, sans se rapporter à l'intérêt du patient mais à celui du professionnel, à l'instar du premier agent interviewé.

L'interviewée délivre deux arguments qui prouvent que l'inexistence du secret médical est indépendante de sa volonté, donc de sa responsabilité : « *bon après toute façon on les emmène en extraction on sait dans quel service on va hein → la plupart du temps toute façon on sait pourquoi ils sont là hein* » et « *pis même eux ils t'en parlent assez facilement quoi tu sais ils vont te dire* » (l.163). Les adverbes « *de toute façon* » et « *même* » soulignent le fait que quoi qu'il en soit, elle a la possibilité de connaître la pathologie des patients.

Je tiens à préciser ici que les patients susceptibles de contracter une maladie contagieuse telle que la tuberculose sont systématiquement placés en isolement.

.2.8.2 Du côté du personnel infirmier...

De façon étonnante, le premier infirmier interviewé me demande prudemment ce que j'entends par « secret médical », et suggère que « *je pense qu'il est gardé mais après je peux pas garantir qu'il soit gardé à 100%* » (l.199). Il reproche à la pénitentiaire de chercher à violer le secret : « *la pénitentiaire fait des fois des pieds et enfin essaye de savoir pourquoi ils sont là* » (l.195).

La troisième infirmière interviewée concède l'inexistence du secret médical à l'UHSI : « *c'est vrai qu'on peut pas dire que eux ne sont pas au courant ça c'est évident* » (l.103), « *il faut pas se voiler les yeux hein* » (l.106). Elle parle d'un secret partagé entre le personnel soignant et pénitentiaire en précisant que c'est « *par obligation entendons-nous bien* » (l.109).

La deuxième interviewée s'insurge : « *bah le secret y a pas enfin au niveau le secret médical ça me fait rire hein [...] depuis que maintenant ils vont au bloc et qu'ils reviennent non mais là c'est à mourir de rire le secret médical ils en connaissent plus que nous* » (l.419), « *y a pas de secret médical* » (l.431), « *à l'UHSI le secret médical oui → oui on va dire pour les → sur les textes quoi → mais tu peux pas → tu peux pas même si tu veux euh tu peux pas* » (l.451).

Comme le premier interviewé, elle assure que les surveillants cherchent à avoir connaissance d'informations médicales : « *des fois ils reviennent quand c'est des entrées qui sont pas prévues → et ben ou il vient pour quoi donc euh bah ils nous demandent → oui ils nous demandent → donc euh voilà → secret médical euh t'es censée ne pas leur dire mais ils connaissent déjà euh ils en savent plus que toi* » (l.434).

Les infirmiers font, comme les agents, référence aux patients qui font eux-mêmes disparaître la légitimité de l'existence du secret : « *bien souvent les patients ils parlent d'eux même donc euh souvent les pénitentiaires ils savent pourquoi ils sont là* » (l.196) (a), « *ils discutent même entre le surveillant le détenu il carrément il dévoile au surveillant ce qu'il a hein* » (l.448) (c).

Le secret médical est l'un des fondements caractérisant le groupe professionnel des soignants (Carricaburu et Menoret, 2004). Il est un symbole de prestige souvent défendu de façon absolue par le pouvoir médical, et utilisé comme outil d'autonomisation, d'indépendance et de différenciation vis-à-vis de l'administration pénitentiaire (Bessin et Lechien, 2009 ; Lancelevée, 2016). Pourtant, j'ai identifié dans le discours des infirmiers une minimisation de la valeur du secret médical, davantage utilisé comme un élément jouant un rôle dans la rivalité interprofessionnelle. En effet, il semble que les interviewés se résignent sans émettre de résistance face à l'absence de secret médical à l'UHSI. L'argument selon lequel « tout se sait parce que les patients se confient aux surveillants » est brandi à plusieurs reprises et par les infirmiers, et par les agents pénitentiaires, comme pour expliquer l'inutilité de se démener à préserver le secret médical à l'UHSI. Ainsi, la libre initiative des patients se révèle être l'argument ultime dans le discours des professionnels, puisqu'il justifie les écarts à la déontologie.

Peut-être que le sommet de la pyramide, à savoir les médecins, ont tendance à davantage plaider l'importance du secret médical face à l'intrusion de l'administration pénitentiaire dans leur institution. En effet, au sein d'un domaine professionnel, les individus entretiennent des rapports différents à leur métier et possèdent des valeurs différentes en fonction de leur statut et de leur évolution dans leur carrière (Strauss, 1992).

De leur côté, les surveillants oscillent entre la déontologie et la nécessité que certains éprouvent à briser le secret professionnel en divulguant les motifs d'incarcération lorsqu'ils jugent essentiel de prévenir les soignants (et susciter leur crainte ?) de la dangerosité de certains patients. De plus, la connaissance du dossier pénal confère un certain pouvoir aux surveillants dont ils peuvent jouir pour faire sensation auprès des soignants. En ce qui concerne les informations médicales, les surveillants revendiquent un droit à savoir. On identifie la représentation du *patient* (et non plus du *détenu*) comme individu dangereux.

.2.9 Représentations associées à la prison, à la justice en France, aujourd'hui

Le dernier axe que j'abordais lors des entretiens sollicitait l'interviewé à propos de son opinion sur la prison et la justice en France, aujourd'hui. Le discours produit à cette occasion fût majoritairement riche en représentations.

.2.9.1 Du côté des surveillants...

Le premier interviewé surveillant a un avis tranché : la prison, en France, aujourd'hui, n'est « *pas assez dure* » (1.367). A partir d'un raisonnement déductif, il affirme que, parce qu'il y a un taux de récidive élevé, alors c'est que le système carcéral n'est pas assez dissuasif, « *c'est un échec* » (1.367).

Au cours de l'entretien, sur le ton de l'humour, il imagine un scénario de toute-puissance selon lequel il aurait le rôle de juge. Il suggère qu'en détenant ce pouvoir, il infligerait des peines plus sévères : « *je suis pas là pour les punir parce que je serais beaucoup plus dur que ce qu'ils ont comme peine donc euh vaudrait mieux pas qu'ils me laissent punir [rires]* » (1.255).

Son discours est centré sur ce qu'il entend être son unique fonction professionnelle, « la garde » des personnes détenues. En d'autres termes, il revendique le fait d'être exclusivement « gardien », et ce tout le long de l'entretien : « *on ne fait que de la garde et perso ça ne me pose aucun problème* » (1.90), « *c'est notre métier de garde on s'assure qu'ils fassent leur peine → ils sont condamnés à une peine donc c'est logique de la subir ou de l'accomplir tous les mois* » (1.94), « *honnêtement bon moi la garde ça me suffit largement je m'assure qu'ils fassent leur peine c'est tout* » (1.138), « *ils sont confiés à ma garde je les garde c'est tout* » (1.171). Par rapport à ce rôle, le surveillant se positionne : il semble qu'il tente d'annuler la représentation sociale selon laquelle surveiller est une fonction peu gratifiante. On peut faire l'hypothèse selon laquelle cela lui permet d'accorder un sens à son métier et une image narcissique positive. De plus, cette unique fonction répressive lui permet une identité qui ne se clive pas entre mission de surveillance et mission humaine de sa profession.

D'ailleurs, il revient sur le sujet de la réinsertion -qu'il qualifie de « *grand mot pompeux* » (l.96)- avec fatalisme, passivité « *qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse nous ↗* » (l.371). Il ajoute que « *c'est pas notre métier de surveillant pénitentiaire → pénitentiaire y a quand même le mot pénitence dedans ça doit vouloir dire quelque chose euh → donc euh → faudrait inventer un autre métier peut être pour les → pour les insérer* » (l.371). Ainsi, il justifie son désintérêt pour la réinsertion en précisant qu'il est surveillant *pénitentiaire*, et que ce terme provient de *pénitence*. Le surveillant fait ici référence au sens de la peine.

Dans sa dimension religieuse, le terme *pénitence* renvoie à un sacrement ayant pour objet la contrition, l'expiation, le pardon des péchés par l'accomplissement d'une peine (*poena*, qui signifie souffrance) édictée par le prêtre. Parallèlement, il s'agirait alors d'envisager la prison en tant que lieu de rédemption, de purgation, d'expiation judiciaire et morale des fautes commises. Cela requiert donc de croire à l'amendement par l'enfermement (Perrot, 2001 ; Letterier, 2004).

Le surveillant interviewé insiste sur le flou des missions rattachées à son métier en démontrant que certains rôles qu'on tend à attribuer au surveillant, comme la réinsertion, ne seraient, en réalité pas les siens (« *je vois pas pourquoi on confie ça à la pénitentiaire* » (l.35), « *c'est ce qu'on veut mettre derrière notre métier* » (l.89)).

Le décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant sur le code de déontologie du service public pénitentiaire stipule pourtant que « Le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions pénales. Il contribue à l'insertion ou à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique [...] ».

On peut donc noter une différence entre les comportements effectifs de ce surveillant (« *on prépare absolument pas la réinsertion* » (l.53)) et les modèles normatifs de la profession (« *il faudrait qu'ils arrivent en prison pour que ce soit nous qui les réinsérons* » (l.36), « *c'est ce qu'on nous apprend* » (l.34), « *on nous demande de* » (l.368)).

D'un côté, l'interviewé laisse supposer que la mission de réinsertion ne peut être assignée aux surveillants car les fonctions de sécurité et de réinsertion seraient antagonistes. En effet, si elles caractérisent les deux piliers des politiques pénitentiaires, la surveillance et la réinsertion n'en apparaissent pas moins clivées (Auzoult et Abdellaoui, 2008). Quand l'une de ces missions domine, l'autre demeure en retrait.

De ce fait, il délègue cette mission aux intervenants extérieurs (« *je suis pas un professeur je peux pas leur apprendre des choses déjà ils auraient pas envie d'apprendre des choses avec moi forcément on a les uniformes* » (l.39) ; « *faudrait inventer un autre métier peut être pour les → pour les insérer* » (l.373)). Ainsi, parce que son mode d'action ne s'inscrit pas dans quelque chose de circonscrit (enseignement, formations, activités culturelles et sportives, soin), il dénigre sa participation à la réinsertion et limite sa fonction à la « garde ».

Chauvenet et al. (1994) adoptent un angle de vue différent en expliquant que c'est parce que les activités de réinsertion, d'humanisation des conditions de détention sont confiées à des acteurs extérieurs à l'administration pénitentiaire que les surveillants sont réduits à la seule mission sécuritaire, minimisant ainsi les échanges entre personnes détenues et surveillants.

Parallèlement, l'enquêteur introduit l'idée selon laquelle il est de toute façon impossible et « *utopique* » (l.41) d'« insérer » (et non *réinsérer*, compte tenu de la très fréquente précarité et exclusion pré-carcérale) une personne détenue puisque la commission de l'acte délictueux est l'aboutissement d'une exclusion progressive depuis l'enfance (« *[des gens] qui sont le produit d'échecs successifs tant de l'éducation nationale que du monde professionnel que de la famille et ils arrivent en bout de course en prison* » (l.368)). Il ne s'agit plus ici de souligner l'incapacité des surveillants à participer à la réinsertion, mais l'impossibilité d'insérer une personne incarcérée, comme si l'exclusion était irrévocable. On peut noter ici la présence d'un mécanisme de généralisation de la population détenue, développé plus haut (voir chapitre 2.2 *Description des patients-détenus*) et la notion de déterminisme social. Le surveillant semble expliquer le passage à l'acte délictueux comme résultant de causes extérieures à l'individu : il souligne la responsabilité de l'ordre social, et non un caractère purement intentionnel des fautes.

Considérer que la justice punit l'homme qui commet un acte répréhensible implique l'idée qu'on peut « le corriger, le normaliser et le réinsérer ; c'est également considérer, vis-à-vis du monde extérieur, qu'il faut dissuader les éventuels criminels et protéger la société » (documents d'information de l'Assemblée nationale, 2000).

Or, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle le premier surveillant interviewé décharge sa profession du rôle de réinsertion, et de façon plus radicale qu'il ne croit pas à la possibilité de (ré)insertion des personnes détenues.

Ainsi, la prison viserait à punir l'acte commis. On peut se référer à la théorie rétributive de la peine criminelle prônée par Kant, selon laquelle « la justification de la peine se fonde sur un

pur principe rétributif qui s'enracine dans la loi du talion : rendre le mal pour le mal » (Lapenna, 2011). Le châtement doit donc être équivalent à la gravité de la faute commise selon un critère de proportionnalité, de juste compensation. Il s'agit donc de la notion de vengeance. Et c'est ce à quoi fait référence l'interviewé lors de sa dernière intervention : « *moi j'ai une fille si elle était violée j'aimerais pas que son agresseur prenne quatre ans de prison → et qu'il trouve une gentille infirmière pour lui demander combien y veut de petits pains et des petits beurrés et confitures le matin → ça ça va me mettre en colère → chacun voit midi à sa porte* » (l.406). Le surveillant ne pense donc pas la prison en tant que lieu ayant pour but de réformer les individus ayant commis une faute. Pour l'argumenter, il a recours au pathos par un mécanisme d'identification. Le discours est ici sur un registre modal et au conditionnel. L'interviewé met en scène une situation, évoque un monde éventuel dans lequel son enfant serait victime d'un crime. Il ne se positionne plus du tout en tant que surveillant, mais en tant qu'individu dominé par ses émotions, alors qu'il mettait jusqu'ici en avant un discours de registre référentiel.

D'un autre côté, ce même interviewé avance un lien entre récidive et durée des peines qu'il juge trop courtes pour que l'individu prenne conscience du caractère illégal des actes commis : « *pour la récidive qu'il y a c'est qu'ils ont pas du comprendre au premier séjour ni au deuxième ni au troisième ni →* » (l.390).

Le discours de ce surveillant est ambivalent.

- D'un côté, il suggère fatalement que les prisonniers n'ont jamais été insérés dans la société (délinquance attribuée à une cause sociale, extérieure, environnementale) et qu'il n'est pas possible de les y intégrer puisque la prison est le point final d'une succession d'échecs de la part de l'ordre social ;
- D'un autre côté, il affirme que les peines doivent être plus longues pour mener à la rédemption et ainsi à la réduction de la récidive (les faits commis sont donc issus d'une volonté absolue de l'auteur et non d'une influence sociale).

Encore une fois, il fait référence aux crimes sexuels pour argumenter la nécessité d'écarter les individus déviants (« *s'en débarrasser* ») de la société : « *[...] et puis au moins ça permettrait à la société de s'en débarrasser pendant plus longtemps → voilà on peut faire référence à toutes les agressions qui y a euh sexuelles [...]* » (l.387).

Le deuxième interviewé déplore également le système carcéral mais en pointant ses dysfonctionnements : surpopulation pénale, manque de personnel, individus présentant des pathologies psychiatriques incarcérées. Dysfonctionnements qui, selon lui, ont un impact négatif sur la réinsertion des personnes détenues et qui expliquent une défaillance de la fonction du surveillant pénitentiaire « *je pense qu'on passe pas mal à côté de certaines missions* » (l.476).

Pour cet interviewé, « *pour moi la réinsertion c'est juste euh des mots sur des des feuilles → c'est des mots qu'on met dans les médias pour faire beau pour faire joli* » (l.459). Mais à l'inverse du premier surveillant interviewé, il accuse le système carcéral français et plus largement les politiciens de ne pas donner les moyens pour œuvrer à la réinsertion.

Au sujet des personnes incarcérées ayant des troubles mentaux, il alerte sur l'enfermement qui compense la faillite du système de santé mentale, : « *parce qu'on va vous dire bah oui mais il y n'y a plus de place alors euh dans les centres spécialisés → alors bah il faut quand même qu'on l'écarte de la de la société civile → parce que c'est un danger → et sur une coursive aussi c'est un danger c'est pas évident à gérer quoi → et puis sur une coursive nous on n'est pas psy on n'est pas médecin on n'est pas on n'a pas les traitements on n'a pas → [...]* » (l.480). Aussi, il adopte une position réfléchie, presque militante contre l'enfermement de certains individus « *→ est ce que le mec qui était enfermé dans une cellule de 9m² → ça va pas plus l'enfoncer qu'autre chose* » (l.485), mais en s'affranchissant de la question juste ensuite « *bon après c'est pas mon nous on n'est pas décisionnaire hein on ne fait qu'appliquer* » (l.486). L'interviewé fait ici référence à ce que Renneville (2003) nomme la « collusion asilo-pénitentiaire ». En s'interrogeant sur la légitimité du recours à l'incarcération dans certains cas, on peut identifier un sentiment de culpabilité, d'injustice à garder enfermé en cellule un individu qui n'y a pas sa place.

Par ailleurs, il est évident que l'interviewé a déjà élaboré son opinion à propos de la prison puisqu'il s'est intéressé aux systèmes carcéraux d'autres pays (Russie, Scandinavie, Etats-Unis). Il conclut, par un propos désillusionné : « *il n'y a peut-être pas de solution hein à l'incarcération → c'est peut-être pas il y en a qui vont dire bah là l'incarcération c'est pas humain etcetera etcetera mais il y a un moment où → une personne qui est dangereuse qui est jugée dangereuse il y a un moment il faut aussi l'écarter euh de la société civile donc euh* » (l.498). Il attribue le sens de la peine à la protection de la société en premier lieu.

On peut interpréter son propos de cette façon : ce ne sont que les personnes dangereuses envers leurs congénères qui sont en détention. Ainsi, les théories en criminologies au XIX^e siècle ont défini le sujet délinquant comme étant intrinsèquement un être asocial, inadapté, dangereux. Il s'agit d'une pathologisation du passage à l'acte.

Sous un autre angle, Dreyfus (2001) souligne que, « ce n'est pas tant un acte qui est puni qu'une forme de déviance par rapport aux normes sociales instituées : le fondement du droit de punir est la nécessité de maintenir l'ordre social, quelque chose comme un droit d'auto-défense de la société ». Ainsi, un individu pourrait être jugé comme étant dangereux pas ses pairs parce qu'il n'obéit pas au système de normes imposé par l'ordre social.

Pour finir, la troisième interviewée accuse la justice (« *du tout et n'importe quoi* » (l.330), « *du grand n'importe quoi* » (l.334) de ne pas obéir au principe de proportionnalité des peines (« *celui qui va pas payer sa pension alimentaire et puis tu vas avoir celui qui aura qui aura fait je sais pas qui aura tué → et finalement il va pas prendre énormément par rapport à celui qui aura pas payé sa pension alimentaire* » (l.331)). Finalement, c'est le monde qu'elle juge « *pourri* » (l.339, 340, 350, 355). Cette assertion est répétée plusieurs fois, mais l'interviewée n'approfondit pas son propos.

En ce qui concerne le système carcéral français, elle adopte la même position que le premier surveillant en affirmant qu'il faudrait « *serrer un peu plus la vis* » (l.352). Elle argumente en énonçant des stéréotypes tels que « *on leur laisse faire un petit peu n'importe quoi ils ont quand même des activités euh → tu sais y en a ils rentrent en prison parce que bah voilà pour eux ça va vraiment on va s'occuper de moi et chose qui est vraie hein parce que quand ils sortent ils sont complètement paumés les mecs hein → donc c'est sûr tu vas voir des pauvres mecs mais après t'en as qui profitent du système quoi → tu vois comme le système pour se soigner tout ça → je vais te dire les gens qui sont à l'extérieur ils ont pas ça quoi ceux qui n'ont pas d'argent ils n'ont pas ça quoi* » (l.344). Ici, elle va jusqu'à remettre en cause le système de soin accordé aux personnes détenues et assimile la détention à un lieu où les occupants sont cajolés en comparaison à certaines personnes libres et en situation précaire.

Il n'est pas négligeable de souligner le fait que les personnes incarcérées sont effectivement déresponsabilisées de tous les actes du quotidien : on prend des décisions pour elles et on les leur impose.

La surveillante ajoute que « *le mec il a le droit à plein de choses → il a le droit il a la télé il a tout en fait il a ses promenades* » (1.353) et en conclue ainsi que « *le mec il est royal il fait rien et puis tout est payé par l'Etat quoi* » (1.354). Comme je le décrirai plus loin, la deuxième infirmière interviewée a le même point de vue.

On identifie de façon remarquable dans le discours un sentiment d'injustice selon lequel les sujets désobéissants ne méritent pas la prison car elle est trop luxueuse. Est-ce de la paranoïa ? Un mécanisme de défense permettant de légitimer l'existence de sa profession ? En effet, on imagine difficilement un surveillant pénitentiaire dénoncer le système carcéral et les conditions de détention tout en faisant partie d'un groupe aux valeurs opposées. Cela menacerait l'identité sociale positive du surveillant militant.

L'expression de l'interviewée à propos de la prison « *je trouve que ça devient pourri* » (1.350) n'est pas à entendre comme une revendication pour de meilleures conditions de détention, mais comme la plainte d'un système carcéral qu'elle juge fastueux.

Aucun surveillant ne dresse un portrait satisfaisant de la détention. Les premier et troisième interviewés partagent la représentation selon laquelle la justice est injuste et le système carcéral trop laxiste. Le deuxième interviewé se place en marge puisqu'il est d'avis que l'enfermement aurait davantage de sens si les moyens financiers, humains, étaient fournis par l'Etat.

Mais comment être un acteur de la Justice, du système carcéral lorsqu'on assure ne pas y croire, lorsqu'on discrédite ces deux instances ? Les interviewés ont tendance à se désengager, à se distancier des décisionnaires (« *nous on n'est pas décisionnaire hein* » (1.486) (2)). Pourtant, si l'enfermement est une « décision de justice », ce sont bel et bien les agents pénitentiaires qui le mettent en œuvre, le permettent par la coercition et la surveillance. Au regard du discours du premier interviewé qui prône la garde comme étant son unique fonction, on peut assimiler le surveillant à un « instrument », au même titre que les murs, les barreaux, les miradors, les barbelés, les menottes qui permettent de maintenir les détenus enfermés. Chauvenet (2006) parle de « dispositif guerrier », de « principe de gouvernement par la peur ». Ces agents sont mandatés pour maintenir la relation de force et ils s'exécutent. En cela, il me semble qu'ils ont une responsabilité dans le maintien d'un système carcéral français « *pourri* » (1.350) (3).

.2.9.2 Du côté du personnel soignant...

Le premier infirmier interviewé dit ne pas avoir d'opinion à propos de la justice et du système carcéral en place en France. Il réagit de façon défensive en me retournant la question.

Pourtant, au cours de l'entretien, il évoque la motivation qui l'a conduit à travailler auprès de la population pénale, à savoir la volonté de découvrir par ses propres yeux la zone d'ombre de la société qu'est l'univers carcéral (« *je fais très peu confiance euh à ce qui peut être véhiculé par les médias donc [...] une des meilleures choses à faire c'était de voir par moi-même [...] ça me permet de de faire ma propre expérience et et d'avoir mon avis personnel sur la question* » (1.42)). En parallèle, les deux autres infirmières citent l'envie de changement, la diversité des pathologies comme étant les raisons qui les ont menées à exercer à l'UHSI. De façon étonnante, on peut noter qu'aucun professionnel n'évoque une mission salvatrice ou militante auprès d'un public vulnérable comme étant ce qui aurait pu les conduire à soigner la population carcérale.

Lorsque je demande à l'infirmier s'il existe un écart entre l'image qu'il se faisait de la détention est la réalité, il suggère un lien de cause à effet entre les comportements des personnes détenues et ceux des surveillants pénitentiaires : « *malheureusement euh → si les → euh le comportement des détenus se dégrade je pense que le comportement des agents pénitentiaires se dégrade aussi à du coup en fait c'est un cercle vicieux et et c'est délétère quoi* » (1.55). C'est donc l'administration pénitentiaire et ses pratiques, son idéologie qui est visée (« *il y a une rigueur presque inhumaine* » (1.58)). Il concède ainsi que « *ma vision de de l'administration pénitentiaire avant que je rentre ici ben si je devais faire le comparatif elle est pire maintenant quoi [rire]* » (1.59). Il a donc bel et bien un avis sur la question, mais ma dernière intervention fût trop directe, produisant de la résistance.

La troisième infirmière interviewée déplore le fondement même de la mise en détention, à savoir la privation de liberté : « *l'enfermement c'est terrible* » (1.241), « *ça fait peur* » (1.230). Elle déplore les stéréotypes régulièrement associés au système carcéral « *c'est des conditions quand tu entends les gens qui disent oh oui bah ils sont en détention ils mangent gratuitement ils ont la télé ils sont bien* » (1.230), en suggérant qu'ils proviennent de personnes qui fantasment un milieu qu'ils ne connaissent pas. Pourtant, on peut noter que certains de ses collègues (notamment la troisième infirmière et la surveillante que j'ai interviewées), qui exercent

occasionnellement en ce qui concerne les soignants/ont exercés en détention pour les surveillants, ont eux-mêmes ces représentations.

Cette infirmière interviewée fait preuve d'empathie, d'identification (« *tu te dis mais comment ils tiennent le coup* » (1.247)). A l'instar du premier interviewé, elle évoque un écart entre ce qu'elle avait imaginé et la réalité : « *je me dis tu te doutes que être enfermé c'est terrible mais au point là comme ça non je pensais pas* » (1.245). Enfin, elle suggère un illogisme du système carcéral qui tient enfermé dans un lieu mortifère des individus souvent fragiles : « *enfin je trouve qu'il faut être bien dans sa tête pour tenir le coup et malheureusement tu as beaucoup de gens forcément qui sont pas bien dans leur tête → c'est compliqué* » (1.249).

La deuxième infirmière que j'ai interviewée a une posture radicalement différente de celle de ses deux collègues infirmiers, et similaire à celle de la troisième surveillante interviewée. Elle déplore le système carcéral français qu'elle juge trop laxiste : « *je trouve que c'est un paradis doré la prison maintenant [...] c'est juste un mot c'est un manque de liberté certes mais de liberté vraiment minime [...] c'est la belle vie je vais dire la prison* » ; « *c'est trop [...] facile les fouilles sont plus faites → y a tout et n'importe quoi en détention* » (1.476).

De nouveau, on repère dans son discours un sentiment d'injustice, de rivalité face aux personnes détenues : « *on va pas perdre de l'argent à leur mettre le téléphone alors qu'ils les ont déjà* », « *y a pas de boulot déjà pour ceux qui travaillent pas* » (1.493).

A partir d'un syllogisme, elle déduit que les conditions de détention qu'elle juge confortables expliquent le fort taux de récidive : « *c'est bizarre → si c'était pas si bien que ça la prison → ils ne reviendraient pas → ils reviennent tous donc euh c'est que ça doit pas être si mal* » (1.504).

Pour tenter d'expliquer sous un autre angle la récidive, on peut se référer à Goffman (1968) qui a étudié le processus de dépersonnalisation lié à l'emprise que peut avoir l'institution sur l'individu. La rupture d'avec l'environnement social, les techniques mortifères (tels que le numéro d'écrou) engendreraient un processus de perte de l'identité antérieure à l'enfermement et d'adoption d'une identité de reclus. Ainsi, on peut noter que le rôle de socialisation de la prison est très largement limité de par la dépersonnalisation qu'implique l'enfermement.

A l'instar de la troisième surveillante interviewée, la deuxième infirmière accuse la justice de ne pas respecter le principe de proportionnalité des peines « *quand tu vois que les pédophiles*

ont moins que → qu'un tueur → ben le mal euh → non seulement ils ont violé mais ils ont tué aussi et ils ont moins qu'un tueur → donc là j'ai je comprends pas » (1.509). Ces paroles sont les dernières de l'entretien. Ayant identifié une émotion chez l'interviewée, je n'ai pas osé effectuer une relance qui aurait eu pour but de l'amener à approfondir le lien qu'elle fait entre le viol et le meurtre (« *ils ont violé mais ils ont tué aussi* »). Faisait-elle référence à une affaire en particulier ? A la blessure psychique qu'engendre un viol ?

On retrouve ainsi le mécanisme de défense identifié plus haut, celui du clivage, de la mise à distance qui lui permet ce « *détachement psy complet* » (1.54).

Pour conclure, les représentations sont hétérogènes de part et d'autre des deux groupes de professionnels. De façon résumée et grossière, on distingue plusieurs catégories.

- Le premier agent pénitentiaire interviewé insiste sur le fait que la mission de réinsertion ne fait pas partie des missions associées à son métier... et que de toute façon, la prison est le point final à une succession d'échecs sociaux, que l'individu incarcéré est un "irrécupérable" ;
- La deuxième infirmière et la troisième surveillante interviewée se représentent l'individu incarcéré comme étant un profiteur qui ne mérite pas de telles luxueuses conditions de détentions et insistent sur le non-respect de la proportionnalité des peines. Il s'agit d'une simplification du réel, une façon de donner un sens à l'incarcération.
- Le deuxième surveillant interviewé souligne le peu de moyens accordés à l'administration pénitentiaire, compare le système carcéral français à celui d'autres pays et s'interroge sur le sens de l'enfermement des personnes présentant des troubles mentaux ;
- Le premier infirmier et la troisième infirmière interviewée sont contre le système carcéral actuel. L'infirmier vise la défaillance des agents pénitentiaires et l'infirmière pointe l'enfermement en lui-même qu'elle juge dommageable pour tout individu.

Ainsi, infirmiers et surveillants sont unanimes : le système carcéral français est un échec. Seulement, tous n'ont pas les mêmes représentations associées : pour certains la détention est « royale » ; pour d'autres (pour une autre), elle est mortifère.

Comme on l'a vu au fil des thèmes, la relation interprofessionnelle teintée d'hostilité se glisse régulièrement dans le discours des interviewés. Ce dernier point vise à souligner l'articulation entre les rapports intergroupes et la dichotomie entre certaines représentations associées à ces deux corps de métier.

3. Partenaires particuliers : les relations intergroupes entre soignants et agents pénitentiaires

Le cadre commun que suppose l'UHSI implique pour les deux corps de métiers, soignants et surveillants, de travailler ensemble au carrefour entre soin et peine. Le sujet des rapports intergroupes occupe dans certains entretiens une place plus importante que le public accueilli. De plus, les pratiques, les valeurs de chacun des groupes sont constamment comparées à celles de l'exogroupe comme mode de différenciation.

On peut supposer que les protagonistes, et en particulier les surveillants qui sont en position de tiers entre les patients et les soignants, se sentent observés, jugés. Le regard porté par l'autre profession influence inévitablement les pratiques et les identités professionnelles. Ainsi, on observe le risque d'une « dilution d'une identité professionnelle, potentiellement menacée par le lieu d'exercice » (Lhuilier, 2007).

.3.1 Des relations teintées d'hostilité...

.3.1.1 Du côté des surveillants...

A la question des relations entre surveillants et soignants, le premier surveillant interviewé réagit de façon défensive en m'invitant à donner mon avis (« *[rire]* à votre avis d'après ce que vous avez pu voir » (1.210)) et assure que (S37) « ça s'est beaucoup dégradé », « énormément dégradé », « il y a beaucoup moins d'échanges entre nous maintenant ». L'usage répété des adverbes de quantité soulignent le défaut de collaboration. L'interviewé présuppose une relation de cause à effet : « donc forcément il y a beaucoup plus de tensions ».

L'interviewé insiste sur le non-respect des contraintes de sécurité du personnel infirmier. Il fait référence à la responsabilité qu'ont les agents pénitentiaires de la sécurité de l'équipe soignante « si ça arrivait on me demanderait des comptes à moi pourquoi est-ce qu'il a été frappé et par le détenu » (1.300). Il souligne la difficulté de protéger les soignants des personnes détenues car il semble les associer à des personnes inconscientes des risques qu'elles prennent en soignant

des personnes détenues. Il attribue cet état de fait à l'expérience (« *elles sont là depuis longtemps [...] elles ont l'impression de tout savoir* » (l.330)), à la routine. Il nuance ses propos en ajoutant que les surveillants devraient changer de façon de faire également parce que leur responsabilité est engagée.

« le soin oh c'est le soin le soin oui bah le soin → mais quand y aura une claque qui sera partie euh elles l'auront prise et ce sera trop tard on interviendra mais après → on aimerait bien intervenir avant enfin je trouve → après c'est pas moi qui la prendrait la claque mais → » (l.291)

« elles s'en foutent totalement → parce qu'il n'est jamais rien arrivé → il faudrait qu'il arrive quelque chose pour que leur perception des choses change c'est → dommage parce que → mais à force de crier au loup euh il va arriver un moment où faut qu'on change notre façon de faire aussi nous → tant qu'il arrivera rien tant qu'y en aura pas une qui prendra une claque ou qui se sera fait molester ou → elles changeront pas de comportement → parce que justement elles sont là depuis longtemps parce qu'elles ont l'impression de tout savoir → et pis voilà → c'est comme ça la routine s'installe et on fait plus attention » (l.325)

On identifie bien le ressentiment qu'éprouve le professionnel à l'égard de l'équipe infirmière qui ne prendrait pas en compte la mesure du danger, qui ferait même preuve d'ingratitude, de dénégation des recommandations de sécurité, de négligence « *elles s'en foutent totalement* », « *elles ont l'impression de tout savoir* ». Ainsi, les infirmières seraient si crédules et effrontées qu'elles ne pourraient prendre conscience de l'importance du rôle protecteur des surveillants qu'à partir du moment où elles auraient violemment expérimenté la dangerosité des patients (« *qu'il arrive quelque chose* », « *une claque qui sera partie* » « *qui se sera fait molester* »).

On peut souligner l'emploi ambivalent de l'expression « *à force de crier au loup* », comme si les infirmières ne cessaient de l'alerter alors que c'est l'inverse, c'est *lui* qui, face à leur indifférence, n'a de cesse de les mettre en garde. On peut faire l'hypothèse qu'afin d'être reconnu en tant que protecteur, défenseur, le surveillant se sentirait valorisé si les infirmières le sollicitaient : on porterait de l'attention à sa profession. Aussi, il y a un aspect viriliste, de toute puissance puisqu'il précise « *après c'est pas moi qui la prendrait la claque* ». Également, il indique plus loin que « *de toute façon quoi qu'il arrive on gagnera* » (l.316), ce qui révèle le caractère omnipotent qu'il accorde à sa profession.

Le premier surveillant interviewé suggère aussi que les différences de vocabulaire employé par les deux corps de métier alimentent le conflit interprofessionnel : « *l'inconvénient des soignants c'est que c'est pas des détenus c'est des patients → c'est un rapport ambivalent c'est-à-dire que pour nous ça reste des détenus* » (l.105), « *la guéguerre euh AP CHU euh c'est pas des cellules c'est des chambres euh c'est pas des détenus c'est des patients bon on les appelle comme on veut c'est pareil → moi je suis surveillant pénitentiaire c'est des détenus* » (l.134). On peut supposer que l'interviewé fait également référence aux représentations qui sont différentes : pour les surveillants, malgré l'hospitalisation, les personnes qu'ils surveillent sont uniquement détenues, le statut de patient est occulté ; à l'inverse, les soignants nieraient le statut détenu pour ne retenir que celui de patient.

Enfin, on peut faire l'hypothèse d'une « paranoïa » pénitentiaire (Janicaud, 2013), qui attribue les difficultés d'organisation des agents au despotisme des médecins (« *contraints par les médicaux* » (l.219) ; « *c'est pas leur problème* » x3 en S43 ; « *le docteur a prévu de faire un scanner donc il faut faire un scanner* » (l.246) ; « *chacun voit midi à sa porte [...] eux c'est le soin nous c'est la garde* » (l.249) ; « *ils cherchent pas à comprendre les difficultés qu'on peut éprouver* » (l.257) ; « *c'est visiblement pas leur préoccupation* » (l.259)). En parlant au nom de sa profession, le surveillant explique un ressenti de manque de considération, d'attention de la part des soignants. Il y a une tentation de se défendre des injonctions du personnel médical, et d'un rôle de simple exécutant.

Il introduit l'idée selon laquelle le manque de collaboration nuit aux professionnels (« *chacun râle dans son coin ça fait pas avancer le schmilblick* » (l.270), « *chacun perd du temps* » (l.278)) et à la sécurité mais pas aux principaux intéressés, c'est-à-dire les patients.

Il semble résigné, fataliste face à l'état de ces relations intergroupes : « *c'est gênant* » (l.250), « *c'est dommage* » (l.258), « *c'est comme ça* » (l.259), « *c'est pas grave c'est comme ça* » (l.270).

Dans cette description du rapport de force entre les deux groupes (« eux contre nous »), l'interviewé se positionne au nom de l'institution, au nom de son propre groupe. On perçoit un besoin de se sentir valorisé, entendu, reconnu par le personnel médical et non instrumentalisé.

Sa dernière intervention vise le groupe des soignants en déconsidérant leur fonction, en les associant à des professionnels crédules qui légitiment presque l'acte commis : « *j'aimerais pas que son agresseur [...] trouve une gentille infirmière pour lui demander combien y veut de petits pains et des petits beurres et confitures le matin* » (l.406).

Les deux interviewés suivants sont considérablement plus tempérés. En effet, ils prennent des précautions, tentent de ne pas prendre parti. En fait, les tensions interprofessionnelles semblent être taboues au sein du service. Bien sûr, à l'intérieur d'un même groupe, il est souvent question de l'exogroupe. En revanche, il semble qu'entre membres des deux groupes, qui sont forcément en contact puisqu'ils sont dépendants l'un de l'autre, le sujet ne soit jamais abordé. C'est ce qu'exprime d'ailleurs le premier interviewé : « *se dire les choses même si on se dit merde c'est toujours positif → enfin à mon avis au moins c'est un échange → parce que pas d'échange du tout ça sert à rien* » (1.258).

Le deuxième surveillant interviewé aborde le sujet des relations interprofessionnelles de lui-même et se rétracte. Lorsque je l'invite à poursuivre, il signifie qu'il y a de « grosses » incompréhensions mais appuie, de façon défensive, le fait qu'elles se situent « *des deux côtés hein on est bien d'accord on est bien d'accord je mets pas de je veux pas mettre d'huile sur le feu ou quoi que ce soit hein* » (1.45). D'ailleurs, les deux métaphores qu'il utilise, « *mettre de l'huile sur le feu* » et, plus loin, « *mettre le feu aux poudres* » (1.63) révèlent un vocabulaire relatif à l'explosif, à deux matériaux, deux éléments qui détonent lorsqu'ils sont en contact.

A l'instar du premier interviewé, il évoque la différence de vocabulaire employé par le personnel médical et pénitentiaire : « *c'est aussi bien le médical qui comprend pas forcément les missions de la pénitentiaire et le pénitentiaire qui comprend pas forcément le rôle du médical dans la gestion ben des patients ou des détenus [rire] → des patients pour le médical et des détenus pour le personnel pénitentiaire* » (1.46).

Il explique les incompréhensions en concédant le fait que « *c'est vrai que des fois pour nous ça reste euh les missions du médical restent euh c'est trop vague c'est trop flou* » (1.60) et repose tout de suite le secret médical (« *alors c'est sûr qu'on peut pas rentrer dans les détails hein on est bien d'accord que des fois il y a le secret médical* » (1.62)). Puis, il approfondit son premier propos, qui entre en contradiction avec le principe du secret médical : « *sur des rendez-vous sur un déroulé parce que le protocole on le connaît pas forcément euh le suivi d'un détenu pour une cancérologie particulière ou je sais pas je dis n'importe quoi hein mais nous on n'est pas non plus au fait de tous les protocoles euh pourquoi on l'emmène là aujourd'hui demain on lui fait passer un autre truc* » (1.66).

Pour ce surveillant, il ne s'agit pas d'une rivalité entre soignants et surveillants comme on pouvait le percevoir dans le discours du premier interviewé. Il met en avant une incompréhension, une méconnaissance de l'autre corps de métier qui, inévitablement, ce traduit

par des frictions : « *il peut se creuser un fossé entre le le médical et puis pénitentiaire* » (l.72), « *des distensions* » (l.83).

De même, la troisième surveillante interviewée ne se compromet pas, elle se situe dans une zone hors-conflit (S47) : « *je peux pas dire moi j'ai un bon rapport* », « *j'arrive à comprendre certaines choses* ». Sans désigner clairement quelqu'un, elle concède que « *ce n'est pas le cas pour tout le monde* » et donc qu'il y a parfois « *des problèmes* » ; « *ça dérape* », « *des trucs cons* », « *la zizanie* ». Elle se désengage des discordes et pourtant, on trouve à plusieurs reprises des connecteurs contre-argumentatifs : « *j'ai un bon rapport MAIS* », « *ça se passe bien avec le médical MAIS* », « *je sais m'adapter MAIS* ». De plus, elle nuance ses propos à l'aide d'expressions temporelles : « *ça dépend* » « *des fois c'est vrai que ça peut* », « *a priori j'ai jamais eu trop de problèmes avec eux mais euh → jusqu'à présent [rire]* » (l.316). Elle se repositionne alors dans son groupe de référence en concédant le caractère probable d'une opposition avec le personnel soignant.

Ainsi, pour l'un des surveillants, un rapport de force, de négociation constante, de rivalité caractérise les relations entre les soignants et les surveillants. Dans le discours de cet agent, on note la centralité de la problématique de reconnaissance : les surveillants ne se sentent pas écoutés, considérés, reconnus par les soignants. Ce « manque » a indubitablement des effets sur les processus identitaires groupaux, sur les liens sociaux. Les surveillants sont alors dans un travail de sublimation de leur activité en la valorisant, en la légitimant. Le vécu de persécution décrit par le premier surveillant interviewé met en exergue un trait paranoïaque de la profession, identifié par plusieurs auteurs (Chauvenet, 2006 ; Janicaud, 2013) et décrit dans la littérature comme étant un trait carcéral. Pour Chauvenet (2006), « la paranoïa apparaît comme l'effet en retour de l'importance accordée au secret, à la recherche des intentions cachées et à la défiance qui caractérise le rapport social aux détenus, lesquels vont étendre en miroir ces traits à leurs propres relations ».

Les deux autres surveillants sont sur la réserve, et évoquent une incompréhension entre les deux corps de métiers menant inévitablement à une tension.

.3.1.2 Du côté du personnel infirmier...

Dans les discours des deux premiers infirmiers interviewés, toutes les occasions sont propices à blâmer les pratiques et les valeurs des surveillants : à propos du secret médical (« *la pénitentiaire fait des fois des pieds et enfin essaye de savoir pourquoi ils sont là* » (l.195) (a)), de la façon de s'adresser aux patients-détenus (« *ici ils les tutoient facilement c'est le nom de famille pas de monsieur pas de madame etcetera donc ça c'est pas possible* » (l.134) (c)), des comportements parfois agressifs des patients (« *des fois la pénitentiaire elle apaise pas ces tensions* » (l.259) (a)).

Chacun des interviewés évoque également le poids des contraintes sécuritaires imposées par l'administration pénitentiaire sur la qualité du soin, de la relation soignant-soigné.

Ainsi, lorsque les infirmiers comparent un service en milieu libre et l'UHSI, il est question de la faible marge de manœuvre, de la mince « liberté » d'organisation due à l'administration pénitentiaire. En effet, le premier interviewé souligne le peu d'autonomie de travail qu'offre l'UHSI « *tu gères pas ton temps de travail euh tout seul c'est pas toi malheureusement c'est pas toi qui organises ta journée → tu l'organises euh avec les les obligations et les et euh → l'association d'autres personnes comme bah la pénitentiaire* » (l.14). Les soins infirmiers sont « *freinés* » (l.27) par les contraintes sécuritaires imposées par l'administration pénitentiaire, notamment l'ouverture simultanée de deux chambres au maximum. La présence d'autres intervenants (assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute, aumônier, conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation) remet en cause la rapidité des soins. On retrouve dans le discours de l'interviewé de nombreuses négations et le champ lexical de l'obligation.

Également, la troisième infirmière interviewée fait référence aux contraintes sécuritaires et leur impact sur le relationnel entretenu avec le patient : « *tu te sens plus pressée par le temps parce qu'il y a quelqu'un derrière et parce que des fois bah tu es écoutée aussi → donc c'est vrai que ça restreint un peu le dialogue peut être certaines fois* » (l.21). Elle sous-entend que les contraintes sécuritaires à l'UHSI sont excessives en comparaison à l'USMP, le service médical en centre pénitentiaire (les infirmiers de l'UHSI y effectuent des remplacements) : « *oui c'est particulier ça hein c'est oui oui parce que tu vois ici on nous impose des fois deux agents un agent derrière la porte et moi je vais en détention euh je suis toute seule dans une pièce avec le détenu personne derrière la porte euh → et puis voilà hein → donc des fois j'ai du mal à*

comprendre à cerner pourquoi ici c'est comme ça et pourquoi est-ce qu'en détention c'est autrement » (l.177).

Il existe une incompréhension face à l'exigence d'être deux (une infirmière et une aide-soignante) pour pouvoir pénétrer dans la chambre des patients car cela peut impacter les soins (« → *alors quand tu fais des soins tu fais pas toujours ce que tu veux quand tu veux donc des fois bah tu vois une chimiothérapie tu as des horaires bien précis c'est tant de temps → pis l'autre fois une collègue a fait la chimio comme y avait le fait qu'ils voulaient pas qu'on rentre seules qu'il fallait être deux bah elle n'a pas pu faire tout comme il aurait fallu en respectant tu vois » (l.181) (c)*) et également l'ambiance au sein du service (« *deux infirmières enfin deux personnels soignants euh pour une ouverture de porte → ça c'est ok mais pour donner une bouteille d'eau ou un truc comme ça euh c'était pas ça quoi → ça n'a jamais été ça → et ça ils nous l'ont imposé tout cet été avec le manque de personnel qu'on a eu donc là c'est pour ça que je suis un petit peu tendue » (l.239) (b)*).

Cette dépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire crée ainsi un sentiment de persécution, de tyrannie. L'inverse est vrai aussi puisque les surveillants se sentent soumis au despotisme du personnel médical.

En fait, ces contraintes sécuritaires sont perçues par les soignants comme une privation d'autonomie et de liberté de s'organiser, et une soumission aux exigences parfois non-justifiées de l'administration pénitentiaire. Cette interdépendance est source de nombreuses frustrations, incompréhensions et rivalités. Comme le précise Milly (2001), « c'est un rappel tant des contraintes du milieu pénitentiaire que de la différence entre ce milieu et les autres milieux médicaux ». Également, cette dépendance aux surveillants remet en question la valeur sacrale du droit à la santé puisqu'elle impacte sur la qualité, la rapidité des soins. Bazex (2009), suggère le fait que les soignants s'identifient au vécu des personnes incarcérées à propos des règles de sécurité.

Par ailleurs, les premier et troisième interviewés évoquent des cultures professionnelles différentes entre le groupe des soignants et celui des agents pénitentiaires : « *on n'a pas été élevés sous les mêmes règles euh → eux ils ont été élevés sous les règles de la sécurité et nous on a été élevé sous les règles de la → de la bienfaisance → de la bienveillance [...] on n'a pas été faits dans le même moule [rire] » (l.98) (a)* ; « *on n'est pas éduqués comme ça non plus*

dans notre profession heureusement » (l.135) (c). La troisième infirmière parle d'une « éducation », pour faire référence à une transmission des valeurs au sein d'un groupe.

A l'instar de la troisième surveillante interviewée, la dernière infirmière adopte une posture hors-conflit, faut preuve de réserve : « *il faut faire en sorte que ce soit harmonieux → donc euh ça peut l'être mais il faut que chacun y mette du sien → et puis il faut → il faut être diplomate » (l.167).* Également, elle cherche de nouveau à ne pas généraliser les pratiques et les valeurs du groupe, comme elle l'a fait en ce qui concerne les personnes détenues : « *c'est pareil c'est suivant sur qui tu tombes → tu as des agents pénitentiaires qui vont chercher à ce que ça roule bien et puis tu as d'autres euh moins mais ça relève de la personnalité de chacun aussi » (l.169).*

La deuxième interviewée fait référence aux agents pénitentiaires dans un discours particulièrement modal : « *ce qui me gêne le plus c'est euh c'est les **prises de tête** avec les pénitentiaires qui me font euh [souffle] me dire que punaise ils font chier il y en a marre ou euh voilà quoi [elle sourit] alors que ça peut être si simple de travailler ensemble et puis on se prend la tête pour des trucs euh → ou ON te prend la tête parce que euh [souffle] c'est pour rien quoi c'est →», « *c'est c'est à qui pourra **titiller** l'autre quoi » (l.57).**

De plus, elle met en exergue dans son discours une paranoïa, un sentiment de persécution caractérisant le fonctionnement des surveillants : « *quand tu vois qu'ils te font 'fin même eux les pénitentiaires ne font pas confiance → en ce qu'on dit → ils remettent toujours en cause → style vous avez appelé euh pour euh voir si on serait pris et ben euh ils nous remettent en cause ils nous disent qu'on l'a pas fait alors qu'on vient de le faire quoi → ou des choses comme ça ou là-bas euh 'fin ils voient toujours la faille **la faute c'est nous** → et pas les autres → nous on leur explique → et bah non √ c'est jamais euh ça peut pas être les autres ça **c'est systématiquement nous on l'a fait exprès** → c'est un truc de fou » (l.215). On peut noter que l'infirmière semble s'enliser dans une posture de victime d'injustice et avec les personnes détenues, et avec sa hiérarchie, et avec l'administration pénitentiaire.*

Le premier infirmier interviewé dépeint de la même façon un trait paranoïaque des agents pénitentiaires : « *tu t'attaques à un mur parce qu'il faut **réussir à les convaincre** que c'est important qu'il faut vraiment que le patient il ait son examen et → comme ils sont → dans une espèce de **paranoïa** ils → certains **sont persuadés qu'on fait ça exprès pour les embêter** » (l.106). Il va même jusqu'à évoquer une relation de rivaux aspirants chacun à la position de dominant « *personne ne veut euh ne veut laisser penser qu'il se soumet qu'il se soumette à l'une ou l'autre des deux institutions » (l.119).**

Les interviewés décrivent donc un rapport clivé, teinté d'incompréhension (« *on bosse ensemble c'est ça moi je comprends pas j'ai jamais compris → je n'ai ja-m-ais compris* » (l.114)) et de paranoïa entre les deux groupes, entre les deux cultures professionnelles.

Malochet (2009) distingue deux axes caractérisant une culture professionnelle : l'un technique (les pratiques professionnelles), l'autre axiologique (les valeurs du groupe professionnel). En effet, on identifie un clivage entre les pratiques professionnelles (surveiller/soigner) et les valeurs (contrôle/bienveillance) des surveillants et des soignants.

Sous un autre angle, Bessin et Lechien (2002) suggèrent qu'on peut identifier un système d'opposition socialement construit entre féminité et masculinité qui s'applique à ces deux groupes : hommes/femmes, peine/soin, répression/bienveillance, brutalité/douceur, coercition/écoute, surveillance/humanité, détenus/patients, environnement mortifère/environnement sûr, cellules/chambres, bruit/silence, ombre/lumière, uniforme bleu foncé/blouse blanche, saleté/propreté, menaçant/vulnérable, criminel/malade.

On observe donc dans les discours et des infirmiers et des surveillants un « choc des cultures ». La cohabitation est vécue comme étant imposée et non enrichissante et il s'instaure alors une distance qui induit une méconnaissance de l'autre et, par conséquent, des rapports hostiles et suspicieux entre les professionnels. L'existence des UHSI suppose, en effet, une intrusion dans l'institution hospitalière d'un tiers voyeur, coercitif ; et la pénétration depuis la réforme de 1994 du système de soin dans l'institution carcérale, remettant ainsi en cause les pratiques passées de l'administration pénitentiaire. Pourtant, les membres des deux groupes doivent collaborer puisqu'ils dépendent les uns des autres et sont engagés dans la même situation (Bessin, 2003). Or, cette relation de dépendance est mal vécue par chacun des groupes de protagonistes, qui voient leur journée rythmée par des contraintes spatiales et temporelles strictes dictées par l'autre institution (ouverture des chambres par les surveillants, programmation des escortes en fonction des examens médicaux, surveillance de nuit des patients présentant un risque suicidaire par les surveillants).

Ces tensions pèsent sur l'ambiance de l'institution, instituent une atmosphère de plaintes et de déconsidérations, chacun de son côté. Les protagonistes se situant volontairement hors-conflit (notamment la 3^{ème} surveillante et la 2^{ème} infirmière interviewées) tentent une négociation en fonction des affinités entretenues avec les membres de l'exogroupe.

.3.2 Le « sale boulot » versus « le noble métier »

La dichotomie entre « le noble métier du soin » et le « sale boulot » (Hughes, 1971, Lhuilier, 2005), instaure une opposition dans les identités sociales associées à chacun des deux groupes et joue un rôle sur les relations interprofessionnelles.

Le personnel infirmier est valorisé, reconnu, applaudi par des collègues travaillant en milieu libre parce que l'univers carcéral suscite des fantasmes, des représentations d'abomination (« *certaines sont admiratifs parce qu'eux ils pourraient pas le faire* » (l.130) (a), « *mais je pourrais pas mais comment que tu fais* » (l.317) (b), « *ça va c'est pas trop dur / t'as pas peur / [rire]* » (l.159) (c)). Notons que c'est le public qui est stigmatisé est non les contraintes pénitentiaires. Aussi, les patients sont fréquemment reconnaissants envers les soignants (« *ils nous voient avec bienveillance et euh ils sont contents du des soins qu'on leur apporte → du relationnel qu'on leur apporte → souvent on a des mots de remerciement* » (l.74) (a) ; « *on a des retours sympas aussi* » (l.210) (c)). L'équipe médicale est investie positivement par les patients comme étant le « bon » objet, en opposition aux surveillants. Dans les relations interprofessionnelles, on retrouve cette idée du « mauvais objet » pour désigner les agents pénitentiaires.

En fait, la fonction de surveillant n'est pas particulièrement gratifiante puisqu'elle suscite parfois des projections péjoratives de la part de la société, de la part des personnes détenues, et de la part des intervenants extérieurs. Les surveillants à l'UHSI subissent en plus un dénigrement de la part du personnel médical, et de la part des agents exerçant en centre pénitentiaire.

En effet, dans l'opinion publique, les surveillants, les gardiens de prison, les geôliers suscitent parfois des échos négatifs. D'autant plus qu'ils ont à leur garde des personnes qui apparaissent comme des rebus sociaux parqués dans des lieux dissimulés en dehors de la ville, sales, surpeuplés, où la violence et les trafics de tout type sont routiniers. De plus, on imagine aisément la représentation du surveillant malveillant, jouissant de son autorité sur le détenu pour délivrer ses pulsions agressives (Lhuilier, 2005). Dans l'imaginaire collectif, le crime fait peur, la prison fait peur et tout ce qui l'entoure également (Chauvenet, 2006). C'est d'ailleurs l'un des sens de la peine : la dissuasion.

Le premier surveillant interviewé fait remarquer que le système carcéral est l'objet de projections négatives, et que sa profession est délaissée : « *la prison intéresse peu en France c'est pas un sujet euh très vendeur → si ponctuellement quand y a les surveillants en grève quand y a une prise d'otage oui on fait suivre mais autrement en règle générale suffit de voir le budget de la justice consacré à l'administration pénitentiaire euh on a tout de suite compris hein → on est une toute petite ligne* » (l.378).

D'autre part, en détention, les agents sont surnommés par les personnes détenues « les porte-clés », « les matons », « les cowboys », et sont régulièrement accusés d'exercer un pouvoir arbitraire. La troisième surveillante interviewée rapporte un quotidien d'insultes (« *ils sont à leur fenêtre c'est des insultes euh pratiquement en permanence quoi* » (l.110)). L'image du surveillant véhiculée au sein de l'institution carcérale est négative ; il s'agit du « mauvais rôle » celui du castrateur qui surveille, signale, enferme. Les personnes incarcérées « ne peuvent qu'imputer la violence de leur condition aux professionnels qu'ils côtoient le plus directement : les surveillants » (Bessin et Lechien, 2002).

Lorsque j'ai demandé au premier surveillant interviewé la façon dont il avait l'impression d'être perçu par les personnes détenues, il a mis en place un mécanisme de déni massif (S10) : « *je ne sais pas* » x3, « *je ne me suis jamais posé la question* », « *je ne peux pas vous répondre* ». Après ces négations, il a justifié cette incapacité de répondre ainsi : « *parce qu'en fait je m'en fous en même temps qu'ils me perçoivent comme ils veulent c'est leur problème c'est pas le mien → moi je fais mon boulot* ». Il s'agit de façon évidente d'un mécanisme de protection de l'image narcissique. A ma relance « *l'image que ces personnes peuvent vous renvoyer de vous-même ça vous...* » (l.67) qui avait pour but l'approfondissement de ce propos, il a répondu de façon radicale « *absolument pas non → non → pas du tout* » (l.68).

De plus, à l'UHSI, les surveillants sont en contact quotidien avec le personnel soignant, qui, lui, a le bon rôle, celui du soin à l'autre, de l'écoute, et qui, d'après les discours des agents, défierait l'autorité de l'institution pénitentiaire (cf. le discours du premier surveillant interviewé). Les surveillants se sentent relégués au statut d'exécutant (Fatome, et al., 2001) sous les ordres d'une institution extérieure à l'administration pénitentiaire. En d'autres termes, ils se sentent instrumentalisés par les professionnels de santé. Là où c'est le discours médical qui apparaît comme étant le plus légitime (Bessin, 1995), les surveillants sont assignés à un rôle de tiers profane, voyeur dans la relation sacrée patient-soignant. Leur travail au sein de l'institution hospitalière auprès de patients affaiblis apparaît moins légitime qu'en centre pénitentiaire, et la reconnaissance d'autrui en est ainsi diminuée.

Enfin, les surveillants exerçant à l'UHSI sont dénigrés par leurs collègues en centre pénitentiaire. Ils sont « *mal perçus* » (1.360), qualifiés de « *privilégiés* », de « *feignants* » (1.363) (a), de « *glandeurs* », qui « *se la coulent douce* » (1.179) (c) et d'autres « *noms d'oiseaux* » (1.363) (a), notamment à cause de leur fort effectif comparé en maison d'arrêt. Le premier surveillant explique cette dépréciation par une méconnaissance des missions des agents exerçant à l'UHSI, et le deuxième surveillant par la jalousie que les autres pourraient avoir de ne pas avoir réussi le concours pour être agent dans le service hospitalier. Cependant, la troisième surveillante concède qu' « *ils ont pas tout à fait tort non plus* » (1.182), que « *c'est plus cool* » (1.34). L'exercice à l'UHSI est vécu, et par les personnes détenues, et par les surveillants, comme un « espace de repli hors de la détention » (Lancelevée, 2016). Dans les discours des interviewés, j'ai identifié deux aspects qui rendent l'UHSI attractif pour les surveillants : les conditions de travail (qui les font passer pour des feignants auprès des autres professionnels) et le port de l'arme. Ce dernier point semble valorisant (« *tout le monde n'est pas apte à porter une arme → même en tant que surveillant [...] il y a des gens qui ont peur de l'arme il y a des → c'est pas des militaires c'est pas des policiers c'est pas des gendarmes* » (1.409) (2), « *tu as quand même le port d'arme tu as tout ça hein je veux dire c'est pas non plus n'importe quoi tu sais que ça tue quoi* » (1.261) (3)) mais le premier surveillant interviewé relativise -avec regret- cette caractéristique : « *on est armé m'enfin bon on va pas s'en servir on n'a pas le droit [moue réprobatrice]* » (1.231) (1).

Ainsi, les surveillants sont les grands oubliés, ils exercent un métier qu'ils estiment peu considéré, mal reconnu et peinent donc à défendre leur dignité professionnelle... Et d'autant plus à l'UHSI, où ils sont dévalorisés en plus par le personnel médical et par leurs collègues travaillant en centre pénitentiaire. Certains des surveillants font valoir la part d'humanité de leur travail (notamment le surveillant n°2), d'autres, peut être les plus anciens, la rejettent totalement et ne revendiquent comme unique mission que la « garde » (par exemple le surveillant n°1).

Dans ce contexte, il peut être difficile pour les surveillants de maintenir une identité sociale, professionnelle positive. D'ailleurs, il a été identifié chez les agents pénitentiaires une relation entre le burnout syndrome et une faible estime de soi (Masclat et Mineures, 1999).

Le collectif, l'appartenance groupale permettent de diminuer cette menace identitaire omniprésente et de réguler l'estime de soi. Ainsi, les surveillants de l'UHSI mettent en place un mécanisme de valorisation de leur activité au regard du système de valeur propre à leur profession (par exemple, le fameux leitmotiv « on n'est pas là pour juger »), maximisent la

différenciation avec le métier de soignants, et cela se révèle par de multiples paradoxes identifiés dans les discours des professionnels que j'ai interviewés. D'ailleurs, on peut noter que la politique carcérale actuelle est elle-même marquée par la contradiction : enfermer plus d'individus, pour des durées de plus en plus longues, dans une perspective ultra-sécuritaire mais tout en humanisant les conditions de détentions dans une perspective de réinsertion.

LIMITES, AUTOCRITIQUES, **REMARQUES**

1. Représentativité

Dans ce travail, j'ai réalisé une enquête par entretien, qui est une méthode qualitative et comme le soulignent Beaud et Weber (2008), « les entretiens n'ont pas pour vocation d'être représentatifs ». En effet, les six infirmières, infirmier, surveillante, surveillant que j'ai interrogé ne sont pas représentatifs d'une population mère, d'autant plus que ces enquêtés ont été mobilisés sur la base du volontariat et non de façon aléatoire. Participer à cette étude suppose d'être à l'aise avec la parole, de ne pas avoir une représentation du métier de psychologue teintée de méfiance. Il y a donc un biais de sélection.

De la même manière, l'analyse des entretiens a eu, plus que de réduire la complexité du réel, pour objectif de « révéler la complexité des phénomènes à l'œuvre, d'en montrer les mécanismes, les logiques, les consubstantialités, les connexions et les imbrications et éventuellement les liens de causalité » (Kivits et al., 2016).

Mon étude n'a donc pas l'ambition d'être généralisable au personnel de l'UHSI concernée, et encore moins aux huit UHSI que compte la France.

2. Les refus

Ayant sollicité les professionnels interviewés sur la base du volontariat, j'ai inévitablement essuyé plusieurs refus de participation. Au-delà du sentiment de rejet ressenti, j'ai cherché à comprendre le motif de ces refus. Ainsi, j'ai exploré : l'influence de la présentation du cadre, le conformisme intra-groupe, l'impact de ma position de stagiaire psychologue, l'angoisse d'intrusion et la peur du regard d'autrui.

.2.1 L'influence de la présentation du cadre

Pour commencer, je me suis penchée sur la qualité de la présentation du cadre contractuel. L'exposition de la recherche a-t-elle été mal présentée ? Les explications du motif et de l'objet de ma demande mal formulées ? Le fait de poser le cadre doit permettre d'instaurer un lien de confiance, un savoir commun entre les interlocuteurs. Mais accepter le principe de l'interview sans espoir de contrepartie (une rémunération par exemple), sans pouvoir discuter, ni remettre en question le cadre implique pour l'informateur de se soumettre à « un impératif psychologique, social, scientifique ou politique » (Blanchet et Gotman, 1992). Il n'est pas question, pour l'interviewé, de négocier ce contrat. Par conséquent, l'enquêteur jouit d'une position d'autorité (c'est lui qui dirige l'entretien) et l'enquêté d'une position de soumis.

En présentant l'objectif de l'entretien (voir chapitre de la partie *Méthodologie*, 2.5 *Le cadre contractuel*), je précisais le thème de la recherche dans une version simplifiée : « [...] *j'étudie le fait, pour les agents pénitentiaires et les soignants, de travailler auprès de personnes incarcérées-malades, malades-incarcérées [...]* ». Il était donc question d'un thème familier pour les professionnels, engageant leur expertise, mobilisant des représentations, des logiques déjà élaborées, déjà pensées, déjà réfléchies. Le discours est plus ou moins préconstruit, car le thème est en mémoire active (Blanchet, et Gotman, 1992). Il me semblait que cet état de fait faciliterait l'engagement des professionnels.

Pourtant, la présentation du cadre de l'entretien a suscité des résistances, et notamment du côté des surveillants pénitentiaires (hommes ; je précise que je n'ai demandé qu'à une femme surveillante et qu'elle a accepté). La plupart du temps, il s'agissait d'un « non », sans fioriture, sans explication. Pour d'autres, le refus était justifié par le manque de temps.

Pour un surveillant, un manque de compétence a été avancé : « je ne saurai pas faire ça, je serai mauvais ça ne servirait à rien »... Véritable dévalorisation ou faux alibi ? Dans tous les cas, mon essai de réassurance ne fut pas concluant.

Du côté du personnel infirmier, l'un d'entre eux souhaitait lire la liste des questions qui lui seraient posées avant d'accepter ou non l'interview. Le fait d'avoir précisé que l'entretien ne correspond pas à un questionnaire l'a persuadé de refuser de participer. J'ai d'ailleurs remarqué que les personnes qui ont accepté d'être interviewées étaient celles qui ne semblaient pas suspicieuses, méfiantes quant à l'étude.

Bien sûr, lorsqu'on m'avait dit « non » je ne tentais pas de convaincre. Il me semble que cela aurait conduit à des résistances massives, comme par exemple suspendre une interview avant la fin, ce qui n'est pas arrivé.

.2.2 Le conformisme intra-groupe

D'autant plus qu'à plusieurs reprises, j'ai dû chercher un volontaire *dans* un groupe. En effet, les surveillants sont rassemblés au PIC -Poste d'Information et de Contrôle-, un espace exigu ouvert installé en plein centre du service. Attirer leur attention ne fût donc pas facile : sous-entendus déplacés et sentiments de gêne étaient au rendez-vous. A plusieurs reprises, j'ai été confrontée à ce scénario : je présente le cadre de l'étude ; les agents échangent des regards, l'atmosphère est hésitante, l'humour est utilisé en guise de défense ; à partir du moment où un agent refuse, alors invariablement, tous les agents refusent, par conformisme. En psychologie sociale, il s'agit du processus nommé influence majoritaire (voir Blanchet et Trognon, 2008). En effet, chacun des agents s'accorde avec l'ensemble du groupe, on observe alors une convergence des avis. Ce phénomène de dépersonnalisation contribue à préserver l'illusion d'unité, de cohésion du groupe.

.2.3 Ma position de stagiaire psychologue à l'UHSI

De plus, appartenant à l'exogroupe, c'est-à-dire à l'équipe des soignants (puisque'étant en stage auprès de la psychologue), j'ai pu être perçue comme « une espionne » ayant, par exemple, pour objectif de mettre à jour les faiblesses du groupe. Ainsi, ma personne représentait une menace d'intrusion. Peut-être aussi que mon étiquette de future « psy » a renforcé cette menace. En

effet, il me semble que les représentations du psychologue oscillent entre deux extrêmes, qui peuvent d'ailleurs tout à fait coexister : la fonction inutile, superficielle, inefficace du psychologue ; *versus* le psychologue omniscient, tout-puissant, en position de tout-sachant, qui posséderait le pouvoir de pénétrer le psychisme d'autrui. Le psychologue suscite de nouveau une menace d'intrusion, au niveau individuel cette fois. Autrement dit, on fantasme le psychologue. Dans son image dégradante et/ou omnipotente, il est susceptible de refléter du négatif. Par mesure de protection, plus ou moins consciente, on évite donc de l'approcher.

.2.4 L'angoisse d'intrusion

Et puis, de façon générale, l'entretien implique, pour celui qui s'y soumet, une angoisse d'intrusion. En effet, cela nécessite de s'exposer, se dévoiler, se révéler, voire se compromettre (sans aller jusqu'à se confier en assimilant l'interview à un entretien psychologique). Blanchet et Gotman (1992) identifient deux raisons expliquant les résistances produites lors d'un entretien. La première concerne la notion d'objectivation : il s'agit pour l'enquêté de passer d'un registre implicite, pensé, à un registre explicite, déclaratif. En d'autres termes, l'entretien nécessite une mise en mots de ce qui jusqu'ici allait de soi, une objectivation de ce qui est intériorisé. La seconde cause porte sur et le concept de régionalisation des représentations (Goffman, 1973), selon lequel la mise en mot des représentations est influencée par les circonstances spatio-temporelles, l'identité de l'interlocuteur, le cadre de l'échange.

.2.5 La peur du regard d'autrui

Par ailleurs, les refus peuvent provenir d'une crainte de servir de cobayes, de voir sa propre personne et ses conduites évaluées, analysées et jugées par la recherche. Cette peur du regard d'autrui est une suspicion légitime. Pourtant la reconnaissance de la part de l'enquêteur, la position haute que l'informateur occupe (il détient le savoir qu'il va transmettre, selon son bon vouloir, à l'intervieweur) ne sont-elles pas valorisantes ?

.2.6 Et pourtant...

Pourtant, malgré mes divers échecs, et ce par deux fois, des agents pénitentiaires indépendants à la pression du groupe ont accepté de participer à l'étude. Par la suite, j'ai préféré rechercher des volontaires de façon discrète, isolée, ou dans un moment d'inactivité, en seul à seul. Et finalement, six professionnels, à la fois en position de dominant (détenant les informations dont j'ai besoin) et de dominé (se pliant au cadre imposé) ont accepté de prendre du temps pour me livrer leurs croyances, leurs représentations, leurs opinions.

3. L'entretien, un jeu d'interactions

.3.1 L'activité cognitive de l'interviewer

Mener un entretien n'est pas une affaire commode. En effet, l'interviewer est assailli par de multiples impératifs concomitants à l'écoute attentive dont il fait preuve : imaginer des stratégies pour mener l'interviewé à approfondir son énoncé, préparer des relances pertinentes en fonction du discours produit, recentrer le discours vers l'objet, émettre et tester des hypothèses, interpréter des indices...

Ainsi, Blanchet et Gotman (1992) modélisent l'activité cognitive de l'interviewer : prise en compte des perspectives référentielle (qu'est-ce qu'il me dit des choses dont il parle), modale (qu'est-ce qu'il me dit de ce qu'il en pense) et illocutoire (qu'est-ce qu'il me dit de ce qu'il cherche à accomplir comme acte à mon égard) du discours de l'interviewé.

Le traitement de l'information est guidé par les hypothèses de recherche et met en œuvre des opérations de sélection et d'inférence.

Ainsi, lire des livres de méthodologie et préparer une trame ne rendent pas moins imprévisible l'entretien. En effet, l'interaction est une expérience incluant des données inconnues, sources d'incertitudes et nécessite de s'adapter à son interlocuteur. Le processus interlocutoire est une expérience risquée mais permet au chercheur d'obtenir un matériau riche de sens.

.3.2 Les expressions faciales dans le processus interlocutoire

Par ailleurs, en lisant des recommandations selon lesquelles « l'interviewer ne doit manifester ni approbation ni réprobation ni surprise », « garder une certaine distance », « ne pas s'engager personnellement » (Loubet Del Bayle, 1989), je me suis grandement interrogée sur mon degré de neutralité faciale lors des entretiens.

Ainsi, les expressions faciales peuvent, intentionnellement ou non, se rapporter à une opinion, à un accord ou à un désaccord ; ce qui est susceptible de mener à une radicalisation des propos de son interlocuteur, à une résistance.

Or, on sait que la capacité de contrôle des expressions faciales est acquise tôt, avant même la scolarisation. Dans leur article, Ceschi et Scherer (2001) donne l'exemple des enfants de 4 ans, qui dissimulent une expression de déception face à un cadeau qui leur déplaît en présence de l'adulte qui leur a offert. En revanche dans un cadre privé, ils extériorisent toute leur émotion en ouvrant le même cadeau (Cole, 1986).

Cette acquisition précoce a une fonction intra-individuelle, puisqu'elle permet la gestion des émotions, et une fonction interindividuelle, c'est-à-dire la gestion de l'interaction sociale (Saarni et Weber, 1999). En d'autres termes, cette compétence de suppression intentionnelle des expressions faciales permet notamment la régulation des interactions.

De même, l'habileté de discrimination des expressions faciales apparaît très tôt. A partir des premiers jours suivant la naissance, grâce à ses interactions avec son entourage, le bébé reconnaît progressivement et met du sens sur les expressions faciales d'autrui (Leppänen & Nelson, 2006, 2009 ; Nelson & de Haan, 1997 ; Saarni, Campos, Camras, & Whiterington, 2006 ; Walker-Andrews, 1997, 2008 ; Widen & Russell, 2008). Au cours de la première année, le bébé adapte peu à peu ses réponses visuelles et faciales en fonction de l'expression faciale de son interlocuteur (Bayet, Pascalis, Gentaz, 2014 ; Desrochers et al., 1994 ; Klinnert, 1984 ; Klinnert et al., 1986 ; Lavallée et al. (2012) ; Mumme, Fernald, & Herrera, 1996 ; Walden & Ogan, 1988).

Ainsi, dans le contexte d'entretien, l'interviewé discrimine et adapte sa réponse en fonction des expressions faciales de l'enquêteur ; ce dernier est capable de dissimuler ses expressions faciales afin de ne pas communiquer une opinion à son interlocuteur.

Parallèlement, j'ai remarqué que réagir corporellement face à l'enquêté (froncer les sourcils, sourire, avoir un visage étonné) fonctionne comme une relance. En effet, les indices comportementaux donnent des repères à l'informateur pour l'amener à poursuivre son propos, à argumenter son opinion, à approfondir sa réflexion. De plus, en tant que feedback, ils témoignent de l'engagement de l'interviewer, de l'attention qu'il porte aux paroles de son informateur. Kaufmann (2011) précise d'ailleurs que « Ce n'est que dans la mesure où lui-même s'engage que l'autre à son tour pourra s'engager ».

Ainsi, il ne s'agirait pas pour l'interviewer d'afficher une expression radicalement neutre et distante mais d'être véritablement -et discrètement- présent. D'ailleurs, Anne Gotman (1985) assure que « Rien ne sert de s'effacer, de regarder de biais, de baisser les yeux, de prendre un

air modeste, de se faire tout petit et oublier, nul ne croira que vous n'avez pas d'opinion sur le sujet qui vous occupe, ni préférence aucune ».

En revanche, rien n'empêche l'enquêteur de dissimuler une expression faciale désapprobatrice, et d'en simuler une de surprise par exemple (c'est d'ailleurs ce que j'ai pratiqué à plusieurs reprises afin de nuancer voire cacher ma propre opinion).

Pour conclure, l'interviewer influence inévitablement les propos de l'interviewé. En effet, même si l'entretien produit à première vue un matériau spontané, il n'en est rien puisque « tout discours produit par entretien est co-construit par les partenaires du dialogue, en fonction des enjeux de communication et des interactions à l'œuvre dans l'interlocution » (Blanchet et Gotman, 1992).

4. La neutralité fantasmée

.4.1 La stagiaire psychologue pas si neutre que ça...

Le terrain sur lequel j'ai réalisé mon étude, l'UHSI, est marqué par un clivage des relations interprofessionnelles entre les soignants et les agents pénitentiaires. Etant en stage auprès de la psychologue, revêtant une blouse blanche pour aller voir les patients, demandant aux surveillants de m'ouvrir les chambres-cellules... J'étais, par les professionnels, clairement associée au groupe des soignants. Je n'étais donc pas perçue comme neutre et en dehors des enjeux des « camps rivaux », comme aurait pu l'être un enquêteur extérieur. D'ailleurs, Bizeul (1998) explique que « un terrain marqué par l'antagonisme entre groupes peut faire soupçonner le chercheur d'être un allié ou un acolyte du groupe adverse, ce qui risque de rendre impossible son acceptation, de contrecarrer son recueil d'informations ou d'entraîner des ennuis pour lui-même et pour ceux qui lui apportent de l'aide. [...] Alors même qu'il aimerait connaître les points de vue de ceux d'en face, il est forcé le plus souvent de s'en abstenir ».

Également, des auteurs comme Boltanski (1982) remettent carrément en question la façon dont j'ai (été contrainte) de procéder (notamment demander l'autorisation aux supérieurs) : « [...] je me méfiais par-dessus tout de l'interview en bonne et due forme, accomplie sur le lieu de travail, avec la bénédiction de l'entreprise et ses dirigeants. Il suffit, en effet, d'avoir un tant soit peu l'expérience de ce genre de situations, pour savoir qu'elles ne sont pas favorables à l'instauration de relations confiantes et fructueuses entre l'enquêteur et son informateur ».

.4.2 Et pourtant, il y a des avantages à ne pas être quelqu'un de complètement extérieur au service...

Pourtant, au fil des entretiens, j'ai remarqué l'avantage à être « collègue » des professionnels, comme une surveillante interviewée m'a nommée. En effet, sans ma blouse, j'ai eu l'impression d'être davantage perçue comme un visage familier, une étudiante bienveillante à qui on pouvait fournir une aide et apprendre des choses sur l'environnement carcéral ; voire même une jeune oreille naïve qui écoute, ne juge pas, absorbe les paroles et s'en nourrit. D'autant plus auprès

des agents pénitentiaires, qui ne se sentent pas écoutés par les non-surveillants. Plusieurs professionnels (notamment une infirmière et une surveillante) sont allés jusqu'à me confier des aspects de leur vie privée. Peut-être que mon étiquette de future psychologue a influencé cette particularité ? Cet aspect a pu, à certains moments, me plonger dans une confusion, m'amenant à m'interroger sur ma position de non-soignante durant l'entretien (notamment lors de débordements émotionnels de l'enquêté : comment réagir de façon bienveillante tout en restant neutre ?).

.4.3 Oublier ses opinions ?

Également, les auteurs suggèrent aux enquêteurs d'être ouvert, d'accueillir positivement le discours de l'interviewé, de lui laisser penser qu'on s'intéresse pleinement à lui en tant que personne. Globalement, l'enquêté est placé en position d'exception, et il doit pouvoir exprimer son opinion sans risquer d'être jugé. Ainsi, « pour parvenir à s'introduire dans l'intimité affective et conceptuelle de son interlocuteur, l'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions et catégories de pensée » (Kaufmann, 2001). En effet, l'enquêteur qui livrerait ses opinions et ses positions quitterait du même coup le champ sacré de la neutralité. Scénario catastrophe que serait un enquêteur militant du parti opposé ! Inévitablement, cela aurait pour effet une résistance de la part de l'interviewé ou une radicalisation des opinions.

L'interviewer doit donc bien garder son objectif en tête : faire parler l'enquêté, surtout sans le juger et sans chercher à adopter un rôle moralisateur.

Pourtant, ce n'est pas toujours simple d'entendre sans réagir des opinions totalement opposées aux siennes, de résister au fait d'amener l'interviewé à nuancer ses propos, comme on le ferait lors d'une discussion informelle. Notamment en tant que militante depuis plusieurs années au Genepi, une association qui milite pour le décroisement carcéral et le respect des droits de l'homme en prison, j'ai trouvé frustrant de ne pas pouvoir introduire des idées, des questionnements nouveaux afin de faire émerger de nouvelles représentations (pas plus justes que celles des interrogés, mais différentes).

.4.4 Le poids des mots

Également, l'enquêteur doit veiller à ne pas chercher à confirmer ses hypothèses de recherche en orientant les sens de ses questions, ce qui constituerait un biais de confirmation (« on trouve ce qu'on cherche »). Pourtant, lors de la transcription de mes entretiens, j'ai remarqué deux maladresses.

Premièrement, lorsque je m'adresse à un soignant, il est majoritairement question de « patient » ; lorsque je m'adresse à un surveillant, il est principalement question de « personne détenue », ce qui a influencé sans nul doute leur discours et plus particulièrement la façon dont ils ont par la suite nommé les... patients, ou personnes détenues. J'ai donc, inconsciemment, reproduit l'un des clivages qui organise les relations entre l'administration pénitentiaire et l'équipe médicale.

Je précise ici que, lorsque je souhaitais mettre en avant l'aspect pénal du patient, je parlais de « personnes détenues » et non de « détenus », pour souligner le fait que ce sont des individus différents les uns des autres, dont l'identité n'est pas « prisonnier », qu'ils ont eu, ont et aspirent à une vie sociale en dehors de la prison et sont temporairement incarcérés.

En y réfléchissant a posteriori, je n'ai pas trouvé d'expression neutre pour désigner les patients-détenus ou détenus-patients (l'une ou l'autre de ces appellations mettant en avant l'une des deux identités : une personne détenue qui se fait soigner / une personne se faisant soigner et qui par ailleurs est incarcérée), mis à part « population soignée à l'UHSI », ce qui ne me semble pas très spontané.

.4.5 Forcée à se positionner

Également, j'ai plus ou moins été contrainte à prendre parti en ce qui concerne la relation tendue entre l'administration pénitentiaire et l'équipe soignante. En effet, les interviewés m'ont particulièrement sollicitée à propos de cette épineuse question : 1er interviewé : « [rire] à votre avis d'après ce que vous avez pu voir » (l.210) ; le deuxième interviewé aborde le sujet spontanément ; 3ème interviewé : « mais t'as déjà entendu parler je suppose [rire] » (l.314) ; 4ème interviewé : « bah toute façon tu vois bien toi hein » (l.125) ; le 5ème interviewé évoque de façon spontanée le caractère conflictuel des relations ; 6ème interviewé : « je sais pas ce que tu en penses toi » (l.173). Ainsi, quatre enquêtés sur six m'ont invitée à réagir, à donner mon

avis à propos de du sujet des relations interprofessionnelles. Il s'agit d'une réaction de défense, d'une tentative de prendre la main sur l'interview, une tentative à ce que je réponde moi-même à mon interrogation. Difficile de rester neutre dans ces cas... J'ai donc acquiescé ou esquissé sans les approfondir de rapides réponses, puis recentré le propos.

.4.6 Ma subjectivité dans l'analyse

Enfin, en ce qui concerne l'analyse, Quivy et Van Campenhoudt (1995) : « les méthodes d'analyse de contenu obligent le chercheur à prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées, et, en particulier, des siennes propres. En effet, il ne s'agit pas d'utiliser ses propres repères idéologiques ou normatifs pour juger ceux des autres, mais bien de les analyser à partir de critères qui portent davantage sur l'organisation interne du discours que sur son contenu explicite ».

Or, j'ai conscience que mes analyses et interprétations, malgré mes efforts, n'échappent pas à ma subjectivité, c'est-à-dire à mon propre rapport au monde, également à mes lectures, à mon regard militant de « genepiste ». Par exemple, en rédigeant mes hypothèses, je me suis aperçue que j'ai tendance à idéaliser l'équipe des soignants, dont j'ai fait partie pendant sept mois et auprès de laquelle beaucoup de psychologues de façon générale travaillent... ce qui a pu biaiser ma démarche.

La psychologie sociale explique ce biais auquel j'ai été soumise en définissant certains concepts : la « catégorisation sociale », « l'appartenance groupale », « l'ethnocentrisme ». En m'y référant, je vais tenter d'expliquer comment ma position de stagiaire en psychologie à l'UHSI a pu influencer mon travail.

Durant mon stage, j'ai instinctivement effectué une opération de catégorisation sociale, phénomène mobilisant des « processus psychologiques qui tendent à ordonner l'environnement en termes de catégories [...] » (Tajfel 1972). Plus précisément, la catégorisation sociale donne lieu à une structuration, à une systématisation –et donc à une simplification – de l'environnement. A l'UHSI, j'ai repéré trois unités : le corps médical ; les agents pénitentiaires ; les patients-détenus.

Pendant 7 mois, j'ai fait partie de la catégorie des soignants, j'ai donc « appartenu » temporairement à ce groupe. Or, d'après une expérience menée par Tajfel et Wilkes en 1963,

l'appartenance groupale amènerait à exagérer les différences existantes entre les membres de groupes sociaux différents et à renforcer les similitudes entre les membres d'un même groupe social. De ce fait, j'ai pu juger les deux groupes « soignants » et « surveillants » comme étant plus différents l'un de l'autre qu'ils ne le sont réellement. De même, j'ai pu, à l'intérieur de chacune de ces catégories, accentuer les similitudes entre les membres respectifs, et donc exagérer l'homogénéité des représentations intra-groupales par exemple.

Ainsi, si les membres de chacun des deux corps de métiers sont soumis à ces phénomènes décrits par la psychologie sociale, j'y suis également car j'ai fait moi-même partie d'un des deux groupes, celui des soignants - même si j'ai essayé de bien différencier mon identité d'étudiante préparant un mémoire, sans blouse, avec celle de stagiaire psychologue au sein du service, en blouse, au chevet des patients.

Pour conclure, malgré mes lectures attentives de multiples livres portant sur la méthodologie de l'entretien et mes efforts pour mettre à distance, le temps de l'interview, mon identité de stagiaire psychologue à l'UHSI, des biais ont inévitablement influencé mon travail. En revanche, le fait d'en avoir conscience permet de limiter leur poids.

5. Ethique

Des questions d'ordre éthique m'ont tourmentée au cours de mon étude.

.5.1 Lecteurs, qui êtes-vous ?

Suite à un entretien particulièrement éprouvant avec une professionnelle du service, je me suis posée la question de l'identité et du nombre de lecteurs de mon travail. En effet, durant l'entrevue, l'interviewé m'a confié des éléments de l'ordre de l'intime, du privé. Aucun des ouvrages que j'ai consultés ne mentionnait les conditions justifiant de déroger à la règle de la transcription *verbatim*. Les éléments en question ne servant pas nécessairement à l'analyse des représentations et pratiques, j'ai décidé, après avoir recueilli plusieurs avis, de simplement supprimer de la transcription les éléments me semblant trop intimes.

En revanche, un autre interviewé aborde l'impact de son choix de métier sur sa vie de famille : je n'ai pas supprimé le passage car il m'a paru certes personnel, mais trivial. Bien sûr, cela ne relève que de mon jugement, de mon ressenti.

Et puis, un interviewé, au détour d'une discussion informelle, m'a demandé de lui faire lire mon mémoire une fois mon travail achevé. Sans hésiter, j'ai répondu positivement. Ethiquement, il est évident que si l'interrogé le souhaite, il peut consulter l'étude à laquelle il a contribué. Pourtant, les autres interviewés sont ses collègues, et malgré l'anonymat garanti, chacun à l'UHSI sait qui a été interviewé ou a les moyens de le savoir. Même s'il n'est pas question que l'annexe contenant les transcriptions soit transmise, des passages, parfois abordant des sujets délicats (tels que le rapport conflictuel entre l'administration pénitentiaire et le personnel médical), sont mentionnés dans le travail. Peut-être, si cela convient à l'interviewé qui sollicite le chercheur, ne faut-il transmettre que les conclusions.

D'ailleurs, on admet que l'étude des pratiques et représentations de groupes a priori antagonistes font que « les chercheurs courent le risque d'être pris soit pour les avocats des gardiens ou pour les défenseurs de la cause des détenus [ici, des soignants] » (Montandon et Crettaz, 1981). Il ne s'agirait pas, en faisant lire mon travail, d'alimenter le conflit intergroupe des surveillants et des soignants.

.5.2 La citation d'extraits d'entretien

D'ailleurs, une autre interrogation éthique concerne le fait de citer des passages des entretiens transcrits dans mon travail pour ensuite les commenter. Est-ce que cela n'altère pas le principe de singularité des entretiens, l'importance de les considérer dans leur globalité, leur entièreté ? Etant donné que j'étudie le discours, il me paraît essentiel de faire voir au lecteur le discours analysé, de m'appuyer dessus pour argumenter et illustrer mes propos. En effet, ne pas laisser de trace de la parole de l'interviewé, ce serait nier les données sur lesquels j'ai fondé mon analyse.

Dubar et Demazière (1997) soulignent le fait que le chercheur qui cite des extraits tend à assimiler le discours oral de l'interviewé à sa transcription écrite, en occultant l'écart que crée le passage de l'oral à l'écrit. Archad (1994) va jusqu'à affirmer que « la simple transcription change profondément le statut des paroles transcrites, les met « hors scène » et leur donne valeur de faits attestés, dont la matérialisation permanente assure l'existence objective. L'écrit a valeur de preuve ». Autrement dit, la parole retranscrite n'équivaut pas au langage oral, et le chercheur a tendance à (se) masquer cette évidence.

Dans son étude, Milly (2001) suggère que « dans une perspective subjectiviste, il semble important que l'acteur maîtrise cette objectivation ». Il a proposé aux interviewés une lecture de l'entretien transcrit, et la possibilité de modifier, corriger des propos s'ils le souhaitaient... Ce que je n'ai pas fait ; d'abord parce qu'aucun interviewé ne me l'a demandé, ensuite parce que j'aurais craint que ne me reviennent des discours saturés de norme. L'analyse n'aurait eu ici plus guère de sens. En revanche, en cours d'entretien, un enquêté m'a mandé la non-retranscription de ce qu'il venait de me confier ; j'ai obtempéré sans hésiter.

J'ai donc utilisé, interprété la parole brute, immédiate, à l'état de nature, non réfléchi à l'avance, imparfaite des enquêtés... non sans me poser la question de l'éthique.

.5.3 Où est passée la parole des principaux concernés ?

Enfin, et comme l'écrit si justement Lancelvée (2015) : « Pourquoi avoir si peu écouté directement la parole de celles et ceux qui se débattent derrière les murs des prisons, se plient à ses contraintes, se rebellent contre ses privations, contournent sa surveillance, s'appuient sur ses quelques ressources pour préparer l'avenir ? »

Comme cette auteure, je regrette le fait de ne pas avoir (pu) donné la parole aux principaux concernés, à la fois patients de l'UHSI et détenus d'un centre pénitentiaire. A la fois prisonniers et malades. Leur regard à propos du service, des différents professionnels, du système de soin en détention, de l'institution carcérale, de l'appareil judiciaire aurait sans aucun doute enrichi l'étude et offert un angle de recherche peu exploré.

DISCUSSION, CONCLUSION

L'UHSI est marquée par des ambivalences : soin/peine, malade/détenu, hôpital/prison, éthique médicale/déontologie de la justice. Au sein de ce service, deux corps de métiers collaborent : l'équipe soignante, et les agents pénitentiaires. Pour reprendre la distinction proposée par Hughes (1996) et reprise par Lhuilier (2005), la première profession peut être assimilée à la « tâche noble » (soigner) et la seconde assignée au « sale boulot » (surveiller). Entre les deux, le public accueilli est instrumentalisé : il devient, à son insu, objet des rivalités interprofessionnelles, tour à tour nommé détenu, puis patient ; tutoyé et vouvoyé ; surveillé, entravé et soigné, considéré comme à la fois dangereux et vulnérable (Bessin, 2009).

J'avais supposé que les deux corps de métiers entretenaient des relations tendues, que les représentations intergroupes étaient clivées, et homogènes au sein d'un même groupe. Qu'en est-il ?

Les représentations intragroupes...

L'analyse des entretiens montre qu'il existe des représentations communes au sein d'un groupe.

Comme l'expliquent Blanchet et Trognon (2008), les groupes possèdent des normes qui conduisent à l'homogénéisation du groupe. Les membres sont soumis à de puissantes pressions vers l'uniformisation des pratiques, valeurs et représentations du groupe. Il s'agit du mécanisme d'influence normative qui conduit l'individu à se conformer aux normes établies par le groupe.

Par exemple au sein du groupe des surveillants, la norme est l'usage du tutoiement à l'égard des personnes détenues pour instaurer une relation d'égal à égal. Au sein de l'équipe infirmière, l'usage du vouvoiement est témoin d'un respect, d'une neutralité affective. Également, dans un souci de déontologie de déstigmatisation de l'UHSI, les soignants tiennent à investir le patient de la même façon qu'ils le feraient en milieu libre. De même, au sein de ce dernier groupe, le déni du statut pénal est rationalisé par le principe d'égalité des soins (Bazex et al., 2010).

Lhuilier (2005) suggère que « L'appartenance à un collectif de travail et/ou à une communauté professionnelle ne permet pas seulement la mise en commun des défenses. Elle donne accès à une référence identificatoire qui contribue à la différenciation des places et des rôles, à l'espace

où se reconstruit le sens du travail (reconstruction nécessitée par l'épreuve de réalité que comporte toute activité) et la validation – légitimation des pratiques de chacun. S'y "tricotent" les trames symboliques qui permettent de se saisir d'une part du réel et de domestiquer les résonances fantasmatiques de la relation avec "l'objet" du travail ».

D'un point de vue psychanalytique, on pourrait parler de désir d'affiliation, d'illusion groupale (Anzieu, 1981). Ici, le sentiment d'appartenance permet de poser un cadre signifiant pour le sujet, qui légitime les pratiques et les représentations à la fois individuelles et sociales.

... qui alimentent le conflit intergroupe

Les représentations sociales permettent également d'effectuer des comparaisons intergroupes et interpersonnelles, favorisant ainsi le maintien d'une identité sociale positive. Abric (1994) souligne ainsi que « La représentation de son propre groupe est toujours marquée par une surévaluation de certaines de ses caractéristiques [...] dont l'objectif est bien de sauvegarder une image positive de son groupe d'appartenance ».

En effet, d'après une expérience menée par Tajfel et Wilkes en 1963, l'appartenance groupale conduirait à une accentuation des différences intergroupes et des similitudes intragroupes. Ces écarts sont évaluatifs, ce qui conduit à une valorisation de l'endogroupe (ou in-groupe, ou groupe d'appartenance ou de référence) par rapport à l'exogroupe (ou out-groupe). En d'autres termes, il s'agit de l'ethnocentrisme/ favoritisme intragroupe, phénomène se traduisant par un clivage entre le « bon groupe », dont le sujet fait partie, et le « mauvais groupe ». De ce fait, chacune des deux catégories « soignants » et « surveillants » se jugent comme étant plus différentes l'une de l'autre qu'elles ne le sont réellement. Parallèlement, à l'intérieur de chacune de ces catégories, les membres accentuent les similitudes intragroupes.

Ainsi, grâce à leurs représentations sociales, les groupes affirment leur singularité, justifient leur existence, se valorisent. Les représentations sont donc un instrument identitaire, puisqu'elles participent à l'élaboration identitaire du groupe (Bellelli, 1987 ; Moliner, 1993). On a donc affaire à une dimension collective et non individuelle de l'identité.

Bataille (2000), dans la même idée, définit la notion de représentation professionnelle, comme des représentations sociales « construites, dans le cadre des actions et des interactions professionnelles, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant

à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ [...] ».

A travers les entretiens, on remarque bien à quel point les interviewés comparent leurs représentations et pratiques face à l'autre groupe, et ce particulièrement en ce qui concerne les formules de politesse ou le secret médical. Ainsi, ils mettent en avant une pratique appartenant à une « culture professionnelle », en cloisonnant le « nous » (idéalisé) et le « eux » (dévalorisé). Les infirmières et l'infirmier, à travers le vouvoiement, revendiquent une idéologie professionnelle qui leur permet de se distinguer positivement des surveillants pénitentiaires et de proposer aux patients une relation privilégiée.

De même, le conflit sur l'appellation « patient » ou « détenu » est symptomatique car il clive le bénéficiaire de l'UHSI et alimente la rivalité interprofessionnelle. Il met en évidence le fait que « la place accordée au bénéficiaire au sein du dispositif devient un objet d'appropriation professionnelle [...] ce n'est plus la personne qui fait l'institution, mais bien l'institution qui façonne la personne » (Bazex, 2009).

De même, tandis que les soignants procurent des soins dans des chambres, les surveillants ferment à clé des cellules. Ce conflit symbolique permet à chacun des deux groupes -au tiers indésirable (la catégorie des surveillants) et à celui qui s'est vu imposer ce tiers (le personnel soignant)- de se différencier respectivement de l'univers hospitalier (géographiquement, l'unité se situe au CHRU et non au centre pénitentiaire) et carcéral (barreaux aux fenêtres, contraintes sécuritaires). En d'autres termes, les professionnels figent leur conflit sur des territoires symboliques pour revendiquer leur identité groupale constamment menacée par l'exogroupe, pour légitimer leurs représentations et ainsi maintenir une identité sociale positive.

Également, le secret médical est, dans le discours des infirmiers, davantage investi comme un outil de distinction morale bafoué par le groupe des surveillants qui en « savent plus que les soignants », que comme une exigence éthique.

Le conflit et la défaillance dans la communication intergroupe conduisent, dans les discours, à de nombreuses contradictions, à la mise en œuvre d'une « paranoïa », associée à des sentiments de persécution et des opérations de projection. Dans un fantasme d'omnipotence, chacun des groupes cherche à dominer l'autre (par exemple, à travers les contraintes sécuritaires), et s'efforce de ne pas se soumettre au despotisme de l'exogroupe. Les échanges intergroupes sont marqués par la méfiance, la négociation et la recherche de pouvoir sur l'autre groupe.

Enfin, il semble que chaque groupe se caractérise moins par l'unité que par le conflit et la rivalité qui l'opposent à l'exogroupe (Bucher et Strauss, 1992).

Des représentations hétérogènes intragroupes

J'avais émis l'hypothèse de l'existence de représentations homogènes au sein d'un même groupe, du fait de l'influence normative groupale, et du conflit intergroupe. Or, l'analyse des entretiens a mis en évidence des représentations et des pratiques parfois hétérogènes au sein d'un même groupe de professionnels.

En effet, du côté des infirmiers, le refus de soin –et donc, de façon plus générale, la prise en charge des patients- sont appréhendés parfois de façon opposée selon les professionnels : implication massive, mécanisme d'identification au patient (la troisième infirmière) *versus* détachement, désengagement, et pulsion agressive envers les patients qui n'adhèrent pas aux soins (troisième infirmière). Ainsi, les représentations qui dominent dans un contexte social, un groupe, ne sont pas toutes totalement partagées par les individus membres : dans le premier cas, il s'agit d'un maintien d'identité sociale positive, et dans le second, d'un mécanisme de défense, celui du clivage.

De même, tandis que les agents pénitentiaires tutoient quasi systématiquement les personnes incarcérées, la troisième surveillante interviewée revendique le vouvoiement afin d'asseoir son autorité. Elle ne se conforme pas à la norme de son groupe de référence, et partage ici une pratique de l'exogroupe (celui des soignants). En effet, parfois, pour certains membres, « les normes sont des facteurs d'indifférenciation déséquilibrant l'individuation » (Blanchet et Trognon, 2008). On peut faire l'hypothèse que les différents groupes d'appartenance actuels ou passés de l'individu, choisis ou non (ici, la catégorie des femmes et la première profession de commercial) ont un impact sur les différences interindividuelles observées, sur le niveau de dépendance que possède un individu vis-à-vis de son groupe. En d'autres termes, « Pour un individu dont les appartenances se révèlent multiples, le parcours biographique sinueux et les logiques d'action non congruentes, la socialisation ne peut en effet être seulement affaire d'intériorisation d'un rôle déterminé. Les individus qui accèdent à un métier ne sont pas une pâte molle sur laquelle viendraient s'inscrire les valeurs et prescriptions du groupe de référence [Dubet, 1994] » (Malochet, 2009).

Ainsi, et ce afin de préserver une identité sociale positive, cohérente, certaines représentations collectives peuvent être individualisées, personnalisées.

Certains membres d'un groupe possèdent les mêmes représentations que l'exogroupe

L'une des infirmières interviewées dépeint l'univers carcéral de la même façon que le font certains surveillants (« *c'est un paradis doré la prison maintenant [...] c'est juste un mot c'est un manque de liberté certes mais de liberté vraiment minime [...] c'est la belle vie je vais dire la prison* » (l.476) (b)). Il s'agit donc d'une représentation partagée par certains surveillants, et par certains infirmiers. On peut faire l'hypothèse que ce sont des représentations intergroupes, c'est-à-dire des représentations sociales issues d'interactions entre endogroupe et exogroupe (Avigdor, 1953 ; Sherif et al. 1961). Néanmoins, cette description stéréotypée ne se limite pas aux professions qui côtoient le milieu carcéral puisqu'elle est retrouvée de façon massive au sein de la population. En effet, les représentations du système pénal et du délinquant sont particulièrement stéréotypées (Faugeron, 1978). On parle ici de représentations sociales collectives, de normes implicites et explicites partagées au sein du monde social dans lequel évolue l'individu.

Perspective psychanalytique : la relation œdipienne

D'un point de vue psychanalytique, on pourrait modéliser les relations intergroupes de façon triangulaire :

- Le groupe des surveillants correspond au mauvais objet qui représente la loi, la coercition, la répression, le père tout puissant et malveillant. Ce groupe est investi négativement, et par le public accueilli à l'UHSI, et par les soignants.
- Le groupe des soignants est le bon objet, associé à la féminité, contenant, à l'écoute, sécurisant, patient, réconfortant, disponible ; il est l'objet investi positivement, qui symbolise la mère, la compagne.
- Le groupe des patients, ou des détenus, est instrumentalisé et donc déshumanisé par chacune des deux catégories professionnelles. Les membres du groupe sont majoritairement de sexe masculin, à l'instar de la catégorie des surveillants. Bazex

(2009) suggère qu'« en un jeu de miroir, le bénéficiaire lui-même investit de façon clivée les relations aux personnels soignant et pénitentiaire ».

Ainsi, on pourrait, modéliser une relation d'œdipe caractérisée par une alliance inconsciente entre le groupe des patients et le groupe des soignants (Pinel, 2001 ; Bazex, 2009). Précisons que l'une des infirmières interviewées investi le groupe des patients de façon ambivalente, comme étant à la fois le persécuteur, qui bénéficie de privilèges et parallèlement l'individu à soigner.

Par ailleurs, les surveillants sont dans un processus constant de différenciation d'avec la population pénale afin de ne pas être assimilés, identifiés aux individus qu'ils surveillent, aux coupables, au « mauvais objet ». La tendance de généralisation (« le détenu », « c'est dans leur nature ») relève d'un processus de minimisation des différences à l'intérieur du groupe que constituent malgré eux les prisonniers.

Ouverture : améliorer la collaboration intergroupe

Comment créer davantage de collaboration, assouplir le cloisonnement qui s'est instauré entre les soignants et les surveillants ?

Comme le suggère le premier surveillant interviewé, la communication intergroupe, c'est-à-dire, étymologiquement, « la mise en commun » permettrait un partage des émotions, des sentiments, des représentations, des normes, des intentions, des pratiques (« *se dire les choses même si on se dit merde c'est toujours positif → enfin à mon avis au moins c'est un échange → parce que pas d'échange du tout ça sert à rien* » (1.268) (1)).

Bazex et Combalbert (2009), proposent une communication interprofessionnelle à travers des temps d'échanges et de réflexion autour des représentations des patients et des missions de chacun. Cela peut prendre la forme d'une formation commune, d'un groupe d'analyse des pratiques mis en place de façon régulière.

Globalement, il m'a semblé que les professionnels infirmiers et surveillants en étaient demandeurs. Parallèlement, ce thème a été suscité chez certains interviewés une mise en cause de la hiérarchie (« *oh là ça fait des années qu'ils nous les promettent → ces fameuses réunions euh* » (1.261) (1), « *bah j'ai rien vu de tout ce que on a évoqué et puis qu'on devait mettre en place → rien n'a été fait* » (1.226) (b)).

Certains professionnels ont suggéré l'existence de réunions ponctuellement mises en place. Un infirmier évoque des réunions où sont discutés les problèmes rencontrés, mais sans qu'elles n'aient d'effet positif sur les relations car un rapport de force y est à l'œuvre : « *chacun reste sur ses positions quoi donc en fait euh c'est des réunions qui sont qui → qui n'apporte pas toute euh toute l'évolution ou tous les progrès qui pourraient en sortir parce que personne ne veut euh ne veut laisser penser qu'il se soumet qu'il se soumette à l'une ou l'autre des deux institutions alors c'est c'est délicat quoi → mais bon on se fait toujours avoir hein les soignants on se fait toujours avoir nous [rire] (l.119) (a) ».*

Pour Blanchet et Trognon (2008), « le principal facteur favorisant la disparition des conduites hostiles vis-à-vis des autres groupes est la coopération intergroupe ». Les auteurs proposent l'engagement des deux groupes dans une activité commune « dont la réalisation dépasse leurs compétences propres », mais dont le but n'est pas forcément commun. Or à l'UHSI, la relation d'interdépendance entre les deux professions existe (par exemple pour les soignants, accès aux chambres via l'intervention des surveillants ; pour les agents pénitentiaires, programmation des escortes en fonction des rendez-vous médicaux) et elle est source de nombreuses frustrations, incompréhensions et rivalités.

Une interviewée évoque la proposition d'une immersion dans la journée d'un professionnel de l'exogroupe afin d'observer ses missions. Ce projet n'a pour l'instant pas été mise en place à l'UHSI. Permettrait-il de limiter les dynamiques de suspicion, de dévalorisation, d'incompréhension, de rivalité ? Donnerait-il lieu à une décentration des membres vis-à-vis de leur groupe de référence ?

Le rôle du psychologue, qui a une position relativement neutre à l'UHSI, a une importance dans les relations institutionnelles. En effet, en parallèle de son activité clinique auprès des patients, il contribue à l'assouplissement ou à la déconstruction des représentations et des contradictions, il aide les équipes à se maintenir dans leurs valeurs, professionnelles et éthiques. Également, il facilite la communication dans les rapports triangulaires patients-soignants-surveillants.

Impliquer les professionnels dans une réflexion sur leurs représentations permettrait d'éviter des fonctionnements en miroir, des jeux d'alliance, toujours dans le but que la prise en charge médicale des patients se passe le plus humainement possible.

Pour conclure, on peut espérer que les entretiens menés auprès des personnes travaillant à l'UHSI dans le cadre de ce travail universitaire ont pu contribuer de façon implicite à inciter les

uns et les autres à porter un regard sur leurs pratiques, à valoriser leurs fonctions, à se décentrer de leurs représentations.

Perte de l'*humanitas* au profit de l'*animalitas*

C'est dire qu'au nom de l'humanisme – et les Règles pénitentiaires européennes s'en réclament – l'on pense l'homme comme animal rationnel, selon la démonstration d'Heidegger dans la *Lettre sur l'humanisme* (1947), en partant de son *animalitas* ou encore de ses « besoins » (être nourri, être vêtu, avoir un toit... et finalement tout ce qui touche à l'état des lieux) et non de son *humanitas* (car le premier « besoin » de l'homme, c'est la rencontre de l'autre homme, et la parole, et la confiance). C'est dire que la logique de fixation, à l'œuvre dans la prison, mais plus généralement dans toute notre société (logique de traçabilité, de fichiers, de surveillance, d'hygiène) aboutit à l'*animalitas*, symptôme d'une dégradation de l'humanisme en humanitaire, qui fait de l'autre homme non plus un interlocuteur, mais un « assisté potentiel ».

(Magnard. 2000)

Lécu, A. (2013). *La prison, un lieu de soin ?* Paris : Les belles Lettres.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdellaoui, S. (2000). *Stratégies sociocognitives du détenu : recherche de contrôle et recherche d'identité, avant et après jugement*. Villeneuve d'Ascq : Ed. Presses Universitaires du Septentrion.
- Abric, J.-C. (1994). Les représentations sociales : aspects théoriques. In J.-C. Abric (Éd.), *Pratiques Sociales et Représentations* (pp. 11-36). Paris : Presses Universitaires de France.
- Achard, P. (1994). La sociologie du langage. *Communications*, 58, pp. 144-156.
- Adorno, T. et al. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- Auzoult, L., Abdellaoui, S. (2008). Stratégies identitaire et structuration des relations de pouvoir en milieu carcéral. *Psychologie du travail et des organisations*, 14(2), pp.139-153.
- Avigdor, R. (1953). Étude expérimentale de la genèse des stéréotypes. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 14, pp.154-168.
- Bardin, L. (1991). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Bataille, M. (2000). Représentations, implicitation, implication des représentations professionnelles. In C. Garnier & M. L. Rouquette (Éds.), *Représentations sociales et éducation* (pp. 165-190). Montréal : Éditions Nouvelles.
- Bayet, L., Pascalis, O., Gentaz, E. (2014). Le développement de la discrimination des expressions faciales émotionnelles chez les nourrissons dans la première année. *Année Psychologique*, Centre Henri Pieron/Armand Colin, 114 (03), pp.469-50.
- Bazex, H. (2009). L'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles. *Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire*, 6.
- Bazex, H., Bayle, P., Michel, G. (2010). Le vécu de détenus hospitalisés dans une Unité Sécurisée Hospitalière Interrégionale. L'intérêt du repérage des défenses mobilisées dans le cadre des relations avec les personnels soignants et pénitentiaires. *Annales Médico-psychologiques*, revue psychiatrique, 168(1), pp. 73-74.
- Bazex, H., Combalbert, N. (2009). Les mécanismes de défense d'une équipe soignante d'une unité d'hospitalisation sécurisée pour les détenus. *L'évolution psychiatrique*, 74, pp.549-565.
- Beaud, S., Weber, F. (2008). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.

- Bellelli, G. (1987). *La représentation sociale de la maladie mentale*. Naples : Liguori.
- Benguigui, G. (1997). *Le monde des surveillants de prison*. Paris : PUF.
- Bessin M. (1995). Le social aux urgences hospitalières : les enjeux d'une restructuration. *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, 22, 4^e trimestre, pp.57-65.
- Bessin M. (2003). Coopérations, conflits et concurrence dans le système de santé. *Les cahiers de la sécurité intérieure*, pp.165-177.
- Bessin, M., Lechien, M.H (2000). Soignants et malades incarcérés : Conditions, pratiques et usages des soins en prison. *Rapport de recherche au GIP, mission de recherche droit et justice, CEMS, CES, EHESS*.
- Bessin, M., Lechien, M.H. (2002). Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison. *Ethnologie française*, 32 (1), pp. 69-80.
- Bizeul, D. (1998). Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause ». *Revue de Sociologie Française*, 39 (4), pp. 751-787.
- Blanc, A., Lauwers, V., Telmon, N., Rougé, D. (2001). The effect of incarceration on prisoners' perception of their health. *Journal of Community Health*, 26, pp.367-381.
- Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé. *L'Année psychologique*, 83(3), pp. 367-391.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Blanchet, A., Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Editions Nathan.
- Blanchet, A., Trognon, A. (2008). *La psychologie des groupes*. Paris : Armand Colin.
- Boltanski, L. (1982). *Les cadres – la formation d'un groupe social*. Paris : Editions de Minuit.
- Boudoukha, A.H., Hautekeete, M., Hautekeete-Sence, D., Cousin, V., Calesse, F. (2009). Anxiété et coping des soignants : la prison est-elle un facteur de protection ? *Annales Médico-Psychologiques*, 167(8), pp. 583-590.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Editions de Minuit.
- Breakwell, G. (1993). Integrating paradigms, methodological implications. In G. Breakwell & D. Canter (Eds.), *Empirical approaches to social representations* (pp. 180-199). New York: Oxford University Press.
- Bucher, R., Strauss, A. (1992). La dynamique des professions, In A. Strauss, ed, *La trame de la négociation* (pp.67-86). Paris : L'Harmattan.

Carricaburu, D., Menoret, M. (2004). *Sociologie de la sante : institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.

Ceschi, G., Scherer, K.R. (2001). Contrôler l'expression faciale et changer l'émotion : une approche développementale. *Presses Universitaires de France*, 53(3), pp. 257 à 269.

Chantraine G., Scheer D., Milhaud O., (2012). Espace et surveillances en établissement pénitentiaire pour mineurs. *Politix*, 97(1), pp.125-148.

Chauvenet A., (2006). Privation de liberté et violence : le despotisme ordinaire en prison. *Déviance et Société*, 30, pp.373-388.

Chauvenet, A., Orlic, F., Benguigui, G. (1994). *Le monde des surveillants de prison*. Paris : PUF.

Cohen Scali, V., Moliner, P. (2008). Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37(4).

Cole, P. M. (1986). Children's spontaneous control of facial expression. *Child Development*, 57, pp.1309-1321.

Coulangeon, P., Pruvost, G., Roharic, I. (2012). Les idéologies professionnelles : Une analyse en classes latentes des opinions policières sur le rôle de la police. *Revue française de sociologie*, 53(3), pp.493 – 527.

Cunha, M.I. (1995). « Sociabilité », « société », « culture » carcérales, la prison féminine de Tires (Portugal). *Terrain*, 24(25), pp.119-132.

D'Almeida Launey (2016). *Le tabagisme passif en prison : définir une politique factuelle de santé* (Thèse de doctorat, Université Paris Descartes, Paris 5). Repéré à l'URL http://www.ebph.eu/sites/default/files/these_tabac_politique_de_sante_sa.pdf

Demazière, D. & Dubar, C., (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. Paris : Nathan.

Deschamps, J.C. (1977). *L'attribution et la catégorisation sociale*. Berne : Peter Lang.

Desrochers S., Ricard M., Décarie T. G., & Allard L. (1994). Developmental synchrony between social referencing and Piagetian sensori-motor causality. *IBAD*, 17, 303-309.

Documents d'information de l'Assemblée nationale, (2000). *La France face à ses prisons*, (2521), t. 1, rapport (L. Mermaz président, J. Floch rapporteur), p. 118.

Doise, W. (1999). L'individualisme comme représentation collective. In J.-C. Deschamps, J.-F. Morales, D. Paez, & S. Worchel (Éds.), *L'identité sociale* (pp. 195-212). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

DREES (2003). La santé des personnes entrées en prison en 2003. Repéré à URL <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>

Dreyfus, S. (2001). Penser l'ordre social comme désordre : illégalisme et révolte. *Drôle d'époque*, 8, pp.49-56.

Dubet, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Le Seuil.

Duhamel, A., Archer, E., Devos, P., Nuttens, M.C., Beuscart, R. (1999). A prototype of an information system for assessing the health status of prison inmates. *Studies in Health Technology and Informatics*, 68, pp.37-41.

Duhamel, A., Renard, J.M., Nuttens, M.C., Devos, P., Beuscart, R., Archer E. (2001). Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, 49, pp.229-239.

Erikson, E. (1972, 1978). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.

Fatome, T., Vernerey, M., Lalande, F., Froment, M., Valdes-Boulouque, M. (2001). L'organisation des soins aux détenus. *Rapport d'évaluation*.

Faugeron, C. (1978). Du simple au complexe : Les représentations sociales de la justice pénale. *Déviance et société*, 2(4), pp.411-432.

Godelier, M., (1982). *La Production des Grands Hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée*. Paris : Fayard.

Goffman, E. (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit.

Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Les Editions de Minuit.

Gotman, A. (1985). La neutralité vue sous l'angle de l'E.N.D.R. In A. Blanchet (dir.), *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod.

Guilloneau, M., Kensey, A. (1997). La santé en milieu carcéral : éléments d'analyse démographique. *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 41-60.

Heidegger, M. (1947). *Lettre sur l'humanisme*. Paris : Editions Montaigne.

Hughes, E. C., (1996, 1971). *Le regard sociologique*. Paris : EHESS.

Janicaud, E. (2013). La construction sociale de la paranoïa pénitentiaire. L'exemple des surveillants de prison au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales. *La délinquance en col blanc : études de cas*, 10.

Josse, G. (2001). Schizes. *Drôle d'époque*, 8, pp.27-36.

- Kaufmann, J.C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., Winance M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris : Armand Colin.
- Klennert M. D. (1984). The regulation of infant behavior by maternal facial expression. *IBAD*, 7, 447-465.
- Klennert M. D., Emde R. N., Butterfield P., & Campos J. J. (1986). Social referencing: The infant's use of emotional signals from a friendly adult with mother present. *Dev. Psycho.*, 22, 427-432.
- Lancelevée, C. (2016). *Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne* (Thèse de doctorat en sociologie).
- Lapenna, D. (2011). *Le pouvoir de vie et de mort*. Paris : PUF.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Lavallée, M.C., Cossette, L., Seidah, A., Bégin, J. (2011). Réponses précoces aux expressions faciales maternelles : une étude longitudinale. *Enfance*, 2(2), pp.163-178.
- Lavater, J.C. (1845, 1979). *La physiognomonie ou l'art de connaître les hommes, d'après les traits de leur physionomie*, trad. H. Bachareuch. Lausanne : L'âge d'Homme.
- Lécu, A. (2013). *La prison, un lieu de soin ?* Paris : Les belles Lettres.
- Leppänen J. M., & Nelson C. A. (2006). The development and neural bases of facial emotion recognition. In Kail R. V. (Éd.), *Advances in child development and behavior (vol. 34)* (pp. 207-246). San Diego, CA: Elsevier.
- Leppänen, J. M., & Nelson, C. A. (2009). Tuning the developing brain to social signals of emotions. *Nature Review Neuroscience*, 10(1), pp.37-47.
- Letterier, S. (2004). Prison et pénitence au XIXe siècle. *Romantisme*, 4(142), pp.41-52.
- Lhuillier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 2(14), pp.73-98.
- Lhuillier, D. (2007). Perspective psychosociale clinique sur la « carcéralité ». *Bulletin de psychologie*, 5(491), pp.447-453.
- Loubet del Bayle, J.L. (1989). *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. Toulouse : Privat.
- Mahi, L. (2015). De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant *Anthropologie & Santé - Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 10.

- Maisondieu, J., Tarrieu, C., Razafimamonjy, J., Arnault, M. (2008). Alexithymie, dépression et incarcération prolongée. *Annales Medico- Psychologiques*, 166, pp. 664-668.
- Malochet, G. (2009). Les surveillants de prison : Marges du travail, travail sur les marges. *Idées économiques et sociales*, 4(158), pp. 42-49.
- Masclat, G., Mineures S. (1999). Relations entre burn-out et estime de soi chez les surveillants pénitentiaires. *L'Encéphale*, 25, pp.450-60.
- Milly, B. (2001). *Soigner en prison*. Paris : PUF.
- Moliner, P. (1993). Cinq questions à propos des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 20, 5-14.
- Monceau, G. (2006). Éthique et idéologie professionnelles : Apports socio-cliniques. *Recherche et formation*, 52, pp.55-70.
- Montandon, C., Crettaz, B. (1981). *Paroles de gardiens, paroles de détenus. Bruits et silences de l'enfermement*. Genève : Médecine et Hygiène, Coll. Déviance et société.
- Moreau, F. (2010). La santé dans les prisons françaises, *Pouvoirs*, 4(135), pp. 69-86.
- Mumme D. L., Fernald A., & Herrera C. (1996). Infants' responses to facial and vocal emotional signals in a social referencing paradigm. *Child Dev.*, 67, 3219-3237.
- Nelson C. A., & de Haan M. (1997). A neurobehavioral approach to therecognition of facial expressions in infancy. In Russell J. & Fernandez-Dols J. M. (Éds.), *The psychology of facial expression* (pp. 176-204). Paris: Cambridge University Press.
- Oyserman, D., & Markus, H. R. (1998). Self as social representation. In U. Flick (Ed.), *The Psychology of the Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parsons T., (1951). Social structure and dynamic process : The case of modem medical practice. In T. Parsons, *The Social System*, (chap. X, pp.428-479). Glencoe : The Free Press.
- Perrot, M. (2001). *Les ombres de l'histoire – Crime et châtement au XIXème siècle*. Paris : Flammarion.
- Pinel, J.P. (2001). Enseigner et éduquer en institution spécialisée : approche clinique des liens d'équipe. *Connexions*, 75(1), pp.141–52.
- Pollak, M. (1990). *L'expérience concentrationnaire*. Paris : Métailié.
- Prieto, N., Faure P., (2004). The mental health of new prisoners or of those monitored in French prisons with SMPR. *Encéphale*, 30, pp.525-531.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

- Rabinow, P. (1988). *Un ethnologue au Maroc. Réflexions sur une enquête de terrain*. Paris : Hachette.
- Raymond, H. (1984). *L'architecture, les aventures spatiales de la Raison*. Paris : Parenthèses.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., Robaye E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer inpatients. *The British Journal of Psychiatry*, 156, pp.79-83.
- Renneville, M. (2003). *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Paris : Fayard.
- Rostaing, C. (2006). La compréhension sociologique de l'expérience carcérale. *Revue européenne des sciences sociales*, 3(44), pp. 29-43.
- Saarni C., Campos J. J., Camras L. A., & Whiterington D. (2006). Emotional development. In Damon W. & Lerner R. M. (Series Éd.), Eisenberg N. (vol. Éd.), *Handbook of child psychology: vol. 3, Social, emotional, and personality development* (6^e éd.) (pp. 226-299). Hoboken, NJ: Wiley.
- Saarni, C., & Weber, H. (1999). Emotional displays and dissemblance in childhood : Implications for self-presentation. In P. Philippot, R. S. Feldman, & E. J. Coats (Eds). *The social context of nonverbal behavior* (pp. 71-105). Cambridge : Cambridge University Press.
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W. R., & Sherif, C. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The Robbers 'cave experiment*. Norman, OK: Oklahoma Book Exchange.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In: Moscovici, S., Ed., *Introduction à la psychologie sociale*, 1, pp. (272- 299). Paris : Larousse.
- Turner, J. C. (1999). Some current issues in research on social identity and self categorisation theories. In N. Ellemers, R. Spears, & B. Doosje (Eds.). *Social Identity* (pp. 6-34). Oxford : Blackwell.
- Walden T. A., & Ogan T. A. (1988). The development of social referencing. *Child Dev.*, 59, 1230-1240.
- Walker-Andrews A. S. (1997). Infants' perception of expressive behaviors: differentiation of multimodal information. *Psycho. Bull.*, 121, 437-456.
- Walker-Andrews A. S. (2008). Intermodal emotional processes in infancy. In Lewis M., Haviland-Jones J. M., & Barrett L. F. (Éds.), *Handbook of emotions* (3^e éd.) (pp. 364-375). New York: Guilford.

Weber, M. (1904). L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales, In *Essais sur la théorie de la science* (1965). Paris : Librairie Plon.

Widen S. C., & Russell J. A. (2008). Young children's understanding of others' emotions. In Lewis M., Haviland-Jones J. M., & Barrett L. F. (Éds.), *Handbook of emotions* (3^e éd.) (pp. 348-363). New York: Guilford.